

**Aus der Urologischen Abteilung des
Allgemeinen Krankenhauses Barmbek in Hamburg
Leiter: Prof. Dr. med. R. Tauber**

Ärztliches Management im Krankenhaus

**- Anforderungen und Realisierung unter
veränderten Rahmenbedingungen -**

Dissertation

**zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

**vorgelegt von
Matthias Bracht
aus Hamburg
2006**

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. med. A. Hofstetter

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. R. Leidl

**Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. med. R. Tauber**

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 06.07.2006

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
1.1 Einführung in die Thematik.....	1
1.2 Ziele der Arbeit.....	2
1.3 Das Allgemeine Krankenhaus Altona.....	3
1.4 Die Urologische Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek	5
2 Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements.....	6
2.1 Krankenhausfinanzierung bis 2003	6
2.1.1 Kostenanstieg im Gesundheitswesen	6
2.1.2 Entwicklung der Krankenhausgesetzgebung.....	7
2.2 Das Deutsche DRG System als Klassifikationssystem	12
2.2.1 Aufbau und Struktur	12
2.2.1.1 Struktur der G-DRGs	12
2.2.1.2 Zuordnungskriterien der G-DRG Gruppierung.....	15
2.2.1.3 Ordnung nach Schweregraden im G-DRG System	16
2.2.2 Wirkungen von DRGs als Klassifikationssystem auf das Krankenhaus	17
2.3 Das Deutsche DRG System als Preissystem.....	18
2.3.1 Preisbemessung im DRG System.....	18
2.3.1.1 Bewertungsrelation.....	18
2.3.1.2 Case-Mix-Index.....	20
2.3.1.3 Fallpreisbemessung.....	20
2.3.2 Wirkungen von DRGs als Preissystem auf das Krankenhaus	23
3 Betriebswirtschaftliche Grundlagen	25
3.1 Steuerung als Teil des Führungs- und Managementprozesses	25
3.2 Strategische Krankenhaussteuerung	27
3.3 Operative Krankenhaussteuerung.....	28

3.4	Ausgewählte Steuerungsinstrumente im Krankenhaus	30
3.4.1	Analyseverfahren	30
3.4.2	Kosten- und Leistungsrechnung.....	30
3.4.3	Budgetierung und Profitcenter-Organisation	32
3.4.4	Betriebsvergleich und Benchmarking	33
4	Anforderungen an das Krankenhaus- und Abteilungsmanagement..	35
4.1	Transparenz als Grundlage der Planung.....	35
4.1.1	Leistungstransparenz.....	35
4.1.2	Kostentransparenz.....	35
4.1.3	Erlöstransparenz.....	37
4.1.4	Transparenz der Kosten-, Erlös- und Leistungsrelationen.....	37
4.2	Strategische Krankenhaussteuerung unter DRGs.....	38
4.2.1	Leistungsspektrum.....	38
4.2.2	Schwerpunktbildung.....	41
4.2.3	Kooperationen	43
4.3	Operative Krankenhaussteuerung unter DRGs	45
4.3.1	Leistungssteuerung.....	45
4.3.2	Kostensteuerung.....	48
4.3.3	Steuerung der Behandlungsprozesse	50
4.3.4	Erlössteuerung.....	53
4.3.5	Qualitätssteuerung.....	54
4.3.6	Verweildauersteuerung	56
4.4	Interne Organisationsinnovationen	60
4.4.1	Geplante Behandlungsabläufe	60
4.4.2	Abgestufte Versorgungskonzepte	63
4.5	Führungs- und Managementstrukturen	64
5	Ergebnisse bei der Umsetzung der Anforderungen	69
5.1	Modellprojekt Ärztliches Abteilungsmanagement.....	69
5.1.1	Initiierung des Modellprojektes.....	69
5.1.2	Aufgaben- und Handlungsfelder im Ärztlichen Abteilungsmanagement ...	70
5.1.2.1	Leistungssteuerung	70
5.1.2.2	Steuerung der Behandlungsprozesse.....	73
5.1.2.3	Erlössteuerung.....	78
5.1.2.4	Qualitätssteuerung.....	80
5.1.3	Bewertung des Modellprojektes	82

5.2 Herleitung von DRG-basierten Fachabteilungsbudgets	83
5.2.1 Zielsetzung	83
5.2.2 Methoden.....	84
5.2.2.1 Fachabteilungszuordnung im G-DRG System.....	84
5.2.2.2 Methode zur leistungsgerechten Erlösaufteilung unter Berücksichtigung der Verlegungsfälle	86
5.2.3 Ergebnisse.....	92
5.2.3.1 Fachabteilungsbudgets ohne Aufteilung der Verlegungsfälle	92
5.2.3.2 Fachabteilungsbudgets mit Aufteilung der Verlegungsfälle	95
5.2.3.3 Abweichungen der Ergebnisse	97
5.2.4 Bewertung von Methoden und Ergebnissen.....	99
5.2.4.1 Fehlerpotenzial der Verlegungsfälle	99
5.2.4.2 Bewertung der Varianten zur Berechnung von Fachabteilungsbudgets	102
5.2.5 Steuerung über DRG basierte Fachabteilungsbudgets	103
5.3 Modell eines leistungsbezogenen Berichtswesens unter DRGs.....	106
5.3.1 Funktion und Struktur.....	106
5.3.2 Berichte für alle Fachabteilungen: Primäre Steuerungskennzahlen	109
5.3.3 Berichte für alle Fachabteilungen: Sekundäre Steuerungskennzahlen...	110
5.3.4 Berichte für die einzelnen Fachabteilungen.....	112
5.3.5 Controlling ausgewählter Behandlungsgruppen	113
5.4 Betriebsvergleich und Benchmarking von urologischen Abteilungen ..	115
6 Zusammenfassung und Bewertung	122
Literaturverzeichnis.....	129
Lebenslauf.....	147

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AK	Allgemeines Krankenhaus
AKVD	Aufwandskorrigierte Verweildauer
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BT	Berechnungstag
ca.	circa
CC	Complications or Comorbidities
CCL	Complication and Comorbidity Level
CMI	Case-Mix-Index
CMI _{Abt.}	Case-Mix-Index der Abteilung
Diff.	Differenz
DRG	Diagnosis Related Group ¹
Ebd.	Eben der
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
Gewicht _{Korr.}	Korrigiertes Gewicht
ggf.	gegebenenfalls
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
Gyn/Geb	Gynäkologie und Geburtshilfe

¹ Der üblichen Schreibweise in der Literatur folgend, wird die Pluralform mit DRGs abgekürzt. Ebenso wird bei MDCs und CMIs verfahren.

HNO	Hals-, Nasen- und Ohren Heilkunde
Hrsg.	Herausgeber
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
i.e.S.	im engeren Sinne
i.w.S.	im weiteren Sinne
Jg.	Jahrgang
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KK	Komplikationen oder Komorbiditäten
LBK	Landesbetrieb Krankenhäuser
MCC	Major Complications or Comorbidities
MDC	Major Diagnostic Category
NCH	Neurochirurgie
OP	Operationssaal
OPS 301	Operationsschlüssel nach § 301 SGB V
PCCL	Patient clinical complexity level
S.	Seite
SGB V	Sozialgesetzbuch fünf
Tab.	Tabelle
u.a.	und andere
Vgl.	Vergleiche
VWD	Verweildauer
VWD _{BM}	Verweildauer Benchmark
VWD _{selbst}	Verweildauer selbst
z.B.	zum Beispiel
ZA	Zentrale Aufnahmestation

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Liste der MDCs im G-DRG System.....	13
Tabelle 1:	Schweregradstufen der G-DRGs.....	16
Tabelle 2:	Beispiele für Bewertungsrelationen urologischer DRGs.....	19
Abbildung 2:	Verweildauerabhängige Zu- und Abschläge.....	21
Abbildung 3:	Führungstätigkeiten in der Unternehmung.....	26
Abbildung 4:	Verlegungsfälle und DRG Erlöse. Fallbeispiel.....	85
Abbildung 5:	Aufteilung der Verlegungsfälle: Berechnung des Fachabteilungs-CMI.....	88
Abbildung 6:	Aufteilung der Verlegungsfälle: Aufwandskorrigierte Verweildauer.....	89
Abbildung 7:	Aufteilung der Verlegungsfälle: Fallgewicht je aufwandskorrigierten BT.....	90
Abbildung 8:	Aufteilung der Verlegungsfälle: Fallgewichtsanteile der Fachabteilungen.....	91
Tabelle 3:	Zuweisung der DRG Erlöse nach dem Kriterium Aufnahmeabteilung.....	93
Tabelle 4:	Zuweisung der DRG Erlöse nach dem Kriterium Entlassabteilung.....	93
Tabelle 5:	Zuweisung der DRG Erlöse nach dem Kriterium Hauptabteilung.....	93
Tabelle 6:	Anzahl der Fälle mit und ohne Verlegung.....	95

Tabelle 7:	Gewichte und CMI der Fälle mit und ohne Verlegung.....	96
Tabelle 8:	Zuweisung der DRG Erlöse unter Aufteilung der Verlegungsfälle.....	96
Tabelle 9:	Methodenvergleich Fallzahlen.....	97
Tabelle 10:	Methodenvergleich Gewichte.....	98
Tabelle 11:	Methodenvergleich Fachabteilungserlöse.....	99
Abbildung 9:	Führung und Controllingaufgaben.....	107
Abbildung 10:	Vergleich Fallzahlen im Jahresvergleich.....	116
Abbildung 11:	Vergleich Verweildauern im Jahresvergleich.....	117
Abbildung 12:	Vergleich Schweregrade im Jahresvergleich.....	117
Tabelle 12:	Analyse der Basis-DRG L03.....	118
Tabelle 13:	Analyse der Basis-DRG M02.....	119
Abbildung 13:	Mindestmengen Radikale Prostatektomie.....	120

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Die Gesundheitspolitik in Deutschland ist in den letzten Jahre von der Zielsetzung geprägt, die Ausgaben für Gesundheitsleistungen zu begrenzen. Durch die Kopplung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung sind die Gesundheitsausgaben Teil der wirtschaftspolitischen Diskussion um den Wirtschaftsstandort Deutschland und die Rolle der Lohnnebenkosten geworden. Deswegen bilden stabile Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung das wesentliche Element der gegenwärtigen Gesundheitspolitik². Vor diesem Hintergrund sind die mannigfaltigen Reformgesetzgebungen der letzten Jahre zu sehen. Dabei wird immer deutlicher, dass eine stärkere Deregulierung als ein wichtiger Faktor zur Kostensenkung angesehen wird: Die Entwicklung zu einem wettbewerbsorientierten Gesundheitssektor ist damit politisch gewollt³. In dieser gesundheitspolitischen Diskussion wird sogar die Position vertreten, dass der Gesundheitssektor eine neue aufsteigende Welle der Konjunktur bewirken könnte, wenn die starke Regulierung in diesem Bereich eine dynamische Entwicklung der Branche nicht verhindern würde⁴.

Der Krankenhaussektor steht im Fokus der Reformgesetzgebung, da er den größten Ausgabeblock der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Deshalb sollen hier Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden, um die Ausgabe-seite zu entlasten und eine Erhöhung der Beitragssätze zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist auch die im Jahre 2003 vollzogene Einführung eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für stationäre Krankenhausleistungen auf der Basis von Diagnosis Related Groups

² Vgl. Schmidt, U.: Die DRG werden zu einem Wettbewerb um wirtschaftliche, qualitativ gute Lösungen beitragen (Interview mit der Bundesministerin). In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 2. S. 109.

³ Vgl. Neubauer, G.: Das Ziel muss Wettbewerb sein. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 8. S. 704.

⁴ Vgl. Nefiodow, L. A.: Der sechste Kondratieff. Gesundheit und Wirtschaftswachstum. In: Management Krankenhaus. (2002). Heft 3. S. 2.

(DRGs) zu sehen⁵. Die DRGs schaffen für die Krankenhäuser veränderte Grundlagen der Preis- und Budgetbemessung⁶. Experten gehen davon aus, dass der Bedarf an Krankenhausbetten bis 2015 um 30-40% sinken wird und sich damit die Zahl der deutschen Krankenhäuser um mindestens ein Viertel verringern wird⁷. Die Reaktion der meisten deutschen Krankenhäuser auf die neuen Rahmenbedingungen konzentriert sich zur Zeit noch auf die Verbesserung der medizinischen Leistungsdokumentation: Durch eine vollständige Kodierung sollen die Erlöse für die erbrachten Leistungen gesichert und optimiert werden⁸. Die Erfolge könnten aber zeitlich begrenzt sein, da sich mittelfristig das Niveau der Leistungsdokumentation bundesweit angleichen wird. Die Verbesserung der Dokumentationsqualität stellt damit nur einen Teil der Herausforderungen für Krankenhäuser und Abteilungen im Rahmen der DRG-Einführung dar. Im Weiteren gilt es, die gesamte Krankenhaus- und Leistungssteuerung auf die neuen Rahmenbedingungen und Anreize des DRG Systems auszurichten⁹.

1.2 Ziele der Arbeit

Die vorliegende Arbeit will die Auswirkungen der geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen auf das Krankenhausmanagement und das medizinisch-ärztliche Handeln analysieren. Dabei soll die grundsätzliche gesundheitspolitische Fragestellung, ob dem Krankenhaussektor ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, nicht erörtert werden. Vielmehr soll die Frage beantwortet werden, wie Krankenhausärzte dem steigenden Kostendruck begegnen können. Aus medizinischer Sicht ist es unbestritten, dass Maßnahmen zur Kostensenkung Risiken für Qualitätsverluste in der

⁵ Vgl. § 17b Abs. 1 KHG (2000).

⁶ Vgl. Baum, G./Tuschen, K. H.: AR-DRG – Die Chancen nutzen. Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 5. S. 449.

⁷ Vgl. Preusker, U.: Muss ein Viertel der deutschen Kliniken bis zum Jahr 2015 schließen?: In: KlinikManagement Aktuell. (2000). Heft 4. S. 8.

⁸ Vgl. Königer, H.: Zum Handlungsbedarf in den deutschen Krankenhäusern für die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems nach § 17b KHG. Studie im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf 2000. S. 8.

⁹ Vgl. Neubauer, G.: Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausentgeltsystem. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 3. S. 167.

medizinischen Versorgung bergen und negative Auswirkungen auf Patienten haben können. Auch ist es unbestritten, dass das traditionelle Selbstverständnis der Ärzteschaft nicht primär die Annahme einer ökonomischen Verantwortung beinhaltet. Diese Problemfelder sollen in dieser Arbeit jedoch vor dem Hintergrund der Realität von begrenzten Ressourcen betrachtet werden. Deshalb soll untersucht werden, welchen Beitrag Ärzte durch ein verändertes medizinisch-ärztliches Handeln leisten können, um die begrenzten Mittel nach medizinischen Notwendigkeiten einsetzen zu können. Hierbei sollen insbesondere die Herausforderungen an die medizinische Leistungserbringung und Organisation herausgearbeitet und in den Kontext des Managementprozesses im Krankenhaus gestellt werden. Es soll die Frage beantwortet werden, in welcher Form sich Ärzte in das Management des Krankenhauses einbringen müssen, um die Ergebnisziele sowohl medizinisch als auch ökonomisch erreichen zu können und welche Qualifikationen der Ärzte dafür notwendig sind. Hierbei wird sowohl auf die Anforderungen an die Steuerung eines Krankenhauses als auch auf die Anforderungen an ein modernes Fachabteilungsmanagement eingegangen. In Hinblick auf die Aktualität fokussiert sich die Konkretisierung dieser Anforderungen auf die Wirkungen und Anreize des deutschen DRG Systems (G-DRGs). Dabei sollen mögliche Maßnahmen zur Umsetzung der Anforderungen an die Krankenhaussteuerung entwickelt und an konkreten Beispielen aufgezeigt werden: So wird in dieser Arbeit ein Steuerungsinstrument zur Berechnung von Fachabteilungsbudgets auf Basis der G-DRGs methodisch entwickelt und am Beispiel des Allgemeinen Krankenhauses Altona angewendet. Am Beispiel der urologischen Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek wird ein Modellprojekt zum ärztlichen Abteilungsmanagement dargestellt. Die Ergebnisse werden in den Kontext der notwendigen Anpassungen des Krankenhausmanagements gestellt und bewertet.

1.3 Das Allgemeine Krankenhaus Altona

Das Allgemeine Krankenhaus Altona ist ein Haus der höchsten Versorgungsstufe und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität

Hamburg. Die insgesamt 921 Planbetten teilen sich auf die folgenden 15 bettenführenden Fachabteilungen auf:

- 1. Medizinische Abteilung (Schwerpunkt Gastroenterologie)
- 2. Medizinische Abteilung (Schwerpunkt Hämato- Onkologie)
- 3. Medizinische Abteilung (Schwerpunkt Kardiologie und Pulmonologie)
- 1. Chirurgische Abteilung (Allgemein- und Viszeralchirurgie)
- 2. Chirurgische Abteilung (Thorax- und Gefäßchirurgie)
- 3. Chirurgische Abteilung (Unfall- und Wiederherstellungschirurgie)
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Urologie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Augenheilkunde
- Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Betten sind der 3. Chirurgie zugeordnet)
- Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin

Für die spezielle Diagnostik und Versorgung stehen vier weitere, nicht bettenführende Abteilungen zur Verfügung:

- Zentrallabor
- Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
- Pathologie
- Apotheke

Das AK Altona erbringt mit rund 1800 Mitarbeitern jährlich ca. 30.000 stationäre und 30.000 ambulante Behandlungen. Alle Leistungen werden in dem zentralen Verwaltungssystem SAP/R3[®] verwaltet. Das AK Altona gehört zum Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) Hamburg, der 1995 als eine gemeinnützige Anstalt des öffentlichen Rechts gegründet wurde und Anfang 2005 im Rahmen einer Teilprivatisierung in die LBK Hamburg GmbH überführt wurde. Gesellschafter sind die Asklepios Kliniken GmbH und die Freie und Hansestadt Hamburg. In den sieben Krankenhäusern der LBK Hamburg GmbH

werden jährlich ca. 180.000 stationäre Behandlungen durchgeführt. Damit ist die LBK Hamburg GmbH einer der größten Anbieter von Krankenhausleistungen in Deutschland und hält im Großraum Hamburg einen Marktanteil von fast 50%.

1.4 Die Urologische Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek

Auch das Allgemeine Krankenhaus Barmbek ist als Haus der Schwerpunktversorgung Teil der LBK Hamburg GmbH. Die Urologische Abteilung des AK Barmbek ist mit ihren 62 Planbetten die größte urologische Fachabteilung in Hamburg. Hier werden jährlich ca. 3.500 stationäre und 3.500 ambulante Fälle behandelt. Auf Grund der Pavillonbauweise des AK Barmbek sind die urologischen Stationen auf mehrere Gebäude verteilt. Auch die operativen Einheiten befinden sich in einem separaten Gebäude. Hier stehen zwei Säle für Schnittoperationen, vier Säle für transurethrale Operationen und ein urologischer Röntgenarbeitsplatz zur Verfügung.

2 Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements

2.1 Krankenhausfinanzierung bis 2003

2.1.1 Kostenanstieg im Gesundheitswesen

Die absoluten Gesundheitsausgaben in Deutschland sind in den vergangenen Jahren stark angestiegen¹⁰. Seit 1970 stellen die Ausgaben für die stationäre Behandlung den größten Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben stieg von 25,2% (1970) über 31% (1985) auf 36% (2004) an¹¹. Wohl deshalb werden die Krankenhäuser in der öffentlichen Diskussion häufig als Kostentreiber kritisiert.

Die diskutierten Ursachen dieses Kostenanstiegs sind vielschichtig: Die demographische Entwicklung in unserem Land zeigt einen immer höheren Anteil an älteren Menschen mit einem höheren medizinischen Versorgungsbedarf. Gleichzeitig ermöglicht der medizinisch-technische Fortschritt neue Methoden der Diagnostik und Therapie, wodurch die Ausgaben direkt erhöht werden. Die medizinischen Innovationen haben zusätzlich eine indirekte Kostenwirkung, da verbesserte Therapien die Lebenserwartung erhöhen. Eine weitere Steigerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von älteren und multimorbiden Patienten ist die Folge. Zusätzlich gilt für den technischen Fortschritt in der Medizin im Vergleich zu anderen dynamischen Bereichen, dass neue Entwicklungen nicht zwangsläufig Vorhandenes ersetzen, sondern dass sie in der Regel additiv eingesetzt werden. So werden z.B. die Mehrkosten von Kernspintomographien nicht komplett durch eine reduzierte Anzahl an konventionellen Röntgenuntersuchungen ausgeglichen.

¹⁰ Vgl. Mis, U.: Grundlagen der Krankenhausfinanzierung. In: Von Eiff, W./Fenger, H./Gillesen, A./Kerres, A./Mis, U./Raem, A.M./Winter, S.F. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager (Band 1). Berlin, Heidelberg, New York 2002. S. 1.

¹¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft: GKV Leistungsausgaben. In: Zahlen, Daten, Fakten. Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft. Düsseldorf 2005. S. 47.

Neben den gestiegenen Gesundheitsausgaben verstärken sinkende Einnahmen die negative Bilanz der Gesundheitskassen¹². Im Rahmen der negativen gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat das Einnahmepotential der Gesetzlichen Krankenversicherung deutlich abgenommen. Die Finanzkrise im deutschen Gesundheitswesen resultiert also aus einem steigenden Ausgabenbedarf bei gleichzeitig sinkenden Einnahmen.

2.1.2 Entwicklung der Krankenhausgesetzgebung

Der Krankenhausbereich ist innerhalb nur eines Jahrzehnts dreimal einer umfassenden Reform unterzogen worden: Durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) von 1984¹³, durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989¹⁴ und durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993¹⁵ und der daraus folgenden Bundespflegesatzverordnung 1995¹⁶ wurde schrittweise ein Leistungsbezug bei der Budgetbemessung eingeführt:

Bis 1985 galt das Selbstkostendeckungsprinzip, nach dem die Krankenhäuser ihre Kosten in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen retrospektiv erstattet bekamen. Damit wurden Verluste oder Gewinne der Krankenhäuser durch die Krankenkassen rückwirkend ausgeglichen. Diese vollständige und rückwirkende Kostenerstattung wurde 1986 eingeschränkt¹⁷. Die dann geltende flexible Budgetierung sah vor, dass ein prospektiv festgelegtes Jahresbudget am Ende der Planungsperiode nach Maßgabe der effektiv eingetretenen Belegung flexibilisiert wurde. Dabei wurden 25% der Gesamtkosten als belegungsabhängige Kosten variabel erstattet. Damit wurde ein erster

¹² Vgl. Sing, R.: Die gesetzliche Krankenversicherung hat ein Einnahmeproblem. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 1. S. 69.

¹³ Vgl. KHNG (1984).

¹⁴ Vgl. GRG (1988).

¹⁵ Vgl. GSG (1993).

¹⁶ Vgl. BpflV (1995).

¹⁷ Vgl. Mis, U.: Grundlagen der Krankenhausfinanzierung. In: Von Eiff, W./Fenger, H./Gillesen, A./Kerres, A./Mis, U./Raem, A.M./Winter, S.F. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager (Band 1). Berlin, Heidelberg, New York 2002. S. 8.

Leistungsbezug in die Budgetermittlung eingeführt, da jetzt an der Belegung gemessene Minderleistungen zumindest anteilig berücksichtigt wurden.

Die endgültige Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips brachte jedoch erst das zum 01.01.1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)¹⁸. Mit ihm entfiel der Anspruch auf Erstattung der angefallenen Selbstkosten zu Gunsten von leistungsorientierten Pflegesätzen¹⁹. Weiterhin sah das GSG ein prospektiv kalkuliertes fixes Budget vor, das bezüglich seiner maximalen jährlichen Steigerung an die Grundlohnsumme gekoppelt wurde. Damit konnten die Krankenhausbudgets nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einkünfte der Krankenkassenmitglieder. Ziel dieser festen Budgetierung des GSG war es, den Kostenanstieg durch Anreize für wirtschaftliches Handeln in den Krankenhäusern zu stoppen²⁰. Erstmals waren Krankenhäuser in der Lage, bei wirtschaftlicher Betriebsführung Gewinne zu realisieren. Gleichzeitig musste aber auch das Risiko von Verlusten getragen werden. Mit dieser vorsichtigen Einführung von Marktmechanismen sollten Anreize zur Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen geschaffen werden, um so zu einer umfassenden Kostensenkung zu gelangen²¹.

Mit der auf Grundlage des GSG verabschiedeten Bundespflegesatzverordnung 1995 (BPfIV) wurde zum 01.01.1996 erstmals ein differenziertes Entgeltsystem mit pauschalisierten Abrechnungsgrößen und leistungsbezogenen Pflegesätzen eingeführt²². Folgende Entgeltformen waren vorgesehen:

¹⁸ Vgl. GSG (1993).

¹⁹ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Vom selbstkostendeckenden Pflegesatz zu fallpauschalisierten Preisen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 136.

²⁰ Vgl. Tuschen, K.-H.: Das neue Recht. Das bisherige System, Prinzipien des neuen Pflegesatzverfahrens. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 11. Jg. (1994). Heft 6. S. 442.

²¹ Vgl. Tuschen, K.-H./Trefz, U.: Krankenhausentgeltgesetz. 1. Auflage. Stuttgart 2004. S. 29.

²² Vgl. BPfIV (1995).

Fallpauschalen

Eine Fallpauschale vergütete alle allgemeinen Krankenhausleistungen für einen definierten Behandlungsfall²³. Fallpauschalen wurden für medizinisch und ökonomisch homogene Fallgruppen gebildet und berücksichtigten alle medizinischen Leistungen (z.B. Operationen) und nicht-medizinischen Leistungen (z.B. Unterkunft und Verpflegung). Die Fallpauschale musste immer dann abgerechnet werden, wenn der im Fallpauschalenkatalog definierte Behandlungsfall, also eine definierte Behandlung (OPS 301) in Verbindung mit einer festgelegten Hauptdiagnose (ICD), die Hauptleistung darstellte. Neben der vergüteten Fallpauschale wurde für einen Behandlungsfall zunächst keine weitere Entgeltabrechnung zugelassen. Lag ein Patient aber erheblich länger als eine vorgegebene durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus, so konnten nach Erreichen der Grenzverweildauer zusätzlich Abteilungs-Basispflegesätze abgerechnet werden. Sowohl die durchschnittliche Verweildauer als auch die darüber hinausgehende, erheblich höhere Grenzverweildauer wurden im Fallpauschalkatalog spezifisch ausgewiesen. Musste der Patient nach Vergütung einer Fallpauschale auf Grund von Komplikationen innerhalb der Grenzverweildauer wieder aufgenommen werden, durfte kein tagesgleicher Pflegesatz abgerechnet werden.

Sonderentgelte

Mit den Sonderentgelten wurde ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen definierten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet²⁴. Hierzu zählten insbesondere Operationen, aber auch andere therapeutische und diagnostische Maßnahmen, die im Sonderentgeltkatalog festgesetzt wurden. Da ein Sonderentgelt nur einen Teil der Krankenhausleistungen vergütete, konnten im Gegensatz zu den Fallpauschalen Abteilungs- und Basispflegesätze zusätzlich abgerechnet

²³ Vgl. §11, Abs. 1 BPflV (1995)

²⁴ Vgl. § 11, Abs. 2 BPflV (1995)

werden. Allerdings wurde der Abteilungspflegesatz für die ersten 12 Behandlungstage um 20% gemindert.

Abteilungs- und Basispflegesatz

Für Leistungen, die nicht über Fallpauschalen oder Sonderentgelte abgerechnet werden konnten, wurden differenzierte Abteilungspflegesätze als Entgelte für ärztliche und pflegerische Leistungen vorgesehen. Die Abteilungspflegesätze waren als tagesbezogenes Entgelt für jede organisatorisch selbstständige bettenführende Abteilung, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet wurde, einzurichten²⁵. Zusätzlich zu den Abteilungspflegesätzen wurden für die nicht-ärztlichen und nicht-pflegerischen Leistungen Basispflegesätze abgerechnet²⁶. Diese beinhalteten zum Beispiel Vergütungen für Unterkunft und Verpflegung.

Hierarchie und Kombinationsmöglichkeiten der Entgeltformen

Die erste Priorität bei der Abrechnung hatte die Fallpauschale. Nur wenn sie nicht geltend gemacht werden konnte, durften Sonderentgelte und tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet werden. Die zweite Priorität hatte das Sonderentgelt in Kombination mit Abteilungs- und Basispflegesatz. Nur wenn weder Fallpauschale noch Sonderentgelt vorlagen, konnten die tagesgleichen Pflegesätze allein abgerechnet werden. Für die Kombination von Fallpauschalen und Sonderentgelten und für die Abrechnung von mehreren Sonderentgelten galten nach der BPfIV 1995 spezifische Bestimmungen.

Mit dieser differenzierten Vergütung der stationären Leistungen sollte der Leistungsbezug und damit die Transparenz der Budgetbemessung erhöht werden²⁷. Insbesondere im Bereich der Pauschalentgelte (Fallpauschalen und Sonderentgelte), die ca. 20-30% der Erlössumme in den deutschen Krankenhäusern ausmachte, sollte eine Wettbewerbssituation hergestellt

²⁵ Vgl. § 13, Abs. 2 BPfIV (1995)

²⁶ Vgl. § 13, Abs. 3 BPfIV (1995)

²⁷ Vgl. Lenke, N./Graf, K.: BPfIV '95, Vorbereitung auf die neuen Entgeltformen. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 11. Jg. (1994). Heft 6. S. 474.

werden: Erstmals wurde eine einheitliche Vergütung für gleiche Leistungen angestrebt. Hierzu dienten finanzielle Bewertungen der Fallpauschalen und Sonderentgelte in Form von Punktsummen je Leistung. Diese Punktsummen wurden auf Basis einer Kostenkalkulation des Bundesministeriums für Gesundheit im Anhang der BPfIV 1995 bundesweit einheitlich vorgegeben. Der Preis je Punkt (Punktwert) wurde jedoch auf Landesebene unterschiedlich festgelegt. Damit erhielten alle Krankenhäuser eines Bundeslandes für die pauschalierten Leistungen gleiche Entgelte, unabhängig von ihrer individuellen Kostenstruktur. Die Höhe der Abteilungs- und Basispflegesätze, und damit 70-80% des Budgets, wurde weiterhin krankenhausesindividuell vereinbart²⁸. Durch die differenzierte Bewertung der Fachgebiete konnte jedoch die Transparenz von Leistungen und Kosten erhöht werden²⁹.

Nicht stationäre Behandlungsmöglichkeiten

Mit dem GSG wurden auch die Möglichkeiten einer ambulanten Leistungserbringung durch das Krankenhaus verbessert. Zielsetzung des Gesetzgebers war hier, durch eine Aufhebung der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung die Kosten zu senken³⁰. So wurden die Möglichkeiten der teilstationären Leistungserbringung erweitert. Als neue - und bis heute gültige - Elemente wurden prä- und poststationäre Versorgungsformen eingeführt³¹. Damit muss ein in das Krankenhaus eingewiesener Patient nach der Entscheidung eines verantwortlichen Krankenhausarztes nicht in jedem Fall stationär aufgenommen werden. Zur Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung oder zur Vorbereitung derselben können zunächst vorstationäre Diagnose- oder Therapiemaßnahmen erfolgen. Die poststationäre Behandlungsform ermöglicht eine ambulante Krankenhaus-

²⁸ Vgl. Asmuth, M., Blum, K., Fac-Asmuth, W.G., Gumbrich, G., Müller, U., Offermanns, M., Urbahn, D.: Die Umsteiger-Krankenhäuser im ersten Jahr unter neuem Recht. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 14. Jg. (1997). Heft 4. S. 335.

²⁹ Vgl. Clade, H.: Gute Noten für das Entgeltsystem. In: Deutsches Ärzteblatt. 96. Jg. (1999). Heft 47. S. 2431.

³⁰ Vgl. Eichhorn, S.: Organisatorische, qualitative und finanzielle Aspekte der nicht stationären Versorgungsformen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 38.

³¹ Vgl. §115a SGB V. (1998).

behandlung über die vollstationäre Behandlungsphase hinaus. Als weitere Neuerung wurden Krankenhäuser auch berechtigt, ambulante Operationen durchzuführen³².

Mitteilungspflichten der Krankenhäuser

Mit der neuen Gesetzgebung wurde die Mitteilungspflicht der behandelnden Ärzte gegenüber den Krankenkassen deutlich ausgeweitet³³. Diese umfangreiche Dokumentationspflicht der Fachabteilungen beinhaltet unter anderem die Mitteilung über den Grund der Aufnahme, die voraussichtliche Dauer der Behandlung und die Einweisungs- und Aufnahmediagnose nach ICD schon bei Aufnahme der Patienten³⁴. Bei der Entlassung sind nachfolgende Diagnose und Datum und Art einer durchgeführten Operation zu melden.

2.2 Das Deutsche DRG System als Klassifikationssystem

2.2.1 Aufbau und Struktur

2.2.1.1 Struktur der G-DRGs

Das Deutsche DRG System (G-DRG) ist ein Patientenklassifikationssystem für alle stationären Behandlungsfälle, das auf dem Australischen DRG System (AR-DRG³⁵) basiert³⁶. Der Katalog der deutschen DRGs enthält in der Version 2004 insgesamt 824 Fallgruppen³⁷. Diese werden in 23 Hauptgruppen, den Diagnostic Categories (MDCs), gegliedert. Die MDCs spiegeln die klassische medizinische Struktur der Erkrankungen nach Organsystemen und nach Krankheitsursachen wider (siehe Abbildung 1). In den MDC Sondergruppen (Prä-MDC und Fehler DRGs) werden schwer gruppierbare Fälle (z.B. nicht zur

³² Vgl. § 115b SGB V (1998).

³³ Vgl. § 301 SGB V (1998).

³⁴ Vgl. Clade, H.: Krankenhäuser müssen differenziert abrechnen. In: Deutsches Ärzteblatt. 91. Jg. (1994). Heft 9. S. B434.

³⁵ Vgl. Commonwealth of Australia: Australian Refined Diagnosis Related Groups. Definition Manual. Version 4.1, Volume 1.1998.

³⁶ Vgl. Rochell, B./Roeder: Einigung auf Australisch - Die Selbstverwaltung entscheidet sich für das AR-DRG-System. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 8. S. 608.

³⁷ Vgl. German Diagnosis Related Groups, Version 2004. Definitionshandbuch. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK). Siegburg, Germany 2003.

Hauptdiagnose passende Prozedur) und besonders komplexe Behandlungen (z.B. Transplantationen) abgebildet.

Major Diagnostic Categories der G-DRGs	
0	Sonderfälle, Prä-MDC
1	Nervensystem
2	Augenerkrankungen
3	HNO, Kiefererkrankungen
4	Atemwegserkrankungen
5	Herz/Kreislauf
6	Verdauungstrakt
7	Galle/Leber/Pankreas
8	Bewegungsapparat
9	Hauterkrankungen/Mamma
10	Stoffwechselerkrankungen
11	Harnorgane
12	männl. Geschlechtsorgane
13	weibl. Geschlechtsorgane
14	Schwangerschaft/Geburt
15	Neugeborene
16	Hämatologie/Immunologie
17	Neoplasien, Myeloprol.
18	Infektionen
19	psychische Erkrankungen
20	Drogen, Suchterkrankungen
21	Verletzungen, Vergiftungen
22	Verbrennungen
23	sonstige Erkrankungen
	Fehler DRGs

Abb. 1: Liste der MDCs im G-DRG System

Die MDCs untergliedern sich wiederum nach drei Partitionen: In Abhängigkeit der durchgeführten Maßnahmen differenzieren die Partitionen in konservative Behandlungsfälle (M-Partition), Behandlungsfälle mit Eingriffen im Operationssaal (O-Partition) und andere Behandlungsfälle (A-Partition) mit invasiver Diagnostik (z.B. Endoskopien, Arthroskopien), minimalinvasiver Therapie (z.B. Nierensteinzertrümmerung) oder Rehabehandlungen. Die Partitionen setzen sich aus Basis-DRGs zusammen, die ihrerseits nach unterschiedlichem Schweregrad in die endgültigen DRGs untergliedert werden können. Auf dieser Ebene der DRGs werden die Behandlungsfälle allein nach dem Kriterium der Kostenhomogenität zugewiesen. Dies bedeutet, dass sich die medizinischen Gliederungskriterien des DRG Systems auf die Ebenen der MDCs, Partitionen und Basis-DRGs beschränken³⁸.

³⁸ Vgl. Rochell, B./Roeder, N.: Vergleichende Betrachtung und Auswahl eines Patientenklassifikationssystems auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (I). In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 4. S. 265.

Dies hat zur Folge, dass sich in einer DRG zwar Behandlungen eines Organsystems mit vergleichbaren Kosten finden, das medizinische Vorgehen und damit die medizinische Komplexität jedoch unterschiedlich sein können³⁹. Die Fallgruppierung im G-DRG System findet damit primär unter ökonomischen und erst sekundär unter medizinischen Gesichtspunkten statt. Die gleichwertige Abbildung von ökonomischer und medizinischer Homogenität würde zu einer unüberschaubaren Anzahl von DRGs führen⁴⁰. Zur Verbesserung der ökonomischen Homogenität sind für begründete Ausnahmefälle Zusatzentgelte für definierte Leistungen und Leistungskomplexe neben den DRGs vorgesehen⁴¹. Der Katalog 2004 sieht 26 solcher Zusatzentgelte vor⁴². Hier sind im Wesentlichen Dialysen und komplexe Behandlungen mit Implantaten abgebildet.

Allen DRG Systemen ist gemeinsam, dass bei der Gruppierung nach Kostenhomogenität stets die durchschnittlichen Kosten betrachtet werden. Ausreißer nach oben und unten werden also immer zu beobachten sein⁴³. Dies entspricht dem Wesen eines jeden Pauschalierungssystems. Kritische Analysen auf Basis von Einzelfallbetrachtungen machen damit nur eingeschränkte Aussagen über die Güte des Klassifizierungssystems. Vielmehr muss sich der Erfolg eines DRG Systems daran messen lassen, inwieweit es in der Lage ist, den Durchschnitt aller Behandlungsfälle einer DRG innerhalb eines Budgetzeitraumes korrekt zu bewerten⁴⁴.

³⁹ Vgl. Klein, M.: *Diagnosis Related Groups. Das diagnosebezogene Abrechnungsmodell für stationäre Leistungen.* Landsberg, München 1988. S. 60.

⁴⁰ Vgl. Neubauer, G.: *Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausentgeltsystem.* In: *das Krankenhaus.* 92. Jg. (2000). Heft 3. S. 164.

⁴¹ Vgl. § 17b KHG (2004).

⁴² Vgl. Anlage 2 und 4 KFPV (2004).

⁴³ Vgl. Roeder, N./Rochell, B.: *Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von DRGs in der Herzchirurgie. Erste Ergebnisse eines Praxisprojekts an 18 Kliniken.* In: *das Krankenhaus.* 92. Jg. (2000). Heft 7. S. 543.

⁴⁴ Vgl. Rochell, B./Roeder, N.: *DRGs für Deutschland. Die Selbstverwaltung verständigt sich auf die australischen AR-DRGs als Basis für das künftige deutsche Patientenklassifikationssystem.* In: *Arzt und Krankenhaus.* (2000). Heft 8. S. 238.

2.2.1.2 Zuordnungskriterien der G-DRG Gruppierung

Die Zuordnung eines stationären Behandlungsfalles zu genau einer DRG erfolgt bei allen Patienten nach Diagnosen, Prozeduren, Patientenalter und der Entlassungsart. Bei Neugeborenen und Langzeitbeatmeten gehen zusätzlich Geburtsgewichte und Beatmungszeiten ein.

Diagnosen

Bei Zuordnung der Behandlungsfälle zu den einzelnen DRGs (Grouping) wird zwischen einer Krankenhaushauptdiagnose und weiteren Nebendiagnosen unterschieden. Die Krankenhaushauptdiagnose ist von dem kodierenden Arzt bei Entlassung des Patienten festzulegen. Die jeweilige Kennzeichnung wird bei der Gruppierung erkannt und entsprechend bewertet.

Prozeduren

Bei der Dokumentation der operativen Leistungen erfolgt dagegen keine Differenzierung zwischen Haupt- und Nebeneingriffen. Diese Bewertung wird im Rahmen der Gruppierung durch den im Grouper hinterlegten Algorithmus vorgenommen. Hierbei greift der Grouper von allen dokumentierten Eingriffen den Eingriff mit dem höchsten Ressourcenverbrauch heraus und zieht ihn als Gruppierungskriterium für die DRG Zuweisung heran.

Alter

Es ist auch aus medizinischer Sicht nachvollziehbar, dass Schwere und Kostenintensität eines Behandlungsfalles vom Alter des Patienten abhängig sein können. Die im G-DRG System hinterlegten Alterssplitts erscheinen damit sinnvoll. Hierbei werden sonst gleiche Behandlungsfälle nach dem Kriterium des Alters des Patienten unterschiedlichen DRGs zugewiesen. So wird z.B. der Behandlungsfall Harnsteine und Harnwegsobstruktion in die DRG L64A (Alter > 75 Jahre) und in die DRG L64B (Alter < 76 Jahre) differenziert.

Entlassungsart

Auch die Entlassungsart wird als Gruppierungskriterium herangezogen. Durch die Entlassungsart werden Behandlungsfälle mit Todesfolge oder solche mit einer Weiterverlegung zur Anschlussbehandlung identifiziert.

Geburtsgewichte

Die Geburtsgewichte werden im Bereich der Neonatologie (MDC 15) als Gruppierungskriterium herangezogen. Behandlungsfälle mit einem niedrigen Geburtsgewicht verursachen höheren Aufwand und sind damit auch höher bewertet.

Beatmungszeiten

Für die sehr kostenintensiven Langzeitbeatmungen sind gesonderte Fallgruppen vorgesehen. Als Zuordnungskriterien dienen die durchgeführten Beatmungsstunden.

2.2.1.3 Ordnung nach Schweregraden im G-DRG System

Im G-DRG System können Behandlungsfälle einer Basis-DRG nach unterschiedlichem Schweregrad und Ressourcenverbrauch in verschiedenen DRGs abgebildet werden. Für die Differenzierung nach Schweregraden sieht das G-DRG System fünf Abstufungen vor. Nur in den Z-Gruppen gibt es keine Differenzierung innerhalb der jeweiligen Basis-DRG:

A-Gruppe	Höchster Ressourcenverbrauch
B-Gruppe	Zweithöchster Ressourcenverbrauch
C-Gruppe	Dritthöchster Ressourcenverbrauch
D-Gruppe	Vierthöchster Ressourcenverbrauch
E-Gruppe	Fünfhöchster Ressourcenverbrauch
Z-Gruppe	Keine Unterteilung

Tab. 1: Schweregradstufen der G-DRGs

Die Einordnung eines Falles in die jeweilige Schweregradstufe erfolgt über die beschriebenen Zuordnungskriterien. Behandlungsfälle der hoch bewerteten A-Gruppen weisen in der Regel entsprechende Begleiterkrankungen oder Komplikationen auf, die in Form von Nebendiagnosen beschrieben werden. Über einen festgelegten Algorithmus wird jeder dokumentierten Nebendiagnose ein für diesen Behandlungsfall individueller Komplexitätslevel zugewiesen (PCCL-Wert). Wird der gleiche medizinische Sachverhalt über mehrere Nebendiagnosen dokumentiert, kann so eine allein durch eine Mehrfachnennung bedingte Hochkodierung vermieden werden. Die Schweregrad-differenzierung in der Neonatologie erfolgt in erster Linie nach den Geburtsgewichten⁴⁵.

2.2.2 Wirkungen von DRGs als Klassifikationssystem auf das Krankenhaus

Die wesentliche Wirkung eines DRG-basierten Klassifikationssystems auf das Krankenhaus resultiert aus der neuen Transparenz des Leistungsgeschehens. Ein DRG System ermöglicht die Produktdefinition und Produktnormierung von Krankenhausleistungen⁴⁶. Die früheren Leistungsstatistiken der Bundespflege-satzverordnung kannten keine Differenzierungen nach Nebendiagnosen oder Komplikationen. Auch wurde keine durchgängige Beziehung zwischen Diagnosen und Eingriffen hergestellt. Die leistungsorientierte Klassifizierung nach medizinischen Kriterien und Ressourceneinsatz eines DRG Systems differenziert dagegen auch bei gleichen Hauptdiagnosen in unterschiedliche Schweregrade. So kann beispielsweise nicht nur eine Aussage über die Zahl der behandelten Patienten mit Gallensteinen gemacht werden, sondern auch darüber, wie viele der Patienten operiert worden sind und in welchem Anteil Komplikationen aufgetreten sind.

⁴⁵ Siehe 2.2.1.2

⁴⁶ Vgl. Neubauer, G./Nowy, R.: Internationale Erfahrungen. Eine Analyse der Verwendungsmöglichkeiten von Patientenklassifikationssystemen. In: Forum für Gesellschaftspolitik. 6. Jg. (2000). Heft Juli/August. S. 179.

Diese Transparenz der Leistungen hat für das Krankenhaus Wirkungen nach innen und nach außen. Für das Umfeld werden die Leistungen des Krankenhauses besser nachvollziehbar und kontrollierbar. Das wahre Leistungsniveau sowie Stärken und Schwächen werden deutlich. Die externe Qualitätssicherung erhält mit dem DRG System ein wirkungsvolles Instrument: Deutliche Veränderungen im Schweregradmix durch eine Zunahme von Komplikationen können auf ein Qualitätsproblem hindeuten⁴⁷. Innerhalb des Krankenhauses eröffnen sich durch die Leistungstransparenz neue Steuerungsmöglichkeiten, da das Management Informationen über das tatsächliche Leistungs- und Qualitätsniveau der Abteilungen erhält. Die Identifizierung von Schwerpunkten und Kernkompetenzen sowie Stärken und Schwächen macht eine zielorientierte Krankenhaussteuerung erst möglich.

2.3 Das Deutsche DRG System als Preissystem

2.3.1 Preisbemessung im DRG System

2.3.1.1 Bewertungsrelation

Die Fallgruppierung eines DRG Systems liefert nicht direkt eine Preisbemessung des Falles, sondern ordnet jeden Behandlungsfall zunächst einer kostenhomogenen Gruppe zu. Für jede DRG wird dann ein relatives Fallgewicht als Ausdruck ihrer durchschnittlichen Kostenintensität im Verhältnis zu den Kosten des Durchschnittsfalles berechnet und als Bewertungsrelation festgelegt. Für die Kalkulation der Kosten und der Bewertungsrelationen zeichnet in Deutschland das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verantwortlich. Auf Basis von Leistungs- und Kostendaten deutscher Krankenhäuser erfolgt eine jährliche Neukalkulation. Das deutsche Kalkulationsmodell zur Bestimmung der Bewertungsrelationen sieht hierfür, nach Ausgliederung der nicht DRG-relevanten Kosten, eine einzelfallbezogene

⁴⁷ Vgl. Fetter, R.: Autogroup Patient Classification Scheme and Diagnosis Related Groups. Health Care Financing Administration. 1979. S. 9.

Vollkostenkalkulation aller eingereichten Falldatensätze vor⁴⁸. Über die Einzelfallkosten werden zunächst die durchschnittlichen Kosten aller Fälle ermittelt und als gewichteter Mittelwert gleich 1 gesetzt. Im zweiten Schritt werden dann über die Einzelfallkosten die Durchschnittskosten jeder einzelnen DRG ermittelt und das Verhältnis zu den Kosten des Durchschnittsfalles (=1) als relative Kostengewichtung in Form einer Bewertungsrelation festgelegt. Werden bei der Kostenkalkulation sehr inhomogene Kostenstrukturen innerhalb einer DRG deutlich, müssen neue DRGs definiert werden, um eine kostenhomogene Gruppenbildung sicherzustellen. Beispiele für Bewertungsrelationen häufiger urologischer Fallgruppen finden sich in Tabelle 2:

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation
L03A	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter<19 Jahre oder äußerst schwere CC	3,474
L03B	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter>18 Jahre mit schweren CC oder CC	2,661
L03C	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter>18 Jahre ohne CC	2,150
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe außer bei Neubildung mit äußerst schweren CC	3,673
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe außer bei Neubildung ohne äußerst schweren CC	2,141
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	2,958
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schweren CC	2,361
M02Z	Transurethrale Prostataresektion	1,111
M05Z	Zirkumzision	0,521
M40Z	Urethrozystoskopie ohne CC	0,491

Tab. 2: Beispiele für Bewertungsrelationen urologischer G-DRGs

⁴⁸ Vgl. Janiszewski, J./Pfaff, M.: Das DRG-Kalkulationsmodell. Wie in Deutschland Fallkosten zur Bestimmung der Relativgewichte kalkuliert werden. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 3. S. 221f.

2.3.1.2 Case-Mix-Index

Der Case-Mix-Index (CMI) ist der gewichtete Mittelwert aller Bewertungsrelationen einer Gruppe von Behandlungsfällen. Zu seiner Berechnung werden die Bewertungsrelationen aller Behandlungsfälle aufsummiert. Diese Summe aller Bewertungsrelationen eines Krankenhauses bezeichnet man als DRG Gesamtfallgewichte oder Case-Mix. Die Division der Summe aller Bewertungsrelationen durch die Fallzahl aller im Krankenhaus behandelten Fälle ergibt den CMI des Hauses. In Abhängigkeit der Schweregrade und der Fallzahl in den einzelnen DRGs weist der CMI damit den durchschnittlichen Schweregrad der Behandlungen eines Krankenhauses aus. Er dient als Bezugsgröße für den Aufwand beziehungsweise die Komplexität aller Behandlungsfälle. Damit ist der CMI ein geeigneter Parameter für Krankenhausvergleiche⁴⁹. Grundsätzlich kann auch für andere Behandlungsgruppen, z.B. Fälle einer Fachabteilung oder eines Krankenhausverbundes, ein CMI berechnet werden.

2.3.1.3 Fallpreisbemessung

Die Preisbemessung der Behandlungsfälle wird durch die Abrechnungsbestimmungen der Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004) geregelt⁵⁰. Die Grundlage der Preisfindung in einem DRG System bilden die Bewertungsrelationen in Form der relativen Fallgewichte der jeweiligen DRG. Diese werden aber durch Zu- und Abschläge korrigiert, sodass am Ende korrigierte Bewertungsrelationen oder auch korrigierte Fallgewichte zur Preisbemessung herangezogen werden. Damit berücksichtigen korrigierte Bewertungsrelationen die im DRG Katalog hinterlegten Zuschläge für Langlieger und Abschläge für Kurzlieger. Zu- und Abschläge ergeben sich bei starken Abweichungen der Verweildauer eines Falles von der Durchschnittsverweildauer der DRG. Das Instrument der Zu- und Abschläge kann als

⁴⁹ Vgl. Leititis, J.-U.: Rationalisierungsinstrument mit Nebenwirkungen. In: Forum für Gesellschaftspolitik. 6. Jg. (2000). Heft Juli/August. S. 195.

⁵⁰ Vgl. Abschnitt 1 KFPV (2004).

zusätzlicher Schweregradparameter des DRG Systems verstanden werden⁵¹. Hierbei wird davon ausgegangen, dass starke Abweichungen von der Normverweildauer auf eine vom Durchschnitt abweichenden Komplexität des Falles schließen lassen. Aufwertungen erfolgen bei Verweildauern oberhalb der oberen Grenzverweildauer. Abwertungen werden bei Verweildauern unter der unteren Grenzverweildauer vorgenommen:

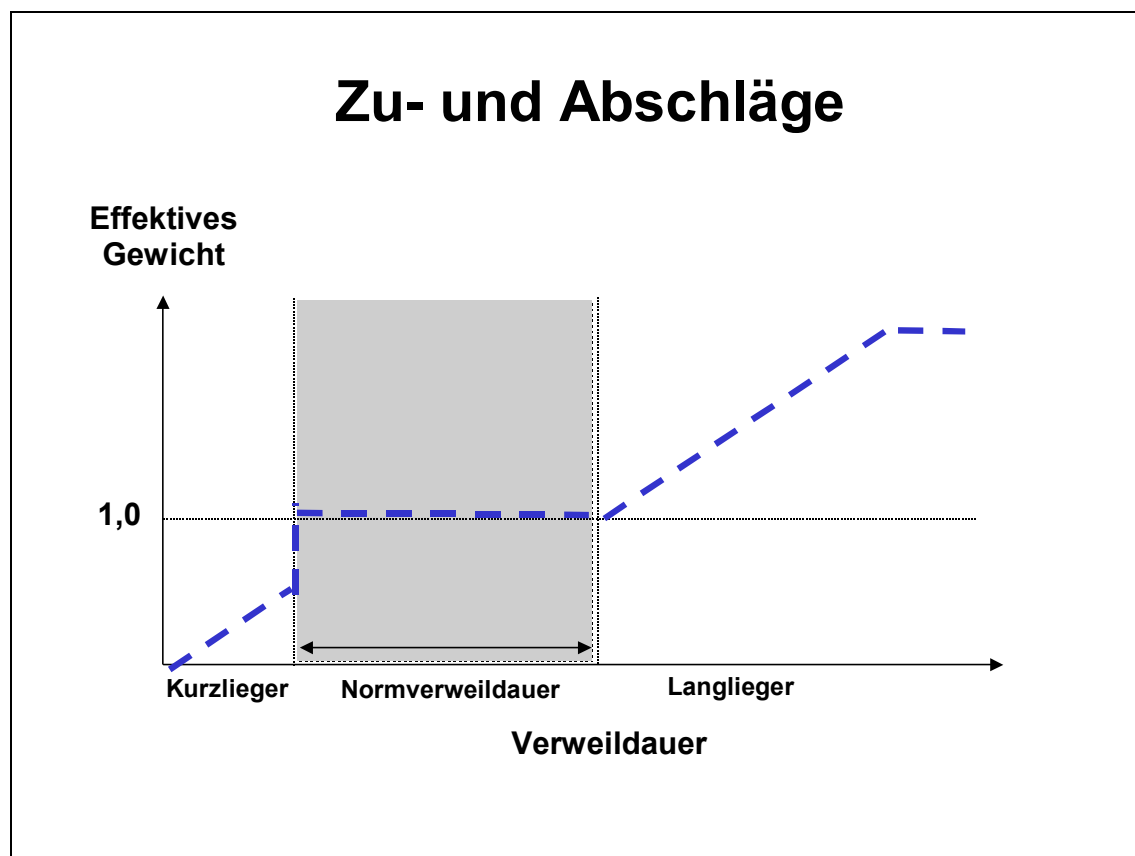


Abb. 2

Nur die Behandlungsfälle, die sich mit ihrer Verweildauer innerhalb des Normbereiches befinden, erhalten eine korrigierte Bewertungsrelation in Höhe des relativen Fallgewichtes der DRG. Die Zu- und Abschläge und die Grenzverweildauern sind je DRG in dem Fallpauschalkatalog definiert⁵²: Kurzlieger erhalten bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer einen je DRG definierten Gewichtsabschlag je Behandlungstag, Langlieger erhalten

⁵¹ Vgl. Fischer, W.: Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. Kurzbeschreibung und Beurteilung. Wolfertswil 2000. Kapitel F.

⁵² Vgl. Anlage 1 zur KFPV (2004)

entsprechend Gewichtsaufschläge je zusätzlichem Behandlungstag. Nach dem gleichen Prinzip sind auch für Verlegungsfälle verweildauerabhängige Abschläge definiert.

Neben der Bewertungsrelation wird zur Erlösbemessung der hausindividuelle Basisfallwert benötigt. Dieser beschreibt den Preis für einen Durchschnittsfall (Bewertungsrelation =1) eines Krankenhauses. Er wird für 2004 im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen auf Basis der vorjährigen Budgets ermittelt. Diese krankenhausesindividuellen Basisfallwerte sollen dann mit Beginn der Konvergenzphase ab 2005 stufenweise an einen pro Bundesland geltenden Basisfallwert angeglichen werden⁵³. Am Ende der Konvergenzphase in 2009 werden dann gleiche Leistungen auch landesweit gleich vergütet⁵⁴. Diese schrittweise Anpassung trägt der Tatsache Rechnung, dass erst im Rahmen der Weiterentwicklung der G-DRGs eine hinreichende Güte des Abrechnungssystems erreicht werden muss, bevor es in seiner Budgetwirkung voll greifen kann⁵⁵.

Der Fallpreis ergibt sich dann aus der Multiplikation der korrigierten Bewertungsrelation mit dem hausindividuellen Basisfallwert:

$$\text{Fallpreis} = \text{Bewertungsrelation} \times \text{Basisfallwert}$$

Zusätzlich zu diesem Fallpreis kann für definierte Ausnahmefälle, z.B. Dialysen und kostenintensive Implantate, ein Zusatzentgelt abgerechnet werden⁵⁶.

⁵³ Vgl. § 4 Abs. 1 KHEntgG (2004).

⁵⁴ Vgl. Siebig, J.: Landesweite Basisfallwerte: Wie hoch sind sie, und wie geht es weiter? In: das Krankenhaus. 97. Jg. (2005). Heft 7. S. 564.

⁵⁵ Vgl. Tuschen, K.-H./Braun, T.: Veränderte Rahmenbedingungen für die Konvergenzphase. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 22. Jg. (2005). Heft 1. S. 36.

⁵⁶ Siehe 2.2.1.1

2.3.2 Wirkungen von DRGs als Preissystem auf das Krankenhaus

Das DRG System als Klassifikationssystem beschreibt und strukturiert die stationären Behandlungsfälle als Produkt des Krankenhauses. Diese Produktdifferenzierung ist zunächst unabhängig von der Produktbewertung zu sehen. Erst beim Einsatz von DRGs als Vergütungssystem erfolgt eine Bewertung des Produktes und das DRG System wirkt als Preissystem. Die Höhe der Preise werden dann wesentlich durch den Basisfallwert, also durch die Punktwerte, bestimmt. Abhängig von der Höhe des Preises ergeben sich für das Krankenhaus Chancen und Risiken.

Im Zuge seiner Finanzverantwortung wird das Krankenhausmanagement aufgefordert sein, das Verhältnis von Preisen und Leistungen zu optimieren und Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen. Da die Preise im Wesentlichen festgelegt sein werden, müssen sich die Steuerungsmaßnahmen auf die Optimierung der Leistungen und der Kosten konzentrieren. Damit wirken in einem DRG Preissystem nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip die Mechanismen des Minimalprinzips: Ein definiertes Ergebnis soll mit einem möglichst geringen Mitteleinsatz realisiert werden⁵⁷. Der Begriff der Effizienz beschreibt, inwieweit dies erreicht werden kann: Eine Maßnahme kann dann als effizient bezeichnet werden, wenn sie es ermöglicht ein vorgegebenes Ziel mit begrenztem Mitteleinsatz zu erreichen⁵⁸. Dabei sind die Vergütungsprinzipien des DRG Systems zu beachten: Die Vergütung in DRG Systemen erfolgt pauschal für einen Behandlungsfall und damit unabhängig von dem Behandlungsort einer Fachabteilung und nahezu unabhängig von der Verweildauer im Krankenhaus. Ein höheres Entgelt für Mehrleistungen lässt sich nur dann realisieren, wenn diese Mehrleistungen über eines der dargestellten Gruppierungskriterien zu einer Eingruppierung in eine höher bewertete DRG führen. Die Organisation des Behandlungsprozesses hat keinen Einfluss auf die Preisbemessung, wohl aber auf die Kosten. Es liegt damit in der Verantwortung des Krankenhauses,

⁵⁷ Vgl. Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 10. Auflage. München, Wien 1989. S.3.

⁵⁸ Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Band III. 3. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1987. S. 27.

den Prozess der Behandlung so zu optimieren, dass er mit geringen Kosten zu dem durch die Fallpauschale definierten Ergebnis führt. Dies wird sich auch auf das interne Verlegungsmanagement auswirken, da die Anzahl der Behandlungstage in Spezialabteilungen oder die Zahl der Fachabteilungsverlegungen keinen Einfluss auf die Erlöse haben. Auch verlängerte Verweilzeiten innerhalb des Korridors der Normalverweildauer, die zur Erreichung des Behandlungszieles nicht notwendig sind, führen nicht zu höheren Erlösen.

3 Betriebswirtschaftliche Grundlagen

3.1 Steuerung als Teil des Führungs- und Managementprozesses

Führung wird als Prozess der Willensbildung und Willensdurchsetzung definiert⁵⁹. Die Willensbildung untergliedert sich in die vier Phasen Problemstellung, Suche, Beurteilung und Entscheidung. Nach der Entwicklung von Lösungsvarianten wird im Rahmen des Entscheidungsprozesses diejenige Variante ausgewählt, die nach den entwickelten Beurteilungskriterien den höchsten Zielerreichungsgrad sicherstellen kann⁶⁰. Der gesamte Prozess der Willensbildung kann auch als Planungsprozess bezeichnet werden. Die Planung beinhaltet damit das Fällen von Führungsentscheidungen auf Basis einer systematischen Entscheidungsvorbereitung und die Ableitung der zur Erreichung notwendigen Aktionen⁶¹. Die Willensdurchsetzung umfasst die Realisationsphase und die Kontrollphase. Die Steuerung und die Durchführung bilden die Realisationsphase. Steuerung ist definiert als detaillierte Festlegung und Veranlassung der Durchführung. Sie dient damit der Realisierung der Planung und verbindet so Planung und Kontrolle⁶². Die Kontrollphase überprüft die Zielerreichung auf den Ebenen Inhalt, Ausmaß und zeitlicher Bezug und folgt der Durchführung oder begleitet sie. Ergibt die Kontrolle eine Zielabweichung, so müssen andere Wege der Durchsetzung gefunden werden oder die gesetzten Ziele müssen überprüft und ggf. angepasst werden. Damit ist Führung als ein Regelkreis anzusehen, in dem sich die Phasen Planung, Steuerung und Kontrolle gegenseitig bedingen⁶³. Das Handeln der Unternehmung wird gesteuert, um die geplanten Ziele zu erreichen⁶⁴. Planung und Steuerung erübrigen sich, wenn die Zielerreichung nicht kontrolliert wird.

⁵⁹ Vgl. Hahn, D.: PuK, Controllingkonzepte: Planung und Kontrolle, Planungs- und Kontrollsysteme, Planungs- und Kontrollrechnung. 5. Auflage. Wiesbaden 1991. S. 37.

⁶⁰ Vgl. Ebd., S. 38.

⁶¹ Vgl. Ebd., S. 45.

⁶² Vgl. Ebd., S. 47.

⁶³ Vgl. Ebd., S. 48.

⁶⁴ Vgl. Mellerowicz, K.: Unternehmenspolitik. Band I. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau 1963. S. 188.

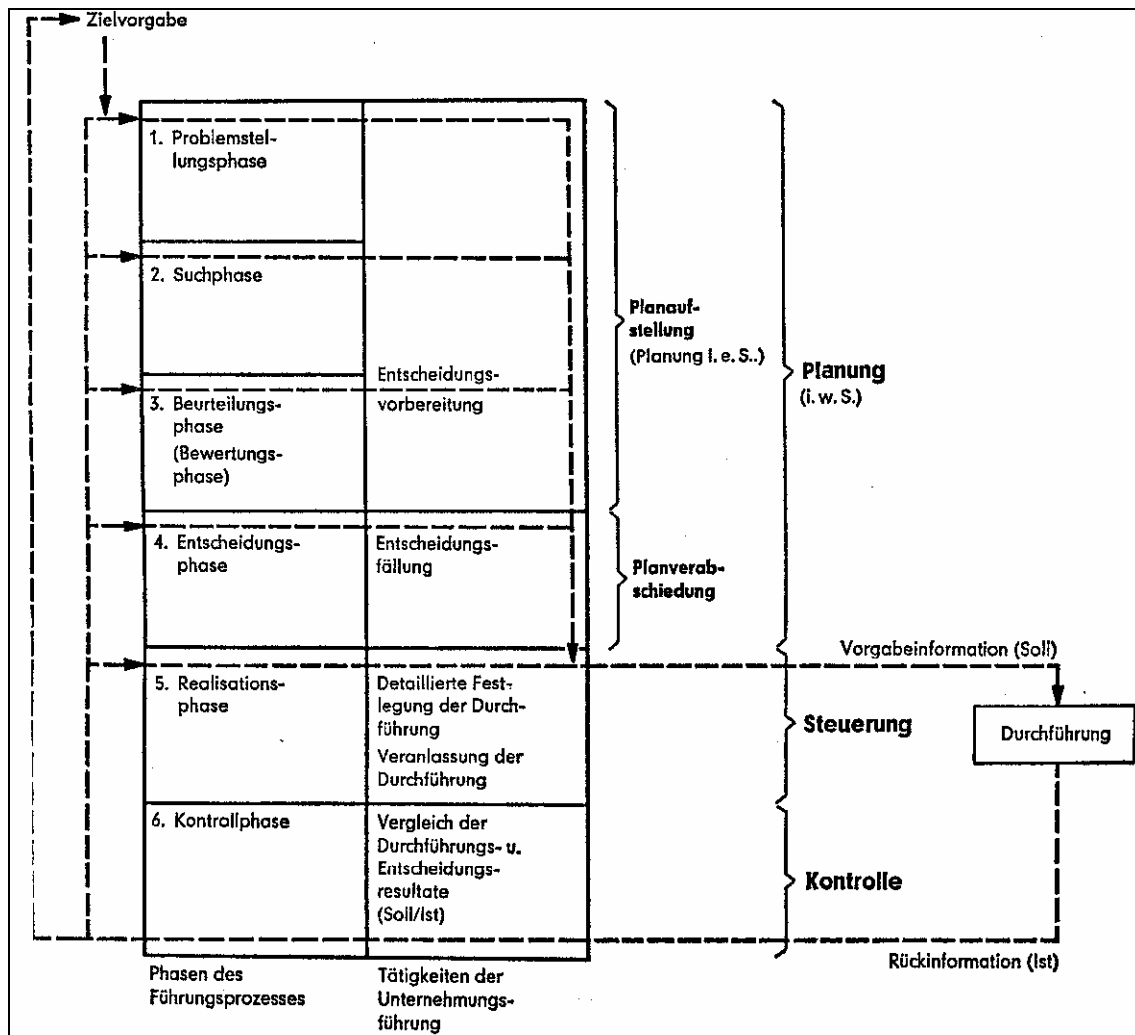


Abb. 3: Führungstätigkeiten in der Unternehmung (aus Hahn, D⁶⁵.)

Die Steuerung nimmt in diesem Managementprozess eine zentrale Stellung ein: Sie beschreibt den Weg vom Ist zum Soll⁶⁶. Eine Unternehmenssteuerung ohne vorangegangene Zieldefinition ist damit nicht möglich. Ein Steuerungsbedarf besteht immer dann, wenn die Ist-Werte von den Planwerten abweichen⁶⁷. Steuern erfordert also Entscheidungen und setzt Kompetenzen voraus. Die Verfahren und Instrumente der Steuerung müssen schon im Planungsprozess festgelegt werden. Damit ist die Steuerung als eine Managementaufgabe

⁶⁵ Vgl. Hahn, D.: PuK, Controllingkonzepte: Planung und Kontrolle, Planungs- und Kontrollsysteme, Planungs- und Kontrollrechnung. 5. Auflage. Wiesbaden 1991. S. 46.

⁶⁶ Vgl. Heinen, E.: Industriebetriebslehre. Entscheidungen im Industriebetrieb. 9. Auflage. Wiesbaden 1991. S. 59ff.

⁶⁷ Vgl. Strehlau-Schwoll, H.: Leistungs-, Kosten- und Erlössteuerung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 210.

anzusehen. Auf Grund dieser zentralen Rolle der Steuerung im Managementprozess werden von einigen Autoren die Begriffe Führung und Steuerung trotz der definitorischen Abgrenzungen auch synonym verwandt⁶⁸.

In dem Unternehmen Krankenhaus wird die Optimierung der Bereiche Qualität, Prozesse und Budget zum Erfolgsfaktor⁶⁹. Ein erfolgreiches Krankenhausmanagement wird daher alle diese drei Erfolgsebenen in den Phasen Planung, Steuerung und Kontrolle abbilden und bei jeder Aufgabe berücksichtigen müssen. Die Aufgabe des Controllings ist es, die für die Führung und Steuerung notwendigen Informationen bereitzustellen⁷⁰. Es sichert damit eine ergebnisorientierte Unternehmensführung⁷¹.

3.2 Strategische Krankenhaussteuerung

Auf Grund des weiter zunehmenden wirtschaftlichen Druckes im wachsenden Wettbewerb der Krankenhäuser erlangt die Notwendigkeit der Entwicklung und Kontrolle mittel- und langfristiger Erfolgsstrategien immer mehr Bedeutung⁷². Zur mittel- und langfristigen Erfolgs- und Existenzsicherung benötigt das Krankenhaus ein strategisches Planungs- und Steuerungssystem, um zukunftsorientierte Erfolgspotenziale zu identifizieren und die Krankenhausleistungen an neue Markterfordernisse zu adaptieren⁷³. Die strategische Planung bezieht hierbei generelle Überlegungen zur Ausrichtung der ärztlich-pflegerischen Leistungen, der Rechtsnorm, der Aufbauorganisation sowie

⁶⁸ Vgl. Mellerowicz, K.: Unternehmenspolitik. Band I. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau 1963. S. 37.

⁶⁹ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorganisation – Konflikt oder Konsens?. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 207.

⁷⁰ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Interne Budgetierung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 293f.

⁷¹ Vgl. Hahn, D.: PuK, Controllingkonzepte: Planung und Kontrolle, Planungs- und Kontrollsysteme, Planungs- und Kontrollrechnung. 5. Auflage. Wiesbaden 1991. S. 182.

⁷² Vgl. Schirmer, H.: Krankenhaus-Controlling. Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager und Krankenhauscontroller. Renningen-Malmsheim 1998. S.37.

⁷³ Unter dem Begriff der strategischen Entscheidungen werden in dieser Arbeit nicht nur die direkt strukturverändernden, sondern auch die strukturbeeinflussenden Entscheidungen (dispositive Entscheidungen) verstanden und zusammengefasst.

komplexe Investitions- und Finanzmaßnahmen ein⁷⁴. Die Schwerpunkte des strategischen Krankenhausmanagements zur langfristigen Existenzsicherung liegen also auf der Entwicklung des zukünftigen Leistungsspektrums und der dafür notwendigen strukturverändernden Maßnahmen⁷⁵. Eine erfolgreiche strategische Krankenhaussteuerung wird auf der Ebene der Krankenhausleitung unter Beteiligung der leitenden Abteilungsärzte wahrgenommen, denn die strategische Ausrichtung sollte nicht ohne Einbeziehung des ärztlichen Sachverständes der Leistungserbringer erfolgen⁷⁶. Der zeitliche Planungshorizont umfasst mindestens drei bis fünf Jahre. Der strategischen Planung geht eine Unternehmens- und Umfeldanalyse voraus⁷⁷. Eine Analyse der Stärken und Schwächen des Krankenhauses, die auch äußere Rahmenbedingungen berücksichtigt, bildet damit die Grundlage der strategischen Krankenhausplanung. Hierzu gehört neben Untersuchungen der Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung auch die Berücksichtigung der zukünftigen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen der Mitbewerber. Auf Basis dieser internen und externen Analysen werden die strategischen Planungsziele formuliert und in das strategische Steuerungskonzept eingebracht. Dabei werden steuernde Entscheidungen bereits getroffen, bevor die Unternehmung in ein Ungleichgewicht gerät. Entsprechende Frühwarnsysteme sind als Indikatoren einer Trendänderung zu entwickeln.

3.3 Operative Krankenhaussteuerung

Auf der operativen Ebene des Krankenhausmanagements werden Entscheidungen hinsichtlich der kurzfristigen und ablaufbezogenen Steuerung

⁷⁴ Vgl. Sieben, G./Philippi, M.: Krankenhaus-Controlling. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 3. Jg. (1986). Heft 2. S.19.

⁷⁵ Vgl. Schubert, H.-J./Bäuerle, T.: Damit Veränderungsprozesse gelingen. Kostenreduzierung reicht nicht aus, um die Zukunft zu sichern. In: Krankenhaus Umschau. 74. Jg. (2005). Heft 5. S. 406.

⁷⁶ Vgl. Hensen, P./Schwarz, T./Luger, T./Roeder, N.: Veränderungsmanagement im DRG-Zeitalter: Anpassungsprozesse müssen integrativ bewältigt werden. In: das Krankenhaus. 95. Jg. (2004). Heft 2. S. 92.

⁷⁷ Vgl. Heinen, E.: Industriebetriebslehre. Entscheidungen im Industriebetrieb. 9. Auflage. Wiesbaden 1991. S. 65.

des Krankenhauses und einzelner Leistungsbereiche getroffen⁷⁸. Die operative Planung bezieht sich stark auf die kurzfristige Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und den Abbau vermeidbarer Verluste⁷⁹. Dabei bilden Leistungsanalysen und Kostenkalkulationen eine wichtige Grundlage. Aufgabe der operativen Krankenhaussteuerung ist es damit, die Kosten- und Erlösziele durch die Entwicklung und Durchsetzung von geeigneten Maßnahmen zu erreichen. Diese Maßnahmen werden sich im Wesentlichen auf die Optimierung der Prozesse und die Sicherstellung der notwendigen Qualität in den vielen verschiedenen Leistungsbereichen eines Krankenhauses beziehen. Damit liegt die Verantwortung für die operative Krankenhaussteuerung im Wesentlichen auf der Ebene der leitenden Abteilungsärzte.

Strategische Krankenhaussteuerung und operative Krankenhaussteuerung dürfen nicht getrennt voneinander betrachtet werden⁸⁰. Vielmehr bedingen sie sich gegenseitig: Die Zielrichtung der operativen Maßnahmen muss aus der strategischen Ausrichtung abgeleitet werden. Die Realisierung der operativen Steuerungsziele legen ihrerseits die Grundlage zum Erreichen der strategischen Planungsziele. Insofern muss die Steuerungsverantwortung sowohl auf Ebene der Krankenhausleitung als auch auf Ebene der Fachabteilungsleitung wahrgenommen werden. Diese Wechselbeziehungen zwischen strategischer und operativer Krankenhaussteuerung können sich auch in den eingesetzten Steuerungsinstrumenten ausdrücken: Es gibt eine Vielzahl von Steuerungsinstrumenten, die entweder schwerpunktmäßig in der operativen oder strategischen Steuerung oder auch auf beiden Ebenen eingesetzt werden können⁸¹. Im Folgenden werden einige ausgewählte Steuerungsinstrumente näher betrachtet.

⁷⁸ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Funktionsorientierte Gestaltung der Krankenhausleitung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 379.

⁷⁹ Vgl. Schirmer, H.: Krankenhaus-Controlling. Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager und Krankenhauscontroller. Renningen-Malmsheim 1998. S.36.

⁸⁰ Vgl. Ebd., S. 42ff.

⁸¹ Vgl. Ebd., S. 71.

3.4 Ausgewählte Steuerungsinstrumente im Krankenhaus

3.4.1 Analyseverfahren

Zu den Analyseverfahren gehören unter anderem die Stärken- und Schwächenanalyse, die Portfolioanalyse und die ABC-Analyse⁸². Die beiden erstgenannten dienen vorwiegend der Durchdringung von strategischen Steuerungsfragen. Die Stärken- und Schwächenanalyse ist dabei mehr auf die Beschreibung des Ist-Zustandes bezogen, aus der Schlussfolgerungen für zukünftige Entwicklungen abgeleitet werden. Die Portfolioanalyse arbeitet stärker Entwicklungschancen und Risiken heraus, um die notwendigen Steuerungsmaßnahmen abzuleiten.

Die ABC-Analyse dient der Strukturierung und wertmäßigen Klassifikation von Entscheidungen⁸³. Sie begründet sich auf dem Grundsatz, dass 20% einer Datenpopulation zirka 80% einer anderen Datenpopulation gegenüberstehen. So können durch Klassenbildung (A-, B-, und C-Klassen) komplexe Problembereiche nach ihrem Verhältnis von Mitteleinsatz zu Zielerreichung strukturiert werden. Die höchste Priorität bei der Bewertung des Handlungsbedarfes haben die A-Klassen, in denen mit zirka 20% des Mitteleinsatzes 80% des Ziels erreicht werden können.

3.4.2 Kosten- und Leistungsrechnung

Im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung stehen dem Krankenhaus zahlreiche Instrumentarien des Rechnungswesens zur Verfügung⁸⁴. Die Analyse der Kostenstruktur im Krankenhaus wird auf Grund des hohen Anteils an Fix- und Gemeinkosten zu einer komplexen Aufgabe. Für eine zielorientierte Krankenhaussteuerung sind die auf Kostenarten- und Kostenstellenrechnung reduzierten Kostenanalysen nicht ausreichend. Eine fundierte Kostenträgerrechnung kann dagegen aufzeigen, für welche Leistungen Kosten angefallen

⁸² Vgl. Ebd., S. 71ff.

⁸³ Vgl. Hagen, K./Weber, W.: Der Controlling-Berater. Informationen, Instrumente, Praxisberichte. Freiburg 1999. S. 4/1.

⁸⁴ Vgl. Schirmer, H.: Krankenhaus-Controlling. Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager und Krankenhauscontroller. Renningen-Malmsheim 1998. S.88ff.

sind, um diese einem Behandlungsfall als Kostenträger zuzuordnen⁸⁵. Vollkostenrechnungssysteme berücksichtigen hierbei neben den direkt zurechenbaren Kosten auch alle Fix- und Gemeinkosten und weisen sie einem Kostenträger zu. Auf Grund dieser unterstellten, aber faktisch nicht vorhandenen Proportionalität von Fix- und Gemeinkosten zum Leistungsgeschehen sind Vollkostenrechnungen als Grundlage von Steuerungsentscheidungen nur bedingt geeignet⁸⁶. Formen der Teilkostenrechnung, wie die Grenzkosten- und die Deckungsbeitragsrechnung, können diese Nachteile der Vollkostenrechnung vermeiden. Der Deckungsbeitrag weist die Differenz zwischen dem Erlös und den für die Erbringung der jeweiligen Leistung angefallenen Teilkosten auf und liefert damit die entscheidungsrelevanten Daten für Preis- und Produktentscheidungen im Krankenhaus⁸⁷. Bei der einstufigen Deckungsbeitragsrechnung werden die Fixkosten als in sich abgeschlossener Block betrachtet⁸⁸. Dagegen differenziert die mehrstufige Deckungsbeitragsrechnung die Fixkosten nach ihren unterschiedlichen Beziehungen zu den Dienstleistungen und Produkten des Gesamtbetriebes⁸⁹. So kann mit Hilfe der Deckungsbeitragsrechnung auf Basis der relativen Einzelkostenrechnung zwischen Leistungskosten, die im ursächlichen Zusammenhang mit der Leistungserstellung stehen, und Kosten der Bereitstellung der Leistungsfähigkeit unterschieden werden⁹⁰. Am Ende der Deckungsbeitragsrechnung steht der Betriebserfolg der jeweiligen Leistung: Leistungen mit einem positiven Deckungsbeitrag stehen für einen positiven Betriebserfolg und Leistungen mit einem negativen Deckungsbeitrag für einen

⁸⁵ Vgl. Bader, J./Thiess, M.: Die Kostenträgerrechnung wird überlebenswichtig im DRG-basierten Vergütungssystem. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 2. S. 169.

⁸⁶ Vgl. Strehlau-Schwoll, H.: Deckungsbeitragsrechnung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 299.

⁸⁷ Vgl. Ebd., S. 302f.

⁸⁸ Vgl. Schirmer, H.: Krankenhaus-Controlling. Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager und Krankenhauscontroller. Renningen-Malmsheim 1998. S. 189.

⁸⁹ Vgl. Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 10. Auflage. München, Wien 1989. S. 628f.

⁹⁰ Vgl. Strehlau-Schwoll, H.: Deckungsbeitragsrechnung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 300f.

negativen Betriebserfolg. Das Krankenhausmanagement kann somit mit Hilfe der Deckungsbeitragsrechnung analysieren, welche Leistungen zum geplanten wirtschaftlichen Ergebnis beitragen⁹¹.

3.4.3 Budgetierung und Profitcenter-Organisation

Die Budgetierung ist als Koordinierungsverfahren im Krankenhausbereich weit verbreitet⁹². Das Budget wird als Planungsgröße für einen wirtschaftlichen Bereich (z.B. Fachabteilung) und für einen festgelegten Zeitrahmen vereinbart. Die Budgetierung beinhaltet die Budgetbemessung, die Budgetverabschiedung und die Budgetkontrolle mit Erstellung von Abweichanalysen und erneuter Entscheidungsfindung. Damit ist die Budgetierung als ein Prozess anzusehen, an dem auch die verantwortlichen Leiter der betreffenden Bereiche beteiligt werden. In der Umsetzung in den Krankenhäusern bleibt die Budgetierung jedoch meist auf eine Leistungsverantwortung der Fachabteilung beschränkt. Mit Blick auf die drei Erfolgsebenen der Krankenhausbetriebsführung (Qualität, Prozesse und Budget) wäre jedoch auch eine Dezentralisierung der Finanzverantwortung auf Abteilungsebene konsequent⁹³. So wäre die Verantwortung zur Optimierung von Qualität, Prozessen und Budget auf der Ebene der Fachabteilung vereint. Dieses Ziel der Segmentierung sowohl der Entscheidungsautonomie als auch der Erfolgsverantwortung auf Geschäftsbereiche verfolgt die Profitcenter-Organisation⁹⁴. Durch Delegation von Kompetenz und Verantwortung kann der Planungs- und Steuerungsprozess in komplexen Unternehmen besser beherrschbar gemacht werden⁹⁵.

⁹¹ Vgl. Schirmer, H.: Krankenhaus-Controlling. Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager und Krankenhauscontroller. Renningen-Malmsheim 1998. S. 190.

⁹² Vgl. Ebd., S. 80ff.

⁹³ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorganisation – Konflikt oder Konsens? In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung: Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 209.

⁹⁴ Vgl. Eichhorn, S.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorientierung – Budget-, Prozeß- und Qualitätsverantwortung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung: Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 3.

⁹⁵ Vgl. Strehlau-Schwoil, H.: Profitcenter-Organisation als Antwort auf abteilungsbezogene Budgetverantwortung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung: Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 34.

Auf Grund der noch beschränkten Gestaltungsspielräume sind Profitcenter im Krankenhaus im Sinne von Ergebnisorientierten Leistungszentren zu verstehen und können auch als solche bezeichnet werden⁹⁶. Im Krankenhaus können Ergebnisorientierte Leistungszentren auf Ebene der Fachabteilungen entstehen⁹⁷. Ihr Erfolg lässt sich nur messen, wenn sich Leistungen, Kosten und Erlöse bereichsspezifisch messen und beurteilen lassen. Damit wird die Bildung von Abteilungsbudgets zu einer unabdingbaren Voraussetzung für den Aufbau einer Profitcenter-Organisation im Sinne von Ergebnisorientierten Leistungszentren mit einer dezentralen Führungsebene.

3.4.4 Betriebsvergleich und Benchmarking

Der klassische Betriebsvergleich ist ein brancheninterner Unternehmensvergleich mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit zu beurteilen und Erfolgsfaktoren zu identifizieren⁹⁸. Die Vergleichskriterien können sich auf alle Ebenen des Krankenhausmanagements wie z.B. Wirtschaftlichkeit, Leistungsstrukturen oder medizinische Qualität beziehen⁹⁹. Als Beurteilungsgrundlage werden aggregierte Vergleichsgrößen im Sinne von Kennzahlen herangezogen¹⁰⁰. Diese Kennzahlen können im Krankenhaus z.B. die Verweildauer, der Belegungsgrad, der Case-Mix-Index oder Kosten je Fallgruppe sein.

Benchmarking geht über den klassischen Betriebsvergleich hinaus: Hier steht die Suche nach der besten Praxis mit dem Ziel vom Besten zu lernen im Vordergrund¹⁰¹. Im Gegensatz zum klassischen Betriebsvergleich ist das

⁹⁶ Vgl. Hoppe, A./Schmidt-Rettig, B./Weygoldt, J.: Modell einer Deckungsbeitragsrechnung für Ergebnisorientierte Leistungszentren (ELZ) – Grundstufe und Ausbaustufe -. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 58.

⁹⁷ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Insellösungen reichen nicht. Medizin-Controlling muss Bestandteil eines integrativen Konzeptes sein. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 1. S. 42.

⁹⁸ Vgl. von Eiff, W.: Das Elend des Benchmarking. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 2. S.94.

⁹⁹ Vgl. von Eiff, W.: Controlling als Führungsaufgabe. In: von Eiff, W. (Hrsg.): Krankenhausbetriebsvergleich. Neuwied, Krieffel, Berlin 2000. S. 12.

¹⁰⁰ Vgl. Adam, D.: Thesenpapier zu generellen Problemen von Betriebsvergleichen. In: von Eiff, W. (Hrsg.): Krankenhausbetriebsvergleich. Neuwied, Krieffel, Berlin 2000. S. 105.

¹⁰¹ Vgl. von Eiff, W.: Das Elend des Benchmarking. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 2. S.95.

Benchmarking also nicht allein auf den Vergleich von Kennzahlen gerichtet, sondern versucht die Ursachen für den Erfolg zu finden¹⁰². Diese können z.B. in effizienten Prozessen, in einer innovativen Organisation oder in einer bestimmten Führungskultur liegen. Das Ziel ist dann die Umsetzung dieser besten Praxis in der eigenen Organisation. Dies setzt allerdings voraus, dass die Bestleistung übertragbar ist¹⁰³. Hierzu muss der Problemzusammenhang der jeweiligen Leistung transparent gemacht werden, um beurteilen zu können, ob der gefundene Lösungsweg auch auf die Problemsituation im eigenen Haus zu übertragen ist. Im Rahmen eines Benchmarkingprozesses werden also nicht nur Ziele entwickelt, sondern auch Umsetzungsvarianten für die Zielerreichung in der eigenen Organisation erarbeitet und entwickelt.

¹⁰² Vgl. Helmig, B.: Performance-Messung und internes Benchmarking in Krankenhauskonzernen mittels Data Envelopment Analysis (DEA). In: das Krankenhaus. 93. Jg. (2001). Heft 6. S. 490.

¹⁰³ Vgl. von Eiff, W.: Controlling als Führungsaufgabe. In: von Eiff, W. (Hrsg.): Krankenhausbetriebsvergleich. Neuwied, Kriftel, Berlin 2000. S. 13.

4 Anforderungen an das Krankenhaus- und Abteilungsmanagement

4.1 Transparenz als Grundlage der Planung

4.1.1 Leistungstransparenz

Das DRG System schafft eine neue Transparenz der Leistungen im Krankenhaus¹⁰⁴. Das Krankenhausmanagement ist aufgefordert diese Potenziale des Patientenklassifikationssystems zu nutzen, um eine hohe Transparenz der eigenen Leistungen herzustellen und Steuerungsziele daraus abzuleiten. Hierzu ist das gesamte stationäre Leistungsspektrum zu erfassen und nach den DRG Gruppierungskriterien fallgruppenbezogen darzustellen¹⁰⁵. So erhält das Management fundierte Informationen über Art, Struktur und Menge der Leistungen¹⁰⁶. Diese Darstellung des Ist-Zustandes der Leistungsstruktur bildet die Grundlage für alle weiteren Analysen und Planungen. Deshalb muss es das Ziel aller Leitungsfunktionen im Krankenhaus sein, alle Voraussetzungen für eine leistungsgerechte Gruppierung zu schaffen. Dabei nimmt die Qualität der medizinischen Leistungsdokumentation eine zentrale Rolle ein¹⁰⁷. Eine schlechte Dokumentation, egal, ob zu niedrig oder auch zu hoch kodiert wird, bewirkt eine nicht leistungsgerechte DRG Gruppierung und kann damit die Grundlage für Fehlentscheidungen und Fehlsteuerungen bilden.

4.1.2 Kostentransparenz

Als weitere notwendige Grundlage für Planentscheidungen ist im nächsten Schritt eine Transparenz über die tatsächlichen Ist-Kosten des Krankenhauses

¹⁰⁴ Siehe 2.2.2

¹⁰⁵ Vgl. Schilling, H.: Ein integratives Steuerungsinstrument. Das Management braucht Informationen auch über medizinische Prozesse. In: Krankenhaus Umschau. 69. Jg. (2000). Heft 4. S. 272.

¹⁰⁶ Auch die Qualität der Leistungen wird Grundlage der Planentscheidungen und strategischer Konsequenzen sein. Die Qualitätsebene wird unter 4.3.5 gesondert betrachtet.

¹⁰⁷ Vgl. Ohm, G./Albers, E./Aßmann, J./Brase, R.: Der Mut zum Vergleich lohnt, um von den Besten zu lernen. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 1. S. 38.

und der Abteilungen für die einzelnen DRGs herzustellen. Das deutsche Kalkulationsmodell zur Bestimmung der Relativgewichte sieht hierfür eine einzelfallbezogene Vollkostenkalkulation vor¹⁰⁸. Für die Krankenhäuser könnte auf den ersten Blick die alleinige Kalkulation der durchschnittlichen Ist-Kosten je DRG ausreichend sein. Der Verzicht auf einzelfallbezogene Kalkulationen birgt aber Gefahren, wenn in einem Krankenhaus die Kostenstruktur in einigen DRGs heterogen ist. Denn selbst wenn die durchschnittlichen Kosten einer DRG auf wettbewerbsfähigem Niveau liegen, können Untergruppen von Behandlungsfällen dieser DRG sehr hohe Kostenstrukturen aufweisen. Verschiebt sich im Verlauf das Mengenverhältnis der Untergruppen zu Gunsten der kostenintensiven Behandlungen, kann die Kostensituation der gesamten DRG in einen kritischen Bereich umschlagen. Insofern besteht auch auf Krankenhausebene der Anreiz, analog zu der Vorgehensweise der bundesweiten Kalkulation, eine fallbezogene Kostenträgerrechnung auf Vollkostenbasis aufzubauen¹⁰⁹. Zumindest für die Bestimmung des Ausgangsniveaus und ggf. zur Kontrolle in größeren Zeitabschnitten kann die Vollkostenrechnung damit wichtige Aussagen über die Kostensituation machen. Für die strategische Entscheidungsfindung und Steuerung werden jedoch auch Teilkostenrechnungssysteme aufzubauen sein¹¹⁰. Bezüglich der Kostenträgerrechnung besteht in den meisten deutschen Krankenhäusern ein deutlicher Nachholbedarf: Denn trotz eines, auch im alten Vergütungssystem vorhandenen, grundsätzlichen Nutzens einer Kostenträgerrechnung für die Krankenhaussteuerung wurde sie nicht flächendeckend aufgebaut. Nicht einmal die Voraussetzungen in Form einer fallbezogenen Erfassung der erbrachten Leistungen - und hier insbesondere der Kostentreiber - ist in vielen Krankenhäusern vollständig vorhanden¹¹¹.

¹⁰⁸ Siehe 2.3.1.1

¹⁰⁹ Vgl. Neubauer, N./Nowy, R.: DRGs in Australien - Fallkostenkalkulation, Vergütungsfindung und Zu- und Abschläge. In: das Krankenhaus. 93. Jg. (2001). Heft 2. S. 126.

¹¹⁰ Siehe 4.1.4

¹¹¹ Vgl. Janiszewski, J./Pfaff, M.: Das DRG-Kalkulationsmodell. Wie in Deutschland Fallkosten zur Bestimmung der Relativgewichte kalkuliert werden. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 3. S. 223.

4.1.3 Erlöstransparenz

Die Transparenz der Erlöse ergibt sich durch das DRG basierte Vergütungssystem in der jeweils gültigen Fassung. Damit kann das Krankenhaus seine Erlöse gut kalkulieren und planen. Das Krankenhausmanagement hat dann die Aufgabe, die Erlöse je DRG Fallgruppe im Haus transparent zu machen und den Leistungserbringern zuzuweisen.

4.1.4 Transparenz der Kosten-, Erlös- und Leistungsrelationen

Erst durch die leistungsbezogene Analyse von Kosten und Erlösen können die Grundlagen für Planungsentscheidungen des Krankenhaus- und Abteilungsmanagements geschaffen werden¹¹². Der strukturelle Rahmen für die Analysen ergibt sich aus der Leistungstransparenz des DRG Systems: Durch die Gruppierung der Leistungen wird eine fallgruppenindividuelle Analyse der Kosten- Erlössituation möglich¹¹³. Als Instrumentarien bieten sich hierzu Vollkosten- und Teilkostensysteme an, die in Abhängigkeit der zu definierenden Steuerungsziele eingesetzt werden müssen. In der ersten Variante werden die Ergebnisse der Kostenträgerrechnung auf Vollkostenbasis DRG-bezogen den jeweiligen Erlösen gegenübergestellt. Durch die Schlüsselung der Gemein- und Fixkosten ist die Aussagekraft der Ergebnisse für Steuerungsentscheidungen aber nur bedingt geeignet¹¹⁴. Insofern sind auch Teilkostensysteme anzuwenden: Als Instrumentarium bietet sich hierzu eine Deckungsbeitragsrechnung auf Basis der relativen Einzelkosten an¹¹⁵. Hierbei können DRGs mit negativem Deckungsbeitrag und DRGs mit positivem Deckungsbeitrag identifiziert und ihr Einfluss auf das wirtschaftliche Gesamtergebnis des

¹¹² Vgl. Billing, A./Thalhammer, M./Eißner, H.-J./Hornung, H./Jauch, K.-W.: DRG 2004: Was sind die wirtschaftlichen Konsequenzen? In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 138.

¹¹³ Vgl. Billing, A./Thalhammer, M./Pflaum, M.: Hauseigene Kalkulation der DRG-Kosten als Hilfe für die Zukunftsplanung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 5. S. 452.

¹¹⁴ Siehe 3.4.2 und 4.1.2

¹¹⁵ Vgl. Strehlau-Schwoll, H.: Deckungsbeitragsrechnung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 300ff.

Krankenhauses quantifiziert werden¹¹⁶. Diese Kenntnisse über den Ist-Zustand der Kosten-, Leistungs- und Erlössituation einzelner DRGs und ihrer Kostenwirkungen in der Gesamtheit versetzen das Krankenhausmanagement in die Lage, Planungsentscheidungen zu treffen und in die Krankenhaussteuerung einfließen zu lassen. Zumindest für die umsatzstärksten DRGs sollte dieses Ziel zügig erreicht werden.

4.2 Strategische Krankenhaussteuerung unter DRGs

4.2.1 Leistungsspektrum

Ausgehend von der Ist-Situation der Kosten-, Leistungs- und Erlösrelationen der Behandlungsgruppen muss das zukünftige Leistungsspektrum des Krankenhauses und seiner Abteilungen entwickelt werden. Grundlagen einer strategischen Planung des zukünftigen Leistungsspektrums werden dabei neben den Ergebnissen der internen Analysen auch immer die Ergebnisse einer Umfeldanalyse sowie einer Analyse der ordnungspolitischen Situation und Entwicklung sein¹¹⁷. Unter Einbeziehung des fachspezifischen Wissens der leitenden Ärzte müssen aber vor allem auch die medizinischen Entwicklungsoptionen von Diagnostik und Therapie Berücksichtigung finden. Gerade im Fachgebiet Urologie werden stetig neue und innovative Methoden der Diagnostik und Therapie entwickelt, die durchgreifenden Einfluss auf die strategische Positionierung des Krankenhauses haben können¹¹⁸. Grundsätzlich ergeben sich bei der strategischen Planung unterschiedliche Handlungsoptionen, von denen entsprechende Maßnahmen abgeleitet werden müssen. Die strategischen Optionen sind allerdings durch Mengenbeschränkungen und Versorgungsaufträge stark eingeschränkt: Ein uneingeschränkter Auf- oder Abbau von Leistungsfeldern nach Wettbewerbs-

¹¹⁶ Siehe 3.4.2

¹¹⁷ Vgl. Vera, A./Warnebler, P.: Die Strategiewahl beeinflusst den Gewinn des Krankenhauses. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 2. S. 138.

¹¹⁸ Vgl. Schwing, C.: Urologie: Verändertes Berufsbild. In: KlinikManagement Aktuell. (2003). Heft 9. S. 81.

kriterien ist noch nicht möglich¹¹⁹. Dies soll sich aber nach dem politischen Willen des Gesetzgebers am Ende der Konvergenzphase in 2009 ändern¹²⁰. Als eine weitere begrenzende Rahmenbedingung der strategischen Leistungsentwicklung sind die schon heute geltenden Mindestmengen für ausgewählte Eingriffe zu nennen¹²¹. Es muss davon ausgegangen werden, dass diese Mindestmengenregelungen im Zuge der Qualitätsdiskussion ausgeweitet werden¹²². Grundsätzlich ist bei der Einordnung der im Folgenden dargestellten Optionen zu beachten, dass sich die Erlössituation der einzelnen DRGs im Laufe der Konvergenzphase noch deutlich ändern können. Das heißt, dass Behandlungsgruppen mit einer heute negativen Kosten- Erlösrelation auf Grund einer zukünftigen Neukalkulation der Bewertungsrelationen durchaus positive Deckungsbeiträge erzielen können.

Fallgruppen mit negativer Kosten- Erlösrelation

Für diese Behandlungsgruppen müssen die Ursachen der schlechten Kosten-Erlösrelation näher analysiert werden, um entsprechende Entscheidungsoptionen zu entwickeln. In erster Linie muss herausgefunden werden, ob die Kostensituation durch interne Maßnahmen, z.B. durch eine Prozessoptimierung, verbessert werden kann. In diesen Fällen wird ein Handlungsfeld identifiziert, das durch strategische und operative Maßnahmen zu bearbeiten ist. Steuerungsgrößen können dann einzelne Deckungsbeiträge, z.B. auf der Ebene von der durch die Fachabteilung zu beeinflussenden Kosten, sein. Begründen jedoch grundsätzliche strukturelle Ursachen die schlechte Kostensituation, sind strategische Konsequenzen zu ziehen. Die möglichen Optionen bestehen in der Aufgabe des Leistungsbereiches, in der Subventionierung durch andere Bereiche oder dem Aufbau von Versorgungsallianzen in Form von Kooperationen. Vor Aufgabe eines

¹¹⁹ Vgl. Neubauer, G.: Ordnungspolitische Eckpunkte für eine Krankenhausentgeltordnung. Ziel: Das Verhältnis von Preisen und Leistungen optimieren. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 2. S. 122.

¹²⁰ Vgl. Baum, G.: Deutschland auf dem Weg ins Preissystem: Wie geht es weiter ab 2007? In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 3. S. 229.

¹²¹ Vgl. § 137 Abs. 1 SGB V. (2004).

¹²² Vgl. Schwing, C.: Wesentlich brutaler und schneller. Der Katalog der Mindestmengenregelung wird wesentlich umfangreicher. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 10. S. 870.

Leistungsbereichen müssen mögliche Kosten- und Nachfragekonsequenzen auf andere Leistungsgruppen geprüft werden: Ein nicht mehr komplettes Versorgungsangebot kann in einigen Bereichen dazu führen, dass auch lukrative Leistungsfelder weniger nachgefragt werden. Weiterhin kann die Aufgabe eines Bereiches Auswirkungen auf die Kostensituation anderer Bereiche haben. Insofern ist zu prüfen, in welchem Umfang kritische Leistungen zur Deckung der Fix- und Gemeinkosten von anderen Leistungsfeldern beitragen. Diese Frage wird nicht mit Vollkostenrechnungssystemen, sondern nur mit Hilfe einer Deckungsbeitragsrechnung auf Basis relativer Einzelkosten zu beantworten sein¹²³. Weiterhin ist zu prüfen, ob die negative Kostensituation eventuell durch eine höhere Auslastung zu verbessern ist. Dann wäre eine Fallzahlsteigerung anzustreben. Inwieweit dies möglich ist, wird von der Wettbewerbssituation, der Versorgungsdichte und der Morbiditätsentwicklung in diesem Leistungssegment abhängig sein. Entsprechende Umfeldanalysen wären durchzuführen. Nach Abwägung dieser Konsequenzen kann auch die Entscheidung getroffen werden, nicht kostendeckende Bereiche zumindest zeitweise durch andere Bereiche mit positiver Kosten- Erlösrelation zu subventionieren. Wird dieses finanzielle Risiko zu groß und soll eine komplette Aufgabe des Leistungsbereiches vermieden werden, können Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern eingegangen werden¹²⁴.

Fallgruppen mit positiver Kosten- Erlösrelation

Für diese Leistungsbereiche wird die Krankenhaussteuerung auf den Erhalt und den Ausbau des Geschäftsbereiches unter weiterer Optimierung der Kostensituation und der Qualität ausgerichtet sein. So kann die Wettbewerbsposition gestärkt und die Entwicklung von potenziellen Mitbewerbern eingeschränkt werden. Sollten im Wettbewerb zukünftig Preisverhandlungen möglich werden, ist die Preisuntergrenze des Krankenhauses über die Höhe des Überschusses der Deckungsbeitragsrechnung zu ermitteln. Die Umfeldanalyse muss sich auf die Frage konzentrieren, ob sich neue

¹²³ Siehe 4.1.4

¹²⁴ Siehe 4.2.3

Behandlungsmethoden oder eine abnehmende Morbidität negativ auf die zukünftige Nachfrage auswirken könnten.

Es wird deutlich, dass bei strategischen Entscheidungen über das zukünftige Leistungsspektrum immer der gesamte Leistungsbereich des Krankenhauses und der Fachabteilungen mit ihren gegenseitigen Abhängigkeiten betrachtet werden muss. Im Sinne der Felder einer Portfolioanalyse kann die richtige Mischung zwischen ausgebauten und in der Entwicklung befindlichen Bereichen erreicht werden¹²⁵. Eine sehr schmale Leistungsstruktur birgt gerade auf Ebene der Fachabteilungen große Gefahren für das Überleben der Abteilung. Werden nur wenige DRG Fallgruppen erbracht, können medizinische Entwicklungen schnell den größten Teil des Leistungsspektrums beeinflussen. Gerade in dieser Situation müssen die Möglichkeiten zum Aufbau von neuen Geschäftsfeldern geprüft werden. Dies kann im primären medizinischen Leistungsbereich den Aufbau einer neuen und innovativen Behandlungsmethode bedeuten oder auch Sekundärleistungen, wie z.B. Gesundheitsprävention, einbeziehen¹²⁶.

4.2.2 Schwerpunktbildung

Die Schwerpunktbildung stellt eine mögliche Option zur Gestaltung des Leistungsspektrums dar. Die meisten Krankenhäuser haben bereits in der Vergangenheit medizinische Schwerpunkte herausgebildet¹²⁷. Maßgebend dafür waren in der Regel die regionale Versorgungsstruktur, die Tradition der Klinik, eine bestimmte fachliche Kompetenz der leitenden Ärzte und die daraus resultierende Qualität der Behandlung. Dies führte zu einem guten Ruf der Klinik auf diesem Versorgungsgebiet und sicherte Zuweisungen. Durch die Einführung eines DRG-basierten Preissystems erfährt diese eher traditionelle

¹²⁵ Vgl. Thiex-Kreye, M./Kalbitzer, M.: Veränderungen im Controlling bei Einführung eines DRG-Systems. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 4. S. 272.

¹²⁶ Vgl. Schülke, K./Reutner-Herkner, C./Bartkowski, A.: Vernetztes und wohnortnahes Versorgungsangebot. Möglichkeiten zur Ausweitung und Ergänzung von Gesundheitsdienstleistungen. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 6. S. 460.

¹²⁷ Vgl. Asmuth, M. u.a.: Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 – Abschlußbericht -.In: Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.): Schriftenreihe Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie. Band 7. Düsseldorf 1999. S. 136.

Tendenz zur Schwerpunktbildung eine neue Zielrichtung und Dynamik¹²⁸. Das DRG System bietet dabei in zweifacher Hinsicht Anreize: Erstens können in Schwerpunktbereichen höhere Fallzahlen realisiert werden, die positive Auswirkungen auf die Erlös- Kostenstruktur und die Qualität der erbrachten Leistungen haben können¹²⁹. Dies wird durch den Gesetzgeber durch die Einführung von Mindestmengen unterstützt. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Mindestmengenregelungen zur einer Veränderung der Versorgungsstruktur mit einer stärkeren Konzentration von komplexen Behandlungsfällen an ausgewählten Zentren führen wird¹³⁰. Zweites lohnen sich in einem leistungsbezogenen Vergütungssystem grundsätzlich auch aufwendige Behandlungsfälle, da ihr erhöhter Ressourcenverbrauch bei der Preisbemessung berücksichtigt wird. Allerdings bewertet das deutsche DRG System in seinem jetzigen Entwicklungsstand hoch komplexe Leistungen noch unzureichend¹³¹. Dieser Fehlanreiz muss beseitigt werden, um die Versorgung im Bereich der Hochleistungsmedizin in Deutschland zu sichern¹³². Gerade Schwerpunktbereiche in der Medizin zeichnen sich dadurch aus, dass hier auch komplexe Fälle und Risikopatienten behandelt werden können. Viele Krankenhäuser werden versuchen auch diese Hochpreissegmente abzudecken, um ihre Erlöse durch einen überdurchschnittlichen CMI zu sichern. Die Schwerpunktbildung kann aber langfristig nur in den Leistungsbereichen zu einem ökonomischen Erfolg führen, in denen auch positive Deckungsbeiträge bestehen. Deshalb sollte die strategische Entscheidung über die zukünftigen

¹²⁸ Vgl. Lauterbach, K.: Mehr ambulante Krankenhausleistungen, mehr Spezialisierung und Zentralisierung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 576.

¹²⁹ Vgl. Siess, M./Siewert, J.R.: Patientensicherheit unter dem Gesichtspunkt von Spezialisierung, Mindestmengen und Zentrenbildung. In: Dtsch Med Wochenschr (2005). 130: S. 506.

¹³⁰ Vgl. Blum, K./Offermanns, M.: Umverteilungswirkungen der Mindestmengenregelung. Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). In: das Krankenhaus. 96. Jg. (2004). S. 790.

¹³¹ Vgl. Billing, A./Thalhammer, M./Eißner, H.-J./Hornung, H./Jauch, K.-W./Auburger, G.: Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 4. S. 377.

¹³² Vgl. Billing, A.: Maximalversorger – Einbußen noch hoch. Auswirkungen des Fallpauschalenkataloges für 2005 und des 2. Fallpauschaländerungsgesetzes 2004. In: Deutsches Ärzteblatt. 102 Jg. (2005). Heft 7. S. 338.

Kernkompetenzen und Schwerpunkte des Krankenhauses auf Basis der Ist-Analyse der Kosten-, Leistungs- und Erlösrelationen erfolgen. Weitere Entscheidungskriterien werden dann der Anteil der Leistungsgruppen an den Gesamterlösen, die Qualität der erbrachten Leistungen, die Morbiditätsentwicklung, die Entwicklung der Behandlungsmethoden, die regionale Versorgungsstruktur, der Ruf des Krankenhauses bezogen auf diese Leistungen und die Einbindung in das übrige Leistungsspektrum des Krankenhauses sein. Bei dieser Umfeldanalyse müssen neben der aktuellen Situation vor allem auch die Entwicklungsperspektiven betrachtet werden. Schließlich ist es das Ziel der strategischen Steuerung, das Krankenhaus im zukünftigen Wettbewerb gut zu positionieren. Hierbei muss sich das Krankenhaus nach außen öffnen und auch Ergebnisse von Kunden- und Einweiserbefragungen in die strategischen Entscheidungen einbeziehen.

4.2.3 Kooperationen

Wenn auf der einen Seite bestimmte Behandlungsgruppen eines Krankenhauses im Rahmen der Schwerpunktbildung gefördert und ausgebaut werden sollen, muss auf der anderen Seite auch ein strategisches Konzept für Behandlungsfälle, die eher eine untergeordnete Rolle im Leistungsspektrum einnehmen sollen, entwickelt werden. Eine strategische Option für diese Gruppen stellt die Kooperation mit anderen Leistungserbringern dar¹³³. Sie muss für Leistungsfelder diskutiert werden, für die das Krankenhaus allein keine Entwicklungsmöglichkeiten im Wettbewerb sieht. Dies kann durch zu geringe Fallzahlen oder fehlende strukturelle Voraussetzungen begründet sein, die in der Summe einen negativen Deckungsbeitrag oder eine unterdurchschnittliche Qualität der Leistung ergeben. Will das Krankenhaus den Leistungsbereich nicht ganz aufgeben, bieten sich Kooperationen an. Grundsätzlich wird in der Betriebswirtschaftslehre unter einer Kooperation das Zusammenarbeiten selbstständiger Unternehmen mit dem Ziel verstanden, bei grundsätzlicher Aufrechterhaltung ihrer wirtschaftlichen Selbstständigkeit gegenseitige Vorteile

¹³³ Vgl. Rüschemann, H.-H./Rüschemann, B./Roth, A.: Auswirkungen des DRG-Systems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 130.

zu ziehen¹³⁴. Als mögliche Kooperationspartner auf dem Gebiet der medizinischen Diagnostik und Therapie bieten sich für das Krankenhaus niedergelassene Ärzte, Pflegeeinrichtungen, physiotherapeutische Praxen oder Laborgemeinschaften (vertikale Vernetzung) und andere Krankenhäuser (horizontale Vernetzung) an¹³⁵. Die Kooperation kann sich dabei auf eine gesamte Behandlung, Teilleistungen einer Behandlung oder auf die Nutzung von medizintechnischem Gerät beziehen. Gerade Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sind im Zuge der integrierten Versorgung auch politisch gewollt¹³⁶. Aber auch für den nicht-medizinischen Bereich sind verschiedene Kooperationen denkbar. Genannt seien hier beispielsweise Einkaufsgemeinschaften, Apothekenkooperationen oder Partnerschaften zur Entwicklung von EDV-Lösungen. Die deutschen Krankenhäuser gehen schon heute Kooperationen auf verschiedenen Gebieten ein: Das AK Altona betreibt z.B. auf seinem Gelände ein Perinatalzentrum in Kooperation mit dem benachbarten Kinderkrankenhaus. Weiterhin bestehen mit niedergelassenen Praxen Kooperationsverträge zur Durchführung von stationären Dialysen und zur Nutzung von medizinischen Großgeräten (Lithotripter, Herzkatheterlabor). Die Einführung des DRG Systems und die damit verbundene Verstärkung des Wettbewerbs wird aber die Zahl und den Umfang von Kooperationen deutlich erhöhen¹³⁷. Derartige Entwicklungen haben sich auch nach Einführung einer DRG basierten Vergütung in den Vereinigten Staaten gezeigt: Die Zahl von Krankenhäusern mit Kooperationsverträgen ist von 27% in 1985 auf über 45% in 1995 angestiegen¹³⁸.

¹³⁴ Vgl. Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 10. Auflage. München, Wien 1989. S.43f.

¹³⁵ Vgl. Hildebrandt, H./Rippmann, K./Seipel, P.: Integrierte Versorgung: So führt sie zum Erfolg. Wer seine Wettbewerbsposition nicht prüft, gerät rasch in Gefahr. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 4. S. 390f.

¹³⁶ Vgl. Thielmann, M.: Der Weg zur Integration ambulanter Leistungen in das Krankenhaus ist frei. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 526.

¹³⁷ Vgl. Neubauer, G.: Kooperation, Fusion, Betreibergesellschaft als Wege in die Zukunft. Wer heute noch Kirchturmpolitik betreibt, wird morgen aus dem Wettbewerb gedrängt. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 4. S. 382.

¹³⁸ Vgl. Rochell, B./Roeder, N.: Starthilfe DRGs. Aktueller Stand und Perspektiven der Einführung eines DRG-Systems in Deutschland und die notwendige Vorbereitung des Krankenhauses. In: das Krankenhaus. Sonderausgabe 2001. S. 20.

Der Erfolg von Kooperationen wird im Wesentlichen davon abhängen, inwieweit alle Partner davon profitieren. Ein Krankenhaus, das einen seiner untergeordneten Leistungsbereiche an ein anderes Krankenhaus abgibt, kann im Gegenzug Leistungen aus dem Bereich seiner Kernkompetenzen übernehmen. So profitieren beide Häuser von einer gegenseitigen Stärkung ihrer Schwerpunkt-bereiche und verbessern damit ihre Position im Wettbewerb.

Die nächste Stufe der Unternehmensverbindungen stellen Formen der Konzentration, wie z.B. Fusionen, dar. Sie zeichnen sich durch eine Angliederung eines bestehenden Unternehmens an eine andere Wirtschaftseinheit aus¹³⁹. Der angegliederte Teil verliert dabei seine wirtschaftliche Selbstständigkeit oder schränkt diese stark ein. Durch den zunehmenden Wettbewerb wird auf dem Krankenhaussektor mit einem verstärkten Trend zur Konzentration gerechnet¹⁴⁰.

4.3 Operative Krankenhaussteuerung unter DRGs

4.3.1 Leistungssteuerung

Die operative Leistungssteuerung hat die Aufgabe, die langfristigen Ziele der strategischen Leistungsplanung umzusetzen. Im ersten Schritt muss dazu der Ist-Zustand des Leistungsgeschehens erhoben werden. Die Definition des operativen Soll-Zustandes erfolgt unter Berücksichtigung der langfristigen strategischen Ziele und beschreibt das Umsetzungsziel der jeweiligen operativen Steuerungsphase. So werden beispielsweise Leistungsbereiche, die im Rahmen der strategischen Planung als Kernkompetenzen identifiziert worden sind und ausgebaut werden sollen, in den operativen Steuerungsphasen stetig steigende Fallzahlen ausweisen. Soll-Ist-Vergleiche dienen der

¹³⁹ Vgl. Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 10. Auflage. München, Wien 1989. S.44f.

¹⁴⁰ Vgl. Neubauer, G.: Kooperation, Fusion, Betreibergesellschaft als Wege in die Zukunft. Wer heute noch Kirchturmpolitik betreibt, wird morgen aus dem Wettbewerb gedrängt. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 4. S. 382.

Kontrolle der Zielerreichung. Aus der Abweichung zwischen Ist- und Soll-Zustand werden die notwendigen Maßnahmen zur Zielerreichung abgeleitet und in den operativen Steuerungsprozess eingebracht. Die operative Leistungssteuerung wird sich dabei auf zwei Ebenen von Leistungen beziehen: Auf der ersten Ebene werden die Behandlungsfälle betrachtet, die nach DRGs oder, bei einer notwendigen weiteren Differenzierung, auch nach Diagnosen und Prozeduren gruppiert werden können. Die zweite Ebene bilden die Teilleistungen, die zur Behandlung eines Falles notwendig sind. Diese Teilleistungen sind z.B. Röntgen- und Laboruntersuchungen oder definierte ärztlich-pflegerische Maßnahmen.

Ebene der Behandlungsfälle

Die Leistungsstruktur auf Fallebene wird durch Art und Menge der Leistungen beschrieben. Die Leistungsart ergibt sich in erster Linie aus der DRG Gruppierung. Die Leistungsmenge wird durch die Fallzahl je DRG quantifiziert. Die operative Leistungssteuerung erfolgt primär auf der Ebene der leistungserbringenden Fachabteilungen. Über die auf Fachabteilungsebene geplanten und erbrachten Leistungen ergibt sich das Leistungsspektrum des Krankenhauses. Damit müssen bei der Leistungsplanung und -steuerung auf Fachabteilungsebene übergreifende Krankenhausziele berücksichtigt und ein stetiger Abgleich zwischen diesen beiden Ebene sichergestellt werden. Das Instrument zur Abbildung der operativen Steuerungsziele auf Fallebene stellt die Leistungsplanung dar. Sie macht das zukünftige Leistungsgeschehen auf Fachabteilungs- und Krankenhausebene transparent. Im Gegensatz zu der Leistungsplanung der alten Bundespflegesatzverordnung¹⁴¹, die sich nur an Veränderungen der Fallzahl orientiert, muss bei der Leistungsplanung unter DRGs auch der Schweregrad der geplanten Fälle einbezogen werden. Neben der Planung von Fallzahlen werden damit die geplanten Bewertungsrelationen zur relevanten Steuerungsgröße. Die Planfallgewichte ergeben sich aus der Planfallzahl je DRG und der jeweiligen Bewertungsrelation. Verlegungsfälle machen einen relevanten Anteil des Leistungsspektrums des Krankenhauses

¹⁴¹ Siehe 2.1

und einiger Fachabteilungen aus¹⁴². Die Leistungsplanung nach DRGs kann aber nur Krankenhausfälle in ihrer Gesamtheit abbilden. Insofern sollten Verlegungen auch in der Leistungsplanung berücksichtigt werden, um das Leistungsspektrum einer Fachabteilung in seiner Gesamtheit zu beschreiben. Hierzu müssen die Verlegungsanteile zwischen den Fachabteilungen fallgruppenbezogen abgestimmt und geplant werden. Auf Basis dieser Verlegungsanteile kann dann eine Steuerung der Patientenströme durch die Leistungsbereiche des Krankenhauses erfolgen. Ein differenziertes Berichtswesen auf DRG Ebene muss die Fachabteilungen kontinuierlich über ihre erbrachten Leistungen in Form von Fallzahlen und Fallgewichten informieren¹⁴³.

Ebene der Teilleistungen

Der Einsatz von DRGs als Preissystem schafft für die Krankenhäuser den Anreiz, nur die Teilleistungen im Rahmen einer Behandlung zu erbringen, die zur Zielerreichung notwendig sind¹⁴⁴. Aus ökonomischer Sicht wird dadurch die Beschränkung auf das medizinisch Notwendige zum Erfolgsfaktor für das Krankenhaus. Dabei dürfen Qualitätsaspekte nicht vernachlässigt werden¹⁴⁵: Eine qualitativ gute medizinische Behandlung bieten zu wollen, ergibt sich einerseits aus dem ärztlichen Selbstverständnis. Andererseits stellt eine hohe Qualität der Behandlung einen wichtigen Wettbewerbsfaktor für das Krankenhaus dar und ist damit auch aus ökonomischer Sicht anzustreben. Insofern macht der Anreiz des Vergütungssystems nach dem Minimalprinzip zu handeln eine differenzierte Leistungssteuerung auf der Ebene der Teilleistungen unter Berücksichtigung von Kosten und Qualitätszielen notwendig. Der Differenzierungsgrad hängt dabei von den Steuerungszielen ab: Die Steuerung der Teilleistungen der einzelnen Behandlungsgruppen sollte sich auf relevante Leistungen oder Leistungskomplexe diagnostischer oder therapeutischer Art konzentrieren, die erfassbar und beeinflussbar sind: Geeignet sind z.B. radiologische Leistungen, Laboruntersuchungen,

¹⁴² Siehe 5.2.4.1

¹⁴³ Siehe 5.3

¹⁴⁴ Siehe 2.3.2

¹⁴⁵ Siehe 4.3.5

Konsilleistungen oder operative Leistungen. Zur Umsetzung muss hierzu zunächst der Ist-Zustand der erbrachten Teilleistungen je Behandlungsgruppe ermittelt werden. Die Behandlungsgruppen werden im Wesentlichen durch die DRG Gruppierung vorgegeben. Im Falle von medizinisch sehr heterogenen DRGs wird eine weitere Differenzierung der Fallgruppen nach Diagnosen und Prozeduren notwendig sein. Im zweiten Schritt muss dann in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern der Soll-Zustand definiert werden. Hierbei müssen Kosten- und Qualitätsziele kritisch und objektiv diskutiert werden, denn nicht jede Einschränkung von Teilleistungen muss zwangsläufig zu einer Qualitätsverschlechterung führen. Bei dieser Diskussion über das medizinisch Notwendige wird auch die Relation von zusätzlichem Nutzen zu den zusätzlichen Kosten kritisch zu hinterfragen sein¹⁴⁶. Hierbei kann auf medizinische Leitlinien der Fachgesellschaften, auf Ergebnisse der evidenzbasierten Medizin und auf Festlegungen anderer Krankenhäuser zurückgegriffen werden. Weiterhin müssen die Anforderungen der externen Qualitätssicherung und die hausindividuellen Qualitätsziele berücksichtigt werden¹⁴⁷. Der Steuerungsbedarf ergibt sich aus der Abweichung zwischen Ist- und Soll-Zustand und lässt sich durch Zielwerte in Form von Kennzahlen definieren: Solche Kennzahlen können beispielsweise durchschnittliche Labor- und Röntgenleistungen je DRG in GOÄ-Punkten sein. Für den stetigen Soll-Ist-Vergleich ist ein entsprechendes Berichtswesen aufzubauen.

4.3.2 Kostensteuerung

Kosten stellen den Wert aller für einen bestimmten Zweck eingesetzten Ressourcen dar¹⁴⁸. Die Kosten einer Krankenhausbehandlung ergeben sich damit aus den erbrachten Leistungen. Die Aufgabe der Kostensteuerung ist es,

¹⁴⁶ Vgl. Adam, H./Henke, K.-D.: Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1: Krankenversicherungsrecht. München 1994. S. 138.

¹⁴⁷ Siehe 4.3.5

¹⁴⁸ Vgl. Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 10. Auflage. München, Wien 1989. S. 3.

die Kostenwirkungen der eingesetzten Leistungen transparent zu machen. Hierbei werden Art, Menge, und Qualität der Leistungen sowie die Effizienz der Prozesse kostenwirksam sein. Aus diesem Grunde muss die Kostenplanung auf Basis der geplanten Leistungen erfolgen. In Abhängigkeit von dem jeweiligen Steuerungsziel können zur Berechnung der Kostenwirkungen Voll- und Teilkostenrechnungssysteme eingesetzt werden¹⁴⁹. So kann die Kostenplanung auf einzelne Behandlungsgruppen, einzelne Leistungsbereiche oder das gesamte Krankenhaus bezogen werden. Eine wichtige Bezugsgröße werden dabei die durchschnittlichen Kosten je DRG sein. Eine alleinige Kalkulation der durchschnittlichen Vollkosten je DRG wird jedoch nicht ausreichend sein. Die Kostenträgerrechnung auf Vollkostenbasis liefert dagegen die wichtigen Informationen über die Kostenhomogenität innerhalb der DRGs¹⁵⁰. Eine Kostensteuerung auf Einzelfallebene ist jedoch weder praktikabel noch sinnvoll: Einerseits wird es innerhalb einer DRG immer einzelne Kostenausreißer geben, wenn medizinische Gründe dies erfordern. Andererseits wird die Kostenerfassung auf Fallebene erst nach Abschluss der Behandlung erfolgen. Die Kostenträgerrechnung auf Fallebene dient damit nicht der Kostensteuerung des Falles, sondern der Erfassung der Kostenwirkungen auf Ebene der DRGs. Zur Analyse und Planung der Abhängigkeiten der Kostenwirkungen verschiedener Leistungen müssen Teilkostenrechnungssysteme eingesetzt werden¹⁵¹. Die Deckungsbetragsrechnung auf Basis der relativen Einzelkosten ist dabei in der Lage, die Kostenwirkungen auf die Ebene zu beziehen, auf der sie entstehen.

Die so erreichte Kostentransparenz versetzt die Leistungserbringer in die Lage, die Kostenwirkungen ihrer Leistungsplanung einschätzen zu können. Die Ergebnisse der Kostenkalkulation der bundesdeutschen Relativgewichte können dabei Anhaltspunkte für die Bemessung der verschiedenen

¹⁴⁹ Siehe 3.4.2 und 4.1.4

¹⁵⁰ Siehe 4.1.2

¹⁵¹ Siehe 4.1.4

Kostenanteile einer DRG liefern. So werden die Kalkulationsergebnisse z.B. die durchschnittlichen Personalkosten oder Sachkosten der einzelnen DRGs ausweisen. Die Kostenplanung des einzelnen Krankenhauses muss letztendlich aber immer individuell auf Basis der jeweiligen Planleistungen erfolgen. Die Ist-Kosten müssen dann im Verlauf mit den Soll-Kosten der Kostenplanung abgeglichen werden. Treten dabei Abweichungen von den Zielvorgaben auf, müssen Steuerungsmaßnahmen eingeleitet werden. Die Steuerung kann aber nicht direkt über die Kosten vorgenommen werden, sondern muss auf der Ebene der Leistungen und Prozesse ansetzen. Gelingt es, die Leistungen nach dem Minimalprinzip auf das Notwendige zu beschränken und die Prozesse zu optimieren, wird sich dies positiv auf die Kostensituation auswirken. Die Analyse von Abweichungen der Ist-Kosten zu den Plankosten dient also der Erkennung von Symptomen, deren Ursache im Rahmen der Leistungs-, Prozess- und Qualitätssteuerung beseitigt werden müssen. Nur im Bereich der Preisverhandlungen im Einkauf von Produkten oder Leistungen ist eine direkte Steuerung der Kosten möglich¹⁵².

4.3.3 Steuerung der Behandlungsprozesse

Im Rahmen der Leistungsplanung und Leistungssteuerung wird festgelegt, welche Teilleistungen für eine Behandlung erbracht werden sollen¹⁵³. Die Planung und Steuerung der Behandlungsprozesse verfolgt das Ziel, diese Teilleistungen bezüglich ihrer Abfolge zu optimieren¹⁵⁴. Im verstärkten Wettbewerb in einem DRG-basierten Preissystem wird die Optimierung der Behandlungsprozesse zu einem zentralen Erfolgsfaktor für das Krankenhaus¹⁵⁵. Die Prozesssteuerung wird damit immer Kosten- und Qualitätsziele verfolgen.

¹⁵² Vgl. Strehlau-Schwoil: Leistungs-, Kosten- und Erlössteuerung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 211.

¹⁵³ Siehe 4.3.1

¹⁵⁴ Der Begriff der Prozessoptimierung wird hier auf die medizinisch-pflegerischen Behandlungsprozesse bezogen. Die klassische Prozesskostenrechnung fokussiert sich dagegen auf die Hauptprozesse des Krankenhauses, mit dem Ziel eine höhere Transparenz der Gemeinkosten zu erreichen. Vgl. Schmidt-Rettig, B./Böhning, F.: Bedeutung und Konzeption einer Prozeßkostenrechnung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin 1999. S. 121f.

¹⁵⁵ Siehe 2.3.2

Diese Ziele sind im Rahmen von strategischen Entscheidungen zu definieren und in der operativen Steuerung auf Ebene der Leistungserbringer umzusetzen. Der erste Schritt der Prozessoptimierung besteht in der Erhebung des Ist-Zustandes der Ablauforganisation. Hier werden in vielen Krankenhäusern große Defizite auszumachen sein. Dies gilt vor allem dann, wenn die medizinisch-klinische Autonomie auf den Bereich der Organisation ausgeweitet wird¹⁵⁶. Optimierungen finden sich meist nur auf der Ebene der Teilprozesse, nicht aber über den gesamten Behandlungsablauf. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass sich die Abläufe stark an den Strukturen des Krankenhauses und nicht an den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten im Verlauf seines Behandlungsprozesses orientieren. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sind Krankenhäuser traditionell nach den Prinzipien einer Verrichtungsorganisation strukturiert. Verrichtungsorganisationen zeichnen sich dadurch aus, dass Arbeitsplätze mit gleichartigen Funktionen räumlich zusammengefasst werden¹⁵⁷. Das Produkt muss dann zu den einzelnen Werkstätten transportiert werden. Die Verrichtungsorganisation eignet sich damit für Bereiche der Einzelfertigung, in denen der Arbeitsablauf nicht standardisierbar ist. In der Übertragung auf das Krankenhaus findet sich dieses Prinzip in der Tatsache wieder, dass Patienten im Rahmen ihrer Behandlung die verschiedenen Therapie- und Diagnostikbereiche oder Fachabteilungen anlaufen müssen. Dies ermöglicht auf der einen Seite eine sehr hohe Flexibilität. Auf der anderen Seite entstehen daraus viele Schnittstellen, die einen kostenintensiven Abstimmungsbedarf erfordern und häufig Ursache von insuffizienten Gesamtprozessen sind. Bis zu 80% der Organisationsprobleme im Krankenhaus entstehen an diesen Schnittstellen der unterschiedlichen Leistungsbereiche, Fachabteilungen und Berufsgruppen¹⁵⁸. Die Kosten der Information und Kommunikation, die bei der Organisation und Abwicklung

¹⁵⁶ Vgl. Eichhorn, S.: Anforderungen an Krankenhausleitung und Krankenhausbetriebsführung. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Professionalisierung des Krankenhausmanagements. Symposium zur Führung und Organisation von Krankenhausleitungen. Gütersloh 1990. S. 13.

¹⁵⁷ Vgl. Heinen, E.: Industriebetriebslehre. Entscheidungen im Industriebetrieb. 9. Auflage. Wiesbaden 1991. S. 432.

¹⁵⁸ Vgl. Ament-Rambow, C.: Abteilungsgrenzen überwinden. Ohne Prozessmanagement keine wirkliche Qualitätsverbesserung. In: Krankenhaus Umschau. 69. Jg. (2000). Heft 2. S. 84.

arbeitsteiliger Leistungserstellung anfallen, werden Transaktionskosten genannt¹⁵⁹.

Ausgehend von den bestehenden Defiziten und den Anreizen des neuen Vergütungssystem muss im zweiten Schritt die Definition des Soll-Zustandes erfolgen. Zielrichtung wird hierbei die Aufhebung der Suboptimierungen der einzelnen Leistungsbereiche zu Gunsten einer Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses sein. Zentrale Aufgaben sind dabei die Vermeidung oder die Optimierung der Schnittstellen. Die Vermeidung von Schnittstellen erfordert in der Regel eine Veränderung der Organisationsstruktur mit dem Ziel, Grenzen zwischen Abteilungen und Berufsgruppen aufzuheben¹⁶⁰. Dies wird auch auf Grund der besonderen Anforderungen der medizinischen Versorgung bezüglich Flexibilität und individueller Ausrichtung nicht immer möglich sein. Die Optimierung notwendiger Schnittstellen kann durch eine klare Definition der Teilprozesse und Übergabepunkte sowie mit Hilfe von festen Vereinbarungen erfolgen. Im Rahmen der Definition des Soll-Zustandes ist eine, so weit wie möglich standardisierte, Beschreibung des gesamten Prozesses anzustreben¹⁶¹. Hier wird festgelegt, wie, durch wen und wo die Leistungen erbracht werden sollen. Dabei ist der Beginn und das Ende eines Prozesses klar festzulegen. Dabei ist grundsätzlich zu beachten, dass nicht jeder Ablauf im Krankenhaus beginnt und endet. Gerade die Vorbereitung der Aufnahme und die Sicherstellung der Patientenversorgung nach der Entlassung sind wichtige Faktoren für die Verkürzung der stationären Verweildauer. Nur eindeutig beschriebene Prozesse können in Organisationsformen umgesetzt und gesteuert werden. Gleichartige Prozesse können zusammengefasst werden. Die Vereinbarungen müssen transparent gemacht, kommuniziert und verbindlich gelebt werden. Im Hinblick auf die Steuerung ist die Festlegung eines Prozessverantwortlichen von zentraler Bedeutung: Dem jeweiligen Prozessverantwortlichen obliegt die Prozesssteuerung auf Basis der definierten

¹⁵⁹ Vgl. Heinen, E.: Industriebetriebslehre. Entscheidungen im Industriebetrieb. 9. Auflage. Wiesbaden 1991. S. 427.

¹⁶⁰ Siehe 4.4.3

¹⁶¹ Siehe 4.4.1

Festlegungen. Über die Steuerung der Prozesse können dann Ziele wie Verweildauerverkürzung oder Vermeidung von Warte- und Leerlaufzeiten erreicht werden.

4.3.4 Erlössteuerung

In einem leistungsorientierten DRG Vergütungssystem folgen die Erlöse den Leistungen¹⁶². Die Zuordnung der Leistungen zu der Vergütungsgruppe ergibt sich aus dem Algorithmus des DRG Systems. Die Bewertung der Leistungen erfolgt über die festgelegten Bewertungsrelationen der einzelnen DRGs und ggf. über Zusatzentgelte oder Zuschläge bei Kurz- und Langliegern¹⁶³. Damit hat das Krankenhaus nach Entlassung des Patienten und Zuweisung des Behandlungsfalles in eine DRG keinen Einfluss auf die Erlösbemessung. Daraus ergibt sich ein direkter Zusammenhang zwischen Erlös- und Leistungssteuerung. Aus der DRG-basierten Leistungsplanung ist die Erlösplanung direkt abzuleiten. Differenzen zu der Erlösplanung können damit nur durch eine Abweichung von der Leistungsplanung oder eine nicht leistungsgerechte Eingruppierung begründet sein¹⁶⁴. Im ersten Fall werden sich die Steuerungsmaßnahmen auf die Einhaltung der Leistungsplanung beziehen. Im zweiten Fall muss sich die Erlössteuerung unter DRGs auf die leistungsgerechte Zuweisung der Behandlungsfälle in die richtige DRG konzentrieren. Hierzu sind alle Gruppierungskriterien vollständig und korrekt zu erfassen¹⁶⁵. Die Sicherung von leistungsgerechten Erlösen wird damit in erster Linie von der Qualität der medizinischen Leistungsdokumentation abhängen¹⁶⁶. Die Steuerung der Erlöse erfordert damit eine Steuerung der medizinischen Leistungsdokumentation auf Ebene der Leistungserbringer. Hierzu sind entsprechende Controllinginstrumente zur Messung der Dokumentationsqualität

¹⁶² Vgl. Neubauer, G.: Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausesentgeltssystem. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 3. S. 164.

¹⁶³ Siehe 2.3.1.3

¹⁶⁴ Zeitraumbezogene Erlösabweichungen durch eine verzögerte Rechnungsabgleichung durch die Kostenträger sollen hier nicht betrachtet werden.

¹⁶⁵ Siehe 2.2.1.2

¹⁶⁶ Vgl. Roeder, N./Rochell, B.: Im DRG-System schreibt der Arzt mit der Kodierung die Rechnung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 2. S. 162.

zu entwickeln und anzuwenden¹⁶⁷. Das klassische Erlösberichtswesen, das Abweichungen der Ist-Erlöse zu den Planerlösen darstellt, muss um ein differenziertes Berichtswesen über die medizinische Leistungsdokumentation erweitert werden. Nur so können Defizite erkannt werden. Im Rahmen der operativen Steuerung müssen dann die notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentation abgeleitet und umgesetzt werden¹⁶⁸. Zur Umsetzung dieser Ziele empfiehlt es sich, die Verantwortlichen für die Leistungsdokumentation auf Abteilungsebene in Form von Dokumentationsbeauftragten eindeutig zu benennen¹⁶⁹. Durch entsprechende finanzielle Anreizsysteme können diese Hauptverantwortlichen für die nicht immer beliebte Arbeit motiviert werden¹⁷⁰.

4.3.5 Qualitätssteuerung

Die Qualität der medizinisch-pflegerischen Leistungserbringung ist ein wichtiger Erfolgsfaktor im verstärkten Wettbewerb der Krankenhäuser¹⁷¹. Die Qualität der Leistungen im Krankenhaus kann auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet werden¹⁷². Insbesondere Qualitätsverbesserungen im Bereich von Strukturen und Prozessen können die Kosten im Krankenhaus senken¹⁷³. Die Anreize des DRG Systems zur Optimierung von Prozessen und Strukturen sind in dieser Arbeit ausführlich dargestellt. Obwohl ein verantwortliches ärztliches Handeln immer eine hohe Ergebnisqualität anstreben wird, bietet eine Vergütung nach DRGs keine direkten Preisanreize

¹⁶⁷ Vgl. Roeder, N./Irps, S./Juhra, C./Glocker, S./Fiori, W./Müller, M./Hecht, A.: Erlöse sichern durch Kodierqualität. Messung und Interpretation von Kodierqualität. In: das Krankenhaus. 94. Jg. (2002). Heft 2. S. 127.

¹⁶⁸ Auf die Rolle der Dokumentationsqualität, deren Messung und Maßnahmen zur Optimierung soll in dieser Arbeit nicht konkreter eingegangen werden.

¹⁶⁹ Vgl. Sagasser, J./Dankwardt, R.: Der Start ins neue System. Erfahrungen der Asklepios Kliniken bei der Einführung der DRG. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 1. S. 43.

¹⁷⁰ Vgl. Müller-Bellingrodt, T./Wolff, U.: Wer richtig kodiert, wird auch richtig belohnt. Das Anreizsystem für korrekte Kodierung und Dokumentation am Uniklinikum Frankfurt am Main. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 589.

¹⁷¹ Siehe 3.1

¹⁷² Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Band III. 3. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln 1987. S. 40.

¹⁷³ Vgl. Käuferstein, M./Pletz, M./Ripplinger, M.: Wer auf die Qualität achtet, senkt die Kosten. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 15. Jg. (1998). Heft 3. S. 226.

für eine hohe Ergebnisqualität. Zwar konnte in den Vereinigten Staaten nach Einführung der DRGs im Medicarebereich kein Rückgang der Behandlungsqualität festgestellt werden¹⁷⁴. Es besteht aber grundsätzlich die Gefahr, dass aus Gründen der Kostensenkung die Ergebnisqualität leiden kann¹⁷⁵. Damit wird mit der Einführung eines DRG Vergütungssystems eine begleitende Qualitätssicherung der medizinisch-pflegerischen Leistungen unabdingbar¹⁷⁶. Aus diesem Grunde hat der Gesetzgeber mit Einführung der DRGs die Maßnahmen für die externe Qualitätssicherung deutlich ausgeweitet¹⁷⁷. Diese externen Qualitätsvorgaben müssen vom Krankenhaus in jedem Fall erreicht werden. Bezüglich des Qualitätsniveaus verbleibt jedoch ein gewisser Gestaltungsspielraum auf Ebene des Krankenhauses¹⁷⁸: In seiner strategischen Ausrichtung im Wettbewerb kann das Krankenhaus auch eine über dem Durchschnitt liegende Qualität anstreben. Hierbei sind Qualitäts- und Kostenziele insbesondere von den leitenden Ärzten verantwortungsvoll abzuwägen¹⁷⁹. Die Abwägung kann bezogen auf die einzelnen Behandlungsgruppen erfolgen und wird dabei die Zuordnung zum Hoch- oder Niedrigpreissystem berücksichtigen. In jedem Falle sind jedoch krankenhausesintern die Qualitätsziele strategisch zu definieren und im Rahmen der operativen Krankenhaussteuerung umzusetzen. Die Qualitätssteuerung wird dadurch erleichtert, dass das DRG System selbst als Instrument der Qualitätssicherung eingesetzt werden kann: Durch die hohe Transparenz der Leistungen mit Abbildung von Komplikationen können Qualitätsabweichungen besser erkannt und entsprechende Steuerungsmaßnahmen eingeleitet

¹⁷⁴ Vgl. Lauterbach, K./Lüngen, M.: DRG-Fallpauschalen: eine Einführung. Anforderungen an die Adaption von Diagnosis-Related Groups in Deutschland. Stuttgart 2000. S. 120.

¹⁷⁵ Vgl. Lauterbach, K./Lüngen, M.: Neues Entgeltsystem nach US-Muster. In: Deutsches Ärzteblatt. 97. Jg. (2000). Heft 8. S. B-394.

¹⁷⁶ Vgl. Lauterbach, K./Lüngen, M.: DRG-Fallpauschalen: eine Einführung. Anforderungen an die Adaption von Diagnosis-Related Groups in Deutschland. Stuttgart 2000. S. 56.

¹⁷⁷ Vgl. §137 SGB V (2004).

¹⁷⁸ Vgl. Lauterbach, K./Lüngen, M.: Weitreichende Veränderungen absehbar. Was kommt mit und nach den Diagnosis-Related Groups (DRG)? In: Forum für Gesellschaftspolitik. 6. Jg. (2000). Heft Juli/August. S. 189.

¹⁷⁹ Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Band III. 3. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln 1987. S. 39.

werden¹⁸⁰. Als weitere Qualitätsindikatoren können z.B. die Zahl an Wiederaufnahmen, Infektionsstatistiken und die Zahl von intraoperativen Komplikationen definiert werden.

Diese Indikatoren lösen aber nicht das Grundproblem, dass sich das Produkt des „Gesundmachens“ weitgehend einer operationalen Messung entzieht¹⁸¹. Insofern sind Mediziner aufgefordert, Qualitätsindikatoren, vor allem der Ergebnisqualität, weiter zu entwickeln¹⁸². Nur durch eine derartige Objektivierung von Qualitätsrisiken wird es den Ärzten möglich sein auch bei zunehmenden Kostendruck medizinisch notwendige Maßnahmen im Sinne des Patienten sichern zu können.

4.3.6 Verweildauersteuerung

Die Verweildauersteuerung ist im Gegensatz zu den oben dargestellten Steuerungsbereichen als eine übergreifende Steuerungsebene zu verstehen: Die Steuerung der Verweildauer nimmt Leistungs-, Kosten-, Erlös- und Qualitätsaspekte auf und wirkt auf die Steuerung der Behandlungsprozesse. So erfolgt in einem DRG-basierten Preissystem die Vergütung im Wesentlichen unabhängig von der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus¹⁸³. Lediglich bei Behandlungsfällen, die außerhalb der Normalverweildauer liegen, werden die Erlöse durch zu und Abschläge modifiziert. Auf der anderen Seite verursacht jeder zusätzliche Behandlungstag Kosten. Für die Krankenhäuser ergibt sich daraus der grundsätzliche Anreiz, die stationäre Verweildauer zu verkürzen¹⁸⁴. Eine Ausnahme bilden hierbei Fälle mit einem Kurzliegerabschlag. Zur Sicherung der Erlöse sollte die Verweildauern hier auf dem Niveau der unteren

¹⁸⁰ Vgl. Lauterbach, K.: Qualitätssicherung in einem DRG-System (Interview). In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 7. S. 523.

¹⁸¹ Vgl. Schlüchtermann, J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus - Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven einer Weiterentwicklung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 13. Jg. (1996). Heft 3. S. 259.

¹⁸² Vgl. Drösler, S.: Qualitätsbericht: Darf es auch mehr sein?. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 122.

¹⁸³ Siehe 2.3.2

¹⁸⁴ Vgl. Leititis, U.J.: Stationäre Leistungserbringung unter DRGs. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 11. S. 899.

Grenzverweildauer gehalten werden. Diese Ausnahme beeinflusst aber nicht den Trend zu sinkenden Verweildauern, wie auch die Erfahrungen in Australien deutlich machen¹⁸⁵. Für Deutschland werden nach Einführung des DRG Systems Verweildauerreduzierungen in einer Größenordnung von 20% diskutiert¹⁸⁶. Die Aufgabe der Krankenhaussteuerung, diese Verweildauerverkürzungen zu realisieren, wird durch zwei Probleme erschwert: Die Zielgröße der Verweildauer ist schwer zu bestimmen und auf Seiten der Leistungserbringer finden sich noch Widerstände gegen eine offensive Verkürzung der Behandlungsphasen. Hier steht häufig die unbegründete Angst im Vordergrund, über einen geringeren Bettenbedarf an Einfluss im Krankenhaus zu verlieren. Die neuen Steuerungskennzahlen des DRG Zeitalters, die die Leistungsfähigkeit von Fachabteilungen unabhängig von der Bettenanzahl beurteilen, sind von vielen Klinikern noch nicht verinnerlicht. Aus diesen Gründen besteht ein Bedarf, die Potenziale zur Verweildauerverkürzung zu objektivieren. Grundsätzlich bieten sich dazu Vergleiche mit anderen Leistungserbringern an. Bisher übliche Verweildauervergleiche auf Krankensebene machen auf Grund der starken Abhängigkeiten von dem Fallmix nur eingeschränkte Aussagen. Da grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen Fallkomplexität und Behandlungsdauer besteht, bieten sich Verweildaueranalysen auf Ebene der DRGs an. Das methodische Vorgehen besteht in der vergleichenden Betrachtung der durchschnittlichen Verweildauer einer DRG des eigenen Krankenhauses mit der durchschnittlichen Verweildauer der gleichen DRG eines anderen Krankenhauses oder einer Vergleichsgruppe (z.B. durchschnittliche Verweildauer des DRG Kataloges). Die gefundenen Verweildauerdifferenzen lassen Rückschlüsse auf den Handlungsbedarf im eigenen Haus zu und helfen die eigenen Zielgrößen zu definieren. Die Quantifizierung des Anpassungspotenzials erfolgt getrennt für jede DRG über die Differenz der eigenen Verweildauer (VWD_{selbst}) zum Benchmark (VWD_{BM}).

¹⁸⁵ Vgl. Neubauer, G./Nowy, R.: DRGs in Australien - Fallkostenkalkulation, Vergütungsfindung und Zu- und Abschläge. In: das Krankenhaus. 93. Jg. (2001). Heft 2. S. 124.

¹⁸⁶ Vgl. Eversmeyer, M.: Das DRG-System stoppt in Australien nicht den Ausgabenanstieg. Erfahrungen einer Studienreise nach New South Wales. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 3. S.232.

Die Multiplikation der Abweichung in Tagen mit der eigenen Fallzahl der DRG ergibt das Potenzial der zu reduzierenden Behandlungstage:

$$\text{Reduktionspotenzial} = \text{Fallzahl} \times (\text{VWD}_{\text{BM}} - \text{VWD}_{\text{selbst}})$$

Diese berechneten Reduktionspotenziale sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, denn die Aussagekraft der Vergleiche auf DRG Ebene hängen von der Prämisse ab, dass auch wirklich gleiche Fälle verglichen wurden. Deshalb muss eine einheitliche Zuordnung der Behandlungsfälle zu den DRGs sichergestellt sein. Dies wird im Wesentlichen von der Qualität der medizinischen Leistungsdokumentation und der Feinabstimmung des DRG Systems abhängig sein. Im Rahmen der Feinabstimmung des Systems werden der Grad der Schweregraddifferenzierung festgelegt, die entsprechenden gruppierungsrelevanten Diagnosen- und Prozedurenschlüssel definiert sowie ihre Verwendung in Form von Kodierrichtlinien geregelt. Der Grad der Umsetzung dieser Festlegungen bestimmt die Qualität der medizinischen Leistungsdokumentation in den jeweiligen Krankenhäusern¹⁸⁷. Weisen die Vergleichskrankenhäuser im Rahmen einer Verweildaueranalyse eine sehr unterschiedliche Dokumentationsqualität auf, wird dies die Aussagekraft der Analysen negativ beeinflussen: So ist es möglich, dass die niedrigen Verweildauern der leichten Fälle eines fälschlicherweise zu hoch kodierenden Hauses mit den tatsächlich schweren Fällen des richtig kodierenden Hauses verglichen werden. Die identifizierten Verweildauerreduktionspotenziale wären rein theoretischer Natur und könnten damit Fehlsteuerungen zur Folge haben. Aber selbst eine korrekte Dokumentation garantiert nicht, dass auf Ebene der DRGs auch gleiche Fälle verglichen werden. Die DRG Klassifikation nach Kostenhomogenität kann keine medizinische Homogenität garantieren¹⁸⁸. So können unter einer gleichen DRG in verschiedenen Krankenhäusern unterschiedliche medizinische Behandlungsfälle zusammengefasst werden. Werden z.B. sehr unterschiedliche Behandlungsmethoden einer Erkrankung

¹⁸⁷ Vgl. Bracht, M.: Erfahrungen mit dem DRG-System: Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser und Krankenhausärzte. In: chefarzt aktuell. (2000) Heft 11. S. 108.

¹⁸⁸ Siehe 2.2.1.1

angewendet, kann sich dies auch in einer unterschiedlichen Verweildauer widerspiegeln. In schweizerischen Untersuchungen wurden derartige Heterogenitäten der Verweildauer innerhalb einer DRG nachgewiesen¹⁸⁹. Auch hier wären die in einem Verweildauervergleich berechneten Anpassungspotenziale dann rein theoretischer Natur. Aus diesem Grunde sollte bei medizinisch heterogenen DRGs eine weitere Untergliederung der Behandlungsfälle nach Diagnosen und Prozeduren erfolgen. Grundsätzlich sollte eine Mindestanzahl der Fälle je Gruppe aber nicht unterschritten werden, damit Ausreißer nicht zu sehr ins Gewicht fallen.

Die Höhe der Verweildauer hat einen entscheidenden Einfluss auf die stationären Behandlungskosten im Krankenhaus¹⁹⁰. Zur Beantwortung der Frage, inwieweit eine Verkürzung der Verweildauer die Behandlungskosten senken kann, müssen die Kosten zunächst nach verweildauerabhängigen und nach verweildauerunabhängigen Kosten differenziert werden. Zu den fallfixen, und damit verweildauerunabhängigen, Kosten gehören z.B. Kosten einer Operation oder einer speziellen Diagnostik, die in jedem Fall im Rahmen der Behandlung anfallen. Die Verpflegungskosten und die Kosten des Wäscheinsatzes sind dagegen von der Verweildauer abhängig¹⁹¹. Diese Kostenanteile werden jedoch nur einen geringen Anteil ausmachen. Im Rahmen einer Verweildauerreduktion ergeben sich aber zusätzliche Kostensenkungspotenziale, wenn die freiwerdenden Bettenkapazitäten abgebaut werden¹⁹². Die Fixkosten, die zur Betreuung dieser Betten aufgewendet wurden, können dann eingespart werden. Hierzu gehören z.B. Personalkosten der Pflege, Reinigungs- oder Investitionskosten. In der Praxis wird sich dies auf Grund von Mindestbesetzungen in der Regel nur realisieren lassen, wenn ganze Einheiten, z.B. einzelne Stationen, geschlossen werden. Dann sind allerdings relevante Kostensenkungspotenziale zu realisieren. Alternativ können die nicht mehr

¹⁸⁹ Vgl. Paccaud, F.: DRG – Diagnosis Related Groups: Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten. Bern, Stuttgart 1990. S. 74ff.

¹⁹⁰ Vgl. Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Band II. 3. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1976. S. 155.

¹⁹¹ Vgl. Ebd., S. 156.

¹⁹² Vgl. Ebd., S. 161.

benötigten Betten durch eine Fallzahlsteigerung ausgelastet werden. Wenn die Rahmenbedingungen dies zulassen, könnten so die weiter bestehenden Fixkosten durch höhere Erlöse überkompensiert werden. In einem verweildauerunabhängigen Vergütungssystem besteht für das Krankenhaus also unter Kostengesichtspunkten ein Anreiz, die stationäre Verweildauer zu senken. Voraussetzung ist allerdings, dass die nicht mehr benötigten Betten auch nicht mehr gepflegt und betrieben werden. Zu beachten ist weiterhin, dass eine Verkürzung der Behandlungsphasen einen Kostenaufbau in anderen Bereichen zur Folge haben kann: Genannt seien hier ein erhöhter Aufwand an Koordination und eine auf Grund des höheren Durchlaufes ggf. notwendige Erhöhung der Kapazitäten in diagnostischen Bereichen (z.B. Endoskopie). Für die Verkürzung der Verweildauer besteht auch eine kritische Untergrenze¹⁹³. Diese kann medizinisch begründet sein oder dann entstehen, wenn die Kosten der zusätzlichen Koordination die Einsparungen überschreiten oder Erlöseinbußen durch eine Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer eintreten.

Das Ziel der Verweildauerverkürzung ist durch geeignete Steuerungsmaßnahmen umzusetzen. Da die Steuerung des Behandlungsverlaufes den leitenden Ärzten obliegt, muss die Steuerung der Verweildauer auf der Ebene der Fachabteilungen ansetzen.

4.4 Interne Organisationsinnovationen

4.4.1 Geplante Behandlungsabläufe

Geplante Behandlungsabläufe sind spezifische und zeitabhängige Pläne für die Behandlung von Patienten mit einer speziellen Krankheit oder einer speziellen medizinischen Fragestellung¹⁹⁴. Sie können grundsätzlich mit unterschiedlichen Zielrichtungen eingesetzt werden. Dabei werden Kostenziele durch Umsetzung des Minimalprinzips erreicht: Im Rahmen der Standardisierung werden die

¹⁹³ Vgl. Ebd., S. 161

¹⁹⁴ Vgl. Kerres, M./Lohmann, H.: Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung. Vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum. Wien 1999. S. 83.

Teilleistungen einer Behandlung auf das medizinisch Notwendige beschränkt¹⁹⁵. Stehen dagegen Qualitätsziele im Vordergrund, werden im Rahmen von Leitlinien alle zur Qualitätsverbesserung geeigneten Maßnahmen und Leistungen einer Behandlung festgeschrieben.

Die Aufgabe von geplanten Behandlungsabläufen im Krankenhaus ist es damit, die Balance zwischen Kosten- und Qualitätszielen herzustellen: Für die einzelnen Behandlungsgruppen muss eine definierte Behandlungsqualität unter Beschränkung auf das Notwendige sichergestellt werden¹⁹⁶. Die Definition der zu erreichenden Behandlungsqualität erfolgt dabei für die einzelnen Behandlungsgruppen im Rahmen einer strategischen Entscheidung¹⁹⁷. Geplante Behandlungsabläufe stellen somit einen möglichen Weg zur Umsetzung der im Rahmen der Leistungs-, Prozess- und Qualitätsplanung definierten Ziele dar. Bezogen auf einzelne Behandlungsgruppen werden die Teilleistungen, die Prozessorganisation und die Qualitätsmerkmale der Behandlung festgeschrieben¹⁹⁸. Geplante Behandlungsabläufe beinhalten nicht nur Festlegungen über Art und Menge der Teilleistungen, sondern auch über deren Indikation und Abfolge, über Ausführende und Verantwortliche sowie über den Ort der Leistungserbringung. Dabei werden die Aufgaben nach den erforderlichen Qualifikationen auf die Mitarbeiter verteilt. Hier besteht in den meisten Krankenhäusern Handlungsbedarf, da häufig Tätigkeiten von überqualifiziertem Personal ausgeführt werden. Dies trifft sowohl auf den ärztlichen Dienst (z.B. Blutentnahmen, Terminkoordination) wie auch auf den Pflegedienst (z.B. Essensverteilung, Botendienste) zu. Abstufungen der Versorgungsintensität sollten in den geplanten Behandlungsabläufen festgelegt werden¹⁹⁹. Damit sind Behandlungsabläufe immer interdisziplinär und

¹⁹⁵ Siehe 4.3.1

¹⁹⁶ Vgl. von der Wense, D./Bischoff-Everding, C./Wiesmann, T.: Das Medical Pathway[®] System. Ein zentrales qualitätssicherndes Instrument des klinischen Fallmanagements. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 15. Jg. (1998). Heft 3. S.235.

¹⁹⁷ Siehe 4.3.5

¹⁹⁸ Vgl. Franzreb, B./Göbel, D.: Transparenz von Behandlungsabläufen im Krankenhaus. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 606.

¹⁹⁹ Siehe 4.4.2

interprofessionell zu entwickeln und anzuwenden²⁰⁰. Sie müssen in dem jeweiligen Krankenhaus definiert werden, um die individuelle Situation des Krankenhauses und seine strategische Ausrichtung berücksichtigen zu können. Auf Grund der medizinischen Entwicklung und der sich stetig wandelnden Rahmenbedingungen muss eine flexible Anpassung der geplanten Behandlungsabläufe gewährleistet sein.

Der Einsatz von geplanten Behandlungsabläufen sollte sich im ersten Schritt auf Behandlungsgruppen mit einer relevanten Fallzahl und einem hohen Grad der Planbarkeit konzentrieren. Dies werden Fälle mit einem geringeren medizinisch-pflegerischen, aber höherem organisatorischen Anspruch sein. Da diese Leistungen im DRG System zum Niedrigpreissegment gehören, ist eine effiziente Behandlung der Patienten auf niedrigem Kostenniveau besonders entscheidend. Diese Behandlungsgruppen können auf einer interdisziplinären Kurzzeitstation auch räumlich zusammengefasst werden. Auf Basis von geplanten Behandlungsgruppen können diese Patienten dann mit einem geringeren medizinisch-pflegerischen Aufwand effizient behandelt werden.

Grundsätzlich werden nicht alle Behandlungsgruppen über geplante Behandlungsabläufe abgebildet werden können. Je nach Krankenhaus wird dies für 40-60% aller Patienten möglich und sinnvoll sein²⁰¹. Auch innerhalb einer Behandlungsgruppe werden nicht alle Patienten nach den geplanten Behandlungsabläufen behandelt werden können. Die Ein- und Ausschlusskriterien müssen jedoch, z.B. in Form von Begleiterkrankungen, Risikofaktoren oder Patientenalter, definiert werden, um die Einhaltung der Festlegungen überprüfen und steuern zu können. Geplante Behandlungsabläufe erhöhen die Transparenz des Leistungsgeschehens für Mitarbeiter und Patienten. Sie dienen dazu, das sehr individuelle Vorgehen im Krankenhaus abzubauen und die Planbarkeit zu erhöhen. Damit sind geplante

²⁰⁰ Vgl. Kothe-Zimmermann, H.: Effiziente Prozessorientierung am Westklinikum Heide. In: das Krankenhaus. 93. Jg. (2001). Heft 6. S. 485.

²⁰¹ Vgl. Kerres, M./Lohmann, H.: Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung. Vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum. Wien 1999. S. 86.

Behandlungsabläufe eine wichtiges Instrument zur Steuerung von Leistungen und Prozessen im Krankenhaus²⁰².

4.4.2 Abgestufte Versorgungskonzepte

Abgestufte Versorgungskonzepte stellen eine Möglichkeit der Prozessoptimierung im Hinblick auf die eingesetzten Ressourcen dar²⁰³. Ausgehend von den Anreizen eines DRG Preissystems verfolgen sie das Ziel, dem Patienten die Leistungen zuzuführen, die er in der jeweiligen Phase seiner Behandlung benötigt. Diese Anforderungen sind im Laufe des Behandlungsprozesses sehr unterschiedlich: So erwartet beispielsweise ein Patient, der zu einem elektiven operativen Eingriff in das Krankenhaus kommt, zu Beginn eine zügige Diagnostik und eine ausführliche Aufklärung durch den Arzt. Kurz nach der Operation besteht ein hoher Pflege- und Überwachungsbedarf. Zum Ende der stationären Behandlung nimmt diese Intensität deutlich ab. Der Patient erwartet jetzt in erster Linie einen hohen Komfort und eine gute Vorbereitung auf die Entlassung. Zur Erfüllung dieser unterschiedlichen Anforderungen besteht ein qualitativ und quantitativ wechselnder Bedarf an Personal und räumlich-technischer Ausstattung. Auf den Stationen der Krankenhäuser werden heute aber in der Regel durchschnittliche Ressourcen vorgehalten, die in Abhängigkeit von dem zeitpunktbezogenen Versorgungsbedarf eingesetzt werden. Leerlaufzeiten und vorübergehende Engpässe sind die Folge. Im Rahmen von abgestuften Versorgungskonzepten werden dagegen Stationen eingerichtet, die Patienten mit einem vergleichbaren Bedarf an Ressourcen zusammenfassen: Die Intensivstationen decken den höchsten Behandlungs- und Versorgungsbereich ab. Darunter entstehen Stationen mit einem hohen (Intermediate Care Bereiche) und Stationen mit einem geringen Pflege- und Überwachungsbedarf (Low Care Bereiche). Der Patient durchläuft während seiner Behandlung diese

²⁰² Vgl. Feinen, R.: Patientenbezogene Organisation von Behandlungsprozessen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 198.

²⁰³ Vgl. Kerres, M./Lohmann, H.: Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung. Vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum. Wien 1999. S. 32.

unterschiedlichen Versorgungsstufen. Die Vorteile einer solchen Organisation liegen in einer möglichen Kosten- und Qualitätsoptimierung durch eine bedarfsgerechte Bemessung der vorgehaltenen Kapazitäten²⁰⁴. Vor diesem Hintergrund ist auch die Einrichtung von interdisziplinären Notaufnahmeeinheiten zu sehen²⁰⁵.

Abgestufte Versorgungskonzepte bergen aber auch Nachteile für Patienten und Ärzte: Die Patienten können sich durch häufige Verlegungen, und dadurch mehrmaligen Wechsel ihres Umfeldes, belastet fühlen. Die Ärzte haben durch interdisziplinäre Belegungen und organisatorischen Verlegungen einen höheren Koordinationsaufwand. Insofern müssen bei der Einführung von abgestuften Versorgungskonzepten die Vor- und Nachteile individuell abgewogen werden.

4.5 Führungs- und Managementstrukturen

Vor dem Hintergrund der dargestellten Steuerungswirkungen von DRGs stellt sich die Frage, wie diesen Anforderungen in den bestehenden Managementstrukturen des Krankenhauses begegnet werden kann. In der Regel werden Krankenhäuser heute auf Grund ihrer gewachsenen Strukturen durch ein Dreierdirektorium, bestehend aus Kaufmännischem Direktor, Pflegedirektor und Ärztlichem Direktor, geleitet. In dieser berufsgruppenbezogenen Besetzung spiegelt sich die Spartenorganisation des Krankenhauses wider²⁰⁶. Zur Sicherung einer gesamt Krankenhausbezogenen Führung entsteht innerhalb des Direktoriums ein hoher Koordinationsbedarf zwischen den berufsgruppenspezifischen Interessen²⁰⁷. Dieser Koordinationsbedarf steigt unter DRGs noch an, da die Vergütung pauschal für eine gesamte Krankenhausbehandlung, und damit losgelöst von Bereichen und

²⁰⁴ Vgl. Ebd., S. 79.

²⁰⁵ Vgl. Hartl, I./Schuler, M.: Die zentrale Notaufnahme steigert Qualität, schafft Bürgernähe und bindet Patienten. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 141.

²⁰⁶ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Funktionsorientierte Gestaltung der Krankenhausleitung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 380.

²⁰⁷ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorganisation – Konflikt oder Konsens?. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 208.

Berufsgruppen, erfolgt. Aufgabe des Krankenhausmanagements muss es sein, die Leistungserbringung zielgerichtet zu koordinieren und Teilloptimierungen zu vermeiden. Somit muss die Krankenhausleitung ihre Führungsaufgabe unabhängig von Bereichen und Berufsgruppen funktionsbezogen wahrnehmen²⁰⁸. Dieser Anspruch wird durch die Notwendigkeit einer strategischen Unternehmensführung mit einer einheitlichen Ausrichtung des Krankenhauses im Wettbewerb noch verstärkt²⁰⁹. Daraus ergibt sich die Forderung, trotz einer Besetzung der Krankenhausleitung mit mehreren Personen die Letztverantwortung und Richtungskompetenz singulär zu besetzen²¹⁰. Diese Aufgabe wird heute noch im Wesentlichen von Ökonomen wahrgenommen. Es zeigt sich aber die Entwicklung, dass sich im Management tätige Ärzte (z.B. hauptamtliche Ärztliche Direktoren) eine fundierte ökonomische Qualifikation aneignen, um die singuläre Führungsspitze eines Krankenhauses im Rahmen einer Geschäftsführung zu übernehmen²¹¹.

Das Krankenhausmanagement unter einem DRG System erfordert eine verstärkte Steuerung der Prozesse auf der Ebene der Leistungserbringer. Das Krankenhausesdirektorium wird diese Aufgabe nicht wahrnehmen können. Die Prozessorientierung erfordert dagegen eine breite Verlagerung von Verantwortung und eine stärkere Dezentralisierung von Kompetenzen²¹². Viele steuerungsrelevante Entscheidungen müssen auf der dezentralen Ebene der Fachabteilungen und Leistungserbringer getroffen werden. Auf dieser Ebene finden wir heute im Krankenhaus jedoch die Merkmale einer

²⁰⁸ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Funktionsorientierte Gestaltung der Krankenhausleitung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 380.

²⁰⁹ Siehe 4.2

²¹⁰ Vgl. Strehlau-Schwoll, H.: Singuläre versus plurale Leitungsstruktur sowie funktionale versus berufsgruppenspezifische Leistungsstruktur. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York 2001. S. 99.

²¹¹ Vgl. Spindler, K.: Arzt als Manager – unter Vorbehalt. Wird der hauptamtliche Ärztliche Direktor wirklich zum Normalfall? In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 7. S. 619.

²¹² Vgl. Müller, D./Schlaudt, H.-P.: Prozeßanalysen als Grundlage für einen patientenorientierten und effizienten Behandlungsablauf. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozessorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 202.

Expertenorganisation vor: Die Fachabteilungen sind zwar bezüglich ihrer Leistungserstellung und Organisation autonom, tragen in der Regel aber keine ökonomische Verantwortung²¹³. Diese wird durch die Krankenhausleitung wahrgenommen, die ihrerseits aber keinen direkten Einfluss auf die Organisation und Leistungserstellung nehmen kann. Die Trennung der Prozess- und Qualitätsverantwortung von der Finanzverantwortung auf der Ebene der Fachabteilungen muss demnach kritisch überdacht werden²¹⁴. Eine Variante zur Stärkung der dezentralen Leitungsebene der leitenden Abteilungsärzte durch eine Verlagerung der Finanzverantwortung stellt eine Profitcenter-Organisation dar. Im Krankenhaus führen solche Ergebnisorientierten Leistungszentren zu einer Dezentralisierung der Entscheidungsautonomie und Entscheidungsverantwortung²¹⁵. Durch diese Verlagerung der Finanzverantwortung werden Anreize zur Optimierung auf Ebene der Fachabteilungen geschaffen. Im Hinblick auf die Vergütung eines Behandlungsfalles nach DRG muss jedoch sichergestellt werden, dass Teiloptimierungen der Ergebnisorientierten Leistungszentren nicht dem Ziel einer bereichsübergreifenden Prozessoptimierung entgegenwirken. Zunehmende Schnittstellenprobleme mit zusätzlichen Transaktionskosten müssen vermieden werden²¹⁶. Diese Gefahr besteht besonders dann, wenn sich Behandlungsprozesse über mehrere Leistungszentren erstrecken. Deshalb muss die Krankenhausleitung sicherstellen, dass die Ziele der einzelnen Fachabteilungen auf die Ziele des gesamten Krankenhauses ausgerichtet werden²¹⁷. Diese Koordinierungsmaßnahmen werden die Bereichsautonomie

²¹³ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Zukunft der Krankenhäuser in veränderten Strukturen – Paradigmenwechsel des Krankenhausmanagements und Perspektiven eines Strukturwandels. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York 2001. S. 60.

²¹⁴ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorganisation – Konflikt oder Konsens?. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 209.

²¹⁵ Vgl. Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B.: Empfehlungen zu innovativen Leitungsstrukturen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York 2001. S. 43.

²¹⁶ Siehe 4.3.3

²¹⁷ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorganisation – Konflikt oder Konsens?. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 214.

der Leistungszentren zwar einschränken, sie sind zur Sicherung der Zielerreichung des Unternehmens aber unumgänglich²¹⁸. Das Krankenhausmanagement bewegt sich damit im Spannungsfeld zwischen dezentraler Führung und zentraler Steuerung²¹⁹. Die Vereinbarung von Finanz-, Prozess- und Qualitätszielen zwischen Krankenhausleitung und den Fachabteilungen wird unabdingbar. Steuerungsrelevante Informationen müssen durch ein dezentrales Bereichscontrolling zur Verfügung gestellt werden²²⁰.

Zur Wahrnehmung dieser Führungsverantwortung auf dezentraler Ebene muss aber auch eine entsprechende Managementqualifikation der Leitenden sichergestellt werden²²¹. Damit werden völlig neue Anforderungen an die leitenden Ärzte gestellt²²². Neben einer ökonomischen Grundkompetenz werden eine unternehmerische Orientierung, Methodenkompetenz und vor allem soziale Kompetenz Grundvoraussetzungen für die Übernahme von Leitungsaufgaben. Letztere wird vor allem in Hinblick auf den sich schon jetzt abzeichnenden Ärztemangel von entscheidender Bedeutung sein²²³: Ein wichtiges Kriterium für einen attraktiven Arbeitsplatz ist für junge Mediziner, dass in den Abteilungen flache Hierarchien gelebt werden. Aber auch die Anforderungen an nachgeordnete Ärzte verändern sich durch die verstärkte Managementorientierung im DRG Zeitalter deutlich²²⁴: Sie müssen den Brückenschlag von einer rein medizinisch korrekten Patientenversorgung hin zu

²¹⁸ Vgl. Eichhorn, S.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorientierung – Budget-, Prozeß- und Qualitätsverantwortung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 5.

²¹⁹ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorganisation – Konflikt oder Konsens?. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 210.

²²⁰ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Insellösungen reichen nicht. Medizin-Controlling muss Bestandteil eines integrativen Konzeptes sein. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 1. S. 42.

²²¹ Vgl. Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B.: Empfehlungen zu innovativen Leitungsstrukturen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York 2001. S. 44.

²²² Vgl. Schwing, C.: Das Chefarztsystem, eine aussterbende Spezies? In: KlinikManagement Aktuell. (2002). Heft 6. S. 85.

²²³ Vgl. Reif, M.: Sag mir, wo die Ärzte sind... Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern – jedes zweite Haus ist auf der Suche. In: Krankenhaus Umschau. 71. Jg. (2002). Heft 5. S. 352.

²²⁴ Vgl. Hensen, P./Schwarz, T./Luger, T./Roeder, N.: DRG-Kompetenz als Schlüsselqualifikation. In: Deutsches Ärzteblatt. 101. Jg. (2004). Heft 9. S. 466.

einem effizienten Behandlungsmanagement gestalten, das Qualitäts-, Kosten- und Erlösziele gleichermaßen verfolgt. Damit sind Ärzte gefragt, die die neuen Herausforderungen annehmen und die notwendigen Umstrukturierungen aktiv gestalten.

5 Ergebnisse bei der Umsetzung der Anforderungen

5.1 Modellprojekt Ärztliches Abteilungsmanagement

5.1.1 Initiierung des Modellprojektes

Bereits das Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1993 erforderte eine Anpassung des medizinisch-ärztlichen Handelns an die neuen Rahmenbedingungen²²⁵. Aus der heutigen Sicht des DRG Zeitalters waren die Anpassungsbedarfe damals freilich begrenzt. Im Grundsatz war aber schon damals eine Dezentralisierung nicht nur der medizinischen, sondern auch der ökonomischen Verantwortung erforderlich. Und es stellte sich auch die Frage, ob diese neue Managementverantwortung auf Abteilungsebene und Ebene der Ärzte angenommen werden konnte und wollte. Denn ohne eine entsprechende Motivation und entsprechendes Wissen lassen sich derartige Veränderungen nicht umsetzen. Dies hat der leitende Abteilungsarzt der urologischen Abteilung im AK Barmbek bereits sehr früh erkannt. Er war sich bewusst, dass die neuen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen eine stärkere Integration der Ärzte in die ökonomische Führung erfordern würden. Da er diese Aufgaben vor allem auf der operativen Ebene nicht selbst wahrnehmen wollte und gleichzeitig der Autor Interesse am ärztlichen Management äußerte, wurde in der Abteilung ein völlig neuer Weg gegangen: Als Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen wurde in der urologischen Abteilung des AK Barmbek im Rahmen eines Modellversuches ab dem 01.10.1995 die Assistenzarztstelle des Autors in das Amt für ärztliches Abteilungsmanagement umgewandelt²²⁶. Da der Autor schon vorher als Arzt in der Abteilung tätig war, brachte er neben der eigenen Motivation die nötige medizinisch-fachliche Kompetenz mit, was die Akzeptanz gegenüber den Mitarbeitern deutlich erhöhte. Er blieb auch weiterhin in den Klinikablauf integriert, beteiligte sich an den Bereitschaftsdiensten und nahm an den ärztlichen Visiten teil. Aus der routinemäßigen Patientenversorgung schied

²²⁵ Siehe 2.1

²²⁶ Vgl. Bracht, M.: Ärztliche Abteilungscoordination – Bericht über einen Modellversuch. In: Klotz, Engelmann, Neubauer (Hrsg.): Gesundheitsmanagement und Krankenhausorganisation im Wandel. Berlin 1996. S. 174ff.

er allerdings aus. Da das Modellvorhaben zwar von der Krankenhausleitung begrüßt wurde, eine finanzielle Unterstützung aber nicht zugesagt werden konnte, musste diese Lücke durch die anderen Kollegen aufgefangen werden. Dafür wurden diese im Sinne einer Arbeitsteilung von anderen, meist ungeliebten Tätigkeiten der Administration entlastet. Die Laufzeit des Modellvorhabens wurde von vornherein auf zwei Jahre befristet. In dieser Zeit sollten die notwendigen Strukturen aufgebaut und alle Mitarbeiter ausreichend qualifiziert werden, damit eine weitere Freistellung entfallen konnte. Ausgehend von den in Abschnitt 4 beschriebenen Anforderungen an die Krankenhaussteuerung auf Abteilungsebene werden im Folgenden die Aufgaben und Ergebnisse des Modellprojektes zum ärztlichen Abteilungsmanagement dargestellt.

5.1.2 Aufgaben- und Handlungsfelder im Ärztlichen Abteilungsmanagement

5.1.2.1 Leistungssteuerung

Nach dem Gesundheitsstrukturgesetz waren Krankenhäuser und Fachabteilungen verpflichtet, Leistungen, Kosten und Erlöse prospektiv zu planen²²⁷. Diese Planungen sollten möglichst realistisch sein und auch mögliche Änderungen der Rahmenbedingungen (z.B. neue Therapieoptionen) berücksichtigen. Nach den festgeschriebenen Ausgleichsmechanismen führte eine zu starke Abweichung von den Planungszahlen nach oben oder nach unten zu deutlichen Budgeteinbußen, da Mehrleistungen nicht oder nur anteilig vergütet wurden. Grundlage einer realistischen Planung bildet aber eine Analyse des Ist-Zustandes auf Basis einer korrekten und vollständigen Leistungsdokumentation²²⁸. Hier lagen auch die größten Risiken für die Krankenhäuser bei der Umstellung auf das neue Pflegesatzrecht²²⁹: Die meisten Kliniken verfügten zu diesem Zeitpunkt noch nicht über entsprechende

²²⁷ Siehe 2.1.2

²²⁸ Siehe 4.1.1

²²⁹ Vgl. Heicappell, R./Goldschmidt, A.: Gesundheitsstrukturgesetz und Dokumentation in der Klinik. Aktuelle Entwicklungen, Perspektiven und Hinweise für die Umsetzung in der Klinik. In: Aktuelle Urologie. 26. Jg. (1995). S. 368.

Leistungsdokumentation als Grundlage einer realistischen Budgetplanung. Ist das Leistungsgerüst erst einmal festgelegt, besteht die Aufgabe der operativen Krankenhaussteuerung darin, durch einen stetigen Soll-Ist-Abgleich etwaige Abweichungen rechtzeitig zu erkennen und Steuerungsmaßnahmen einzuleiten²³⁰. Auf Grund der Trennung von pauschalieren und nicht pauschalieren Bereichen der BPfIV 1995 mussten auch unterschiedliche Steuerungsmaßnahmen vorgenommen werden:

Steuerungsmaßnahmen im pauschalieren Bereich

In dem pauschalieren Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte musste eine nach Leistungsarten differenzierte Planung vorgenommen werden. Insofern lag das Steuerungsziel auch in einer Erreichung der Planmengen je Leistungsart. Für jede Fallpauschale und für jedes Sonderentgelt musste eine Punktlandung angestrebt werden. Verschiebungen zwischen den Leistungsarten waren nur eingeschränkt möglich. Da das zentrale Controlling im AK Barmbek die notwendigen Soll-Ist-Vergleiche nur mit einer deutlichen zeitlichen Verzögerung von zwei bis drei Monaten liefern konnte, wurden in den pauschalieren Bereichen durch den Abteilungsmanager eigene Leistungsstatistiken gepflegt. So war ein stetiger Soll-Ist-Abgleich als Grundlage von kurzfristigen Gegensteuerungsmaßnahmen gesichert. Die Abteilung wurde in den Abteilungsbesprechungen regelmäßig über die Entwicklung der Leistungsdaten informiert. Hier wurden dann auch entsprechende Gegensteuerungsmaßnahmen festgelegt. Diese konnten auf die Einbestellpraxis, mögliche Verschiebungen zwischen korrespondierenden Fallpauschalen und Sonderentgelten und die Variierung der Phase zwischen notfallmäßiger Symptombehandlung und ursächlicher operativer Behandlung (z.B. Harnverhalt bei Prostataadenom) wirken. Aus Kosten- und Erlösgründen bestand für den pauschalieren Bereich schon damals der Anreiz, möglichst keine zusätzlichen Teilleistungen außerhalb des definierten Leistungskomplexes zu erbringen. Dabei geriet auch der ökonomisch denkende Arzt an die Grenzen des medizinisch Vertretbaren. Statt im Rahmen einer

²³⁰ Siehe 4.3.1

Fallpauschalenbehandlung zusätzlichen Leistungen zu erbringen, sollte zur Sicherung der Erlöse besser eine erneute Aufnahme zur Behandlung der Zweiterkrankung erfolgen. Dies führte zu einem fast täglichen Konflikt zwischen dem wirtschaftlich Angezeigten und dem medizinisch Sinnvollen, dem nur durch eine verantwortliche Abwägung begegnet werden konnte: So wurde natürlich bei einer Fallpauschale Prostataadenom eine Zirkumzision in gleicher Sitzung durchgeführt. Andererseits lässt sich die Trennung einer Erstresektion bei einem Blasentumor und die anschließende Zystektomie in zwei Behandlungsfälle auch medizinisch gut begründen.

Steuerungsmaßnahmen im nicht pauschalierten Bereich

In dem nicht pauschalierten Bereich der Abteilungspflegesätze gab es auf Fachabteilungsebene keine Differenzierung der Leistungsarten. Damit bestanden die Steuerungsgrößen in der Zahl der stationären Fälle und der Verweildauer. Auch in diesem Bereich sollte eine Punktlandung erzielt werden. Die Fallzahl konnte gut über den großen Notfallpool der Abteilung gesteuert werden. Die Organisation des Behandlungsprozesses erlaubt medizinisch Variationen in Abhängigkeit von Fallzahl- und Verweildauerzielen. So kann zum Beispiel die Nachresektion eines inzidentellen Prostatakarzinoms aus medizinischer Sicht bereits wenige Tage nach der Erstresektion oder im Abstand von ein bis zwei Wochen erfolgen. Die zweite Variante wird zu höheren Fallzahlen bei niedrigeren Verweildauern führen.

Kostensteuerung

Das Ziel der Kostensteuerung, die Kostenwirkungen der einzelnen Leistungen transparent zu machen, um daraus Steuerungsentscheidungen abzuleiten, war unter der BpflV 1995 vor allem im Bereich der pauschalierten Entgelte relevant²³¹. Hier waren die Erlöse durch bundesweite Punktwerte vorgegeben. In der Regel waren in den Abteilungen aber nicht die Kosten dieser Behandlungen bekannt. Um das Risiko auszuschließen, dass in den Bereichen

²³¹ Siehe 2.1.2 und 4.3.2

unbemerkt hohe Risiken anwachsen, wurde im Rahmen des Modellprojektes eine Kostenkalkulation bei Fallpauschalen und Sonderentgelten durchgeführt. In Zusammenarbeit mit der KPMG Deutsche Treuhand – Gesellschaft wurden im Erhebungszeitraum von Dezember 1995 bis Mai 1996 die zahlenmäßig wichtigsten Fallpauschalen und Sonderentgelte der urologischen Abteilung kalkuliert. Da eine Kostenträgerrechnung mit einer Zuordnung der angefallenen Behandlungskosten auf den einzelnen Patienten nicht vorhanden war, mussten die jeweiligen Sach- und Behandlungskosten manuell erfasst, bewertet und den Kostenträgern zugerechnet werden. Am Ende stand eine Betrachtung der durchschnittlichen Vollkosten der ausgewählten Behandlungsgruppen, wobei die unterschiedlichen Kostenarten differenziert analysiert werden konnten. Im Ergebnis waren, mit Ausnahme einer Fallpauschale, alle untersuchten Leistungsbereiche kostendeckend. Der Deckungsbeitrag der Bereiche mit einer positiven Erlös- Kostenrelation reichte deutlich aus, um die Defizite der einen Fallpauschale zu kompensieren. Natürlich wurde diese defizitäre Fallpauschale kritisch analysiert. Dabei ergab ein Vergleich mit den Kalkulationsdaten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Ebene der Teilkosten, dass die Unterdeckung durch den Bereich der Basisleistungen verursacht wurde. Da diese Kosten nicht durch die Fachabteilung zu beeinflussen sind, konnten hier keine Steuerungsmaßnahmen für das ärztliche Abteilungsmanagement abgeleitet werden. Eine wichtige Erfahrung dieser aufwendigen Kalkulationsarbeit war, dass bereits eine detaillierte Erfassung der Ist-Kosten zu positiven Kostenwirkungen führen kann. Allein die Diskussion über die eingesetzten Ressourcen brachte eine Fülle an Vorschlägen und Ideen der Mitarbeiter für eine Kostensenkung hervor.

5.1.2.2 Steuerung der Behandlungsprozesse

In der Phase des Modellprojektes Ärztliches Abteilungsmanagement konnten erhebliche Verbesserungen in der Arbeitsablauforganisation der Urologischen Abteilung erreicht werden. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür bildete der Umbau einer 21-Bettenstation in ein diagnostisches Zentrum mit angeschlossener Kurzzeitstation (15 Betten) als zentrale Organisationseinheit der Abteilung. Die Bettenzahl der Abteilung wurde somit als Vorgriff auf die

Planbettenanpassung nach dem Krankenhausplan um sechs Betten reduziert, um Räume für Diagnostik und Administration an zentraler Stelle zu schaffen. Das Umbauvorhaben wurde von der Stadt Hamburg mit Sondermitteln für Maßnahmen zur Anpassung an die neuen Strukturen im Gesundheitswesen in Höhe von DM 500.000.- gefördert. Der Abteilungsmanager entwickelte das Versorgungskonzept und begleitete die Bauplanungen sowie die Baumaßnahme selbst, wobei eine enge Abstimmung zu allen beteiligten Berufsgruppen erfolgte. Die Zielsetzung der Organisationsplanung war es, durch eine zentrale Organisationseinheit die Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen den Bereichen Stationen, Ambulanz und OP zu verringern. Die neue Struktur sollte Synergien zwischen den bestehenden und neu eingerichteten Bereichen voll nutzbar machen. Dadurch wurde im Industriebetriebswirtschaftlichen Sinne die traditionelle Verrichtungsorganisation im Krankenhaus in Richtung einer Gruppenorganisation entwickelt: In einer Gruppenfertigung werden die Arbeitsplätze innerhalb einer fertigungstechnischen Einheit zusammengefasst²³². Durch solche am Prozess orientierte Strukturen können die Transaktionskosten gesenkt werden²³³. Ein flexibler Personaleinsatz nach den anfallenden Notwendigkeiten wird möglich. Bei Leerlaufzeiten in dem einen Bereich können Aufgaben in dem anderen Bereich wahrgenommen werden, wobei durch die räumliche Nähe eine ständige Verfügbarkeit gesichert ist.

Die Einrichtung einer Kurzzeitstation verfolgte schon damals das Ziel von abgestuften Versorgungskonzepten²³⁴. Auch in der Urologie bedürfen die verschiedenen Behandlungsfälle sehr unterschiedlichen ärztlichen und pflegerischen Aufwandes. Zu den Behandlungsfällen mit einem in der Regel geringeren Aufwand und kürzeren Verweildauern zählen zum Beispiel die transurethrale Resektion von kleineren Tumoren der Blase (TUR-Blase), die Harnröhrenschlitzung, die Ureterorenoskopie und Eingriffe am äußeren

²³² Vgl. Heinen, E.: Industriebetriebslehre. Entscheidungen im Industriebetrieb. 9. Auflage. Wiesbaden 1991. S. 436.

²³³ Siehe 4.3.3

²³⁴ Siehe 4.4.2

Genitale. In den meisten Fällen sind hier aus medizinischen Gründen nur kurzstationäre Behandlungen von zwei oder drei Tagen notwendig. Aber auch konservative Behandlungsfälle, wie z.B. die stationäre Therapie einer Pyelonephritis, die stationäre Steinertrümmerung oder die Durchführung einer Chemotherapie, sind zu dieser Gruppe zu zählen. Die Kurzzeituropologie hat die strukturellen Voraussetzungen geschaffen, die Verweildauer für diese Fälle auf ein Minimum zu reduzieren. Kurze Verweildauer führen zu einer Verdichtung der Leistungen am Patienten. Ärztliche und pflegerische Tätigkeiten müssen kurzfristig und flexibel zur Verfügung stehen. Dies wurde durch eine direkte Anbindung der Kurzzeituropologie an das diagnostische Zentrum erreicht. Im Gegensatz zu anderen peripheren Stationen ist auf der Kurzzeituropologie auch außerhalb der Notfallversorgung stets ein Arzt verfügbar. Auch stehen diagnostische Einrichtungen für prä- oder postoperative Untersuchungen direkt zur Verfügung. Patiententransporte und zeitraubende Terminabsprachen entfallen. Neben den strukturellen waren aber auch die organisatorisch-inhaltlichen Voraussetzung einer effizienten Kurzzeitbehandlung zu schaffen. Dazu wurden für alle Fallgruppen Behandlungsstandards im Sinne von geplanten Behandlungsabläufen entwickelt²³⁵. Hier wurden die Tätigkeiten und Maßnahmen aller Berufsgruppen in ihren Abläufen festgeschrieben. Dadurch konnte vor allem der Aufwand des ärztlichen Dienstes für die Organisation der Behandlung reduziert werden. Für den Pflegedienst und die Patienten hat sich eine hohe Verlässlichkeit eingestellt. Die Kurzzeitstation wird von Montag morgens bis Samstag mittags betrieben. Patienten, die aus medizinischen Gründen über das Wochenende stationär bleiben müssen, werden zum Wochenende auf eine der anderen Stationen verlegt. Im Interesse der Patienten und um einen erhöhten administrativen Aufwand zu vermeiden sollte dies allerdings die Ausnahme bleiben. Entsprechend wurde die Einbestellpraxis angepasst und sieht nun die Aufnahme von Behandlungsfällen mit einer voraussichtlichen Behandlungsdauer von fünf Tagen am Anfang der Woche und die mit einem voraussichtlich kürzeren Aufenthalt mehr zum Ende der Woche vor. Die Konzentration von Behandlungsfällen mit geringen

²³⁵ Siehe 4.4.1

Verweildauern auf der Kurzzeitstation hat natürlich zu einer relativen Zunahme von betreuungsintensiven Patienten auf den restlichen Stationen geführt. Durch den Wegfall der Kurzlieger mit einem hohen administrativen Aufwand können hier die pflegerischen Kapazitäten für komplexe Fälle besser gebündelt werden.

Das direkt angegliederte diagnostische Zentrum wurde im Ambiente einer modernen Praxisklinik gestaltet. Als Anlaufpunkt für die Patienten dient eine zentrale Anmeldung. Bei der Gestaltung der großzügigen Wartebereiche wurde auch ein Bereich für liegende Patienten vorgesehen. Für Diagnostik und Therapie werden insgesamt fünf Untersuchungszimmer, zwei davon mit Ultraschallgeräten, vorgehalten. Es steht ein urologischer Untersuchungsstuhl für Zystoskopien und Entfernungen von Harnleiterschienen zur Verfügung. Neben dopplersonographischen Untersuchungen des Skrotums können Uroflowmessungen und Zystomanometrien vorgenommen werden. Drei Untersuchungsräume stehen für körperliche Untersuchungen sowie für Aufnahme- und Aufklärungsgespräche zur Verfügung. Im diagnostischen Zentrum erfolgt die stationäre Aufnahmeuntersuchung aller Patienten, alle prä- und poststationären Behandlungen, die Versorgung von ambulanten Notfallpatienten, der gesamte urologische Konsildienst und die prä- und postoperative Versorgung von ambulant operierten Patienten. Damit wurden alle neuen ambulanten Behandlungsformen der BPfIV 1995 organisatorisch in einer Einheit zusammengefasst²³⁶. Gleichzeitig konnten andere Leistungsbereiche ebenfalls hier zentriert werden, was die Effizienz der Prozesse deutlich gesteigert hat. Eine deutliche Verbesserung hat auch die Verlagerung der Aufnahmeuntersuchungen für stationäre Patienten von den peripheren Stationen in das diagnostische Zentrum gebracht. Da die jeweiligen Stationsärzte meist stark in den OP-Betrieb eingebunden sind, konnte zuvor die Aufnahmeuntersuchung auf der peripheren Station in der Regel erst am Nachmittag erfolgen. Aus den erhobenen Befunden resultierende zusätzliche diagnostische Maßnahmen konnten erst dann eingeleitet werden. Dies führte neben Verzögerungen auch zu einem hohen koordinativen Aufwand. Auf der

²³⁶ Siehe 2.1.2

anderen Seite kam es an Tagen, an denen der Stationsarzt wenig im OP eingesetzt wurde, zu Leerlaufzeiten, da die Einbestellpraxis natürlich nicht auf die Verfügbarkeit des Stationsarztes abgestimmt werden konnte. Auch für die Patienten ergaben sich deutliche Nachteile. Gerade wenn die Operation für den Folgetag geplant ist, erwartet der Patient eine rechtzeitige und kompetente Aufklärung über das weitere Procedere durch den Arzt. Die Operation aus organisatorischen Gründen um einen Tag zu verschieben, widerspräche dem Ziel einer Verkürzung der Verweildauer und dem Interesse der Patienten. Diese ineffizienten Prozesse konnten durch die zentrale Aufnahmeeinheit abgestellt werden. Die hier tätigen Ärzte werden nicht mehr in das Routine OP-Programm eingebunden. Kurz nach seiner Ankunft im Krankenhaus erfährt der Patient alle wichtigen Details über den weiteren Ablauf. Unter Umständen noch notwendige zusätzliche Untersuchungen können abgesprochen und durchgeführt werden. Alle relevanten Befunde liegen bis zur Fertigstellung des OP-Planes vor. Auch die Operationsaufklärung erfolgt hier. Es entstehen keine Leerlaufzeiten und der Patient geht durchuntersucht und umfassend informiert auf seine periphere Station. Der Stationsarzt kann seine verbleibende Arbeit besser organisieren, was die anfallenden Überstunden durch Aufnahmeuntersuchungen am Nachmittag deutlich reduziert hat. Auch die für die klinischen Arbeitsbereiche notwendigen administrativen Tätigkeiten werden in dem diagnostischen Zentrum zentralisiert: Die Anmeldung der Patienten durch die einweisenden Ärzte und die zentrale Bettenvergabe durch das Sekretariat wurden ebenfalls in das diagnostische Zentrum verlegt. Damit kann die Einbestellung und Bettenvergabe durch die Sekretärin den medizinischen Notwendigkeiten und Kapazitäten angepasst werden, da jederzeit Rücksprache mit Ärzten und Pflegepersonal möglich ist. Das zentrale Bettenmanagement berücksichtigt auch Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen: Potentielle Kurzzeitpatienten werden für die Kurzzeituropädie geplant, die Aufnahme von operativen Fallpauschalpatienten erfolgt nur dann freitags, wenn die Operation noch am Aufnahmetag erfolgen kann. Da auch der OP-Plan vor Ort erstellt wird, können auch die OP-Kapazitäten bei der Einbestellung berücksichtigt werden. Somit koordiniert ein berufsgruppenübergreifendes Team aus Ärztlichem Dienst, Pflegedienst und Administration die Prozesse der Abteilung. Dies sorgt

für ein gegenseitiges Verständnis, aus dem ein gemeinsames Verantwortungsgefühl entstanden ist.

5.1.2.3 Erlössteuerung

In einem leistungsorientierten Vergütungssystem wird die Erlössicherung im Wesentlichen von der Qualität der medizinischen Leistungsdokumentation abhängen²³⁷. Mit der BpflV von 1995 wurde in Teilbereichen erstmals ein differenziertes und leistungsbezogenes Entgeltsystem für stationäre Fälle eingeführt²³⁸. Dies beinhaltete eine umfassende Dokumentationspflicht von Leistungsparametern durch den ärztlichen Dienst. Um die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Leistungsdokumentation im Sinne einer erfolgreichen Erlössteuerung zu gewährleisten, erfolgte während des Modellversuchs die gesamte Leistungserfassung in der urologischen Abteilung durch den Abteilungsmanager. Somit konnte spezifisches medizinisches Fachwissen und Erfahrung in der Dokumentation und Verschlüsselung in einer Person vereinigt werden. Die Leistungserfassung beinhaltete die Mitteilungspflichten gegenüber den Kostenträgern nach dem § 301 der BpflV 1995²³⁹. Innerhalb der ersten drei Tage nach Aufnahme mussten hiernach Aufnahme- und Diagnosedaten, Aufnahmeart und voraussichtliche Behandlungsdauer übermittelt werden. Schon die Festlegung der Aufnahme- und Diagnosedaten konnte direkte Auswirkungen auf die Erlösbemessung des Behandlungsfalles haben, wenn durch diese Diagnose eine Fallpauschale auslöst wurde. Die Festlegung auf ein pauschales Entgelt am Beginn der Behandlung stellte gerade bei multimorbiden Patienten ein hohes Erlösrisiko für das Krankenhaus dar. Deshalb wurde bei jedem Behandlungsfall bereits am Aufnahmetag - aber nach Kenntnis der medizinischen Befunde - in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt sowohl eine Planung der Behandlung als auch der Abrechnung vorgenommen. Hierzu trat der Abteilungsmanager täglich mit den Stationsärzten in Kontakt, wobei der Stationsarzt über den Behandlungsverlauf und der Abteilungsmanager über Auswirkungen auf die Abrechnung informierte.

²³⁷ Siehe 4.3.4

²³⁸ Siehe 2.1.2

²³⁹ Siehe 2.1.2

Die Kommunikation wurde natürlich durch das auf beiden Seiten vorhandene medizinische Fachwissen erleichtert. Dies ermöglichte es dem Abteilungsmanager auch, notwendige Informationen aus den Patientenkurven und OP-Berichten zu entnehmen. Die Planung der Behandlung und der Abrechnung wurde in der Patientenkurve vermerkt und war somit für alle am Behandlungsprozess Beteiligten transparent. Dies sicherte eine optimale Verweildauersteuerung von Behandlungsfällen in pauschalen Vergütungsgruppen. Die Kurven dieser Patienten erhielten einen Stempel mit der Auskunft „Fallpauschal Patient! Bitte Verweildauer beachten!“. Mit diesem Hinweis wurde der Stationsarzt täglich dazu angehalten, seine Therapieplanung in Hinblick auf einen unnötigen Zeitverzug zu überprüfen, um somit den Aufenthalt auf das medizinisch Notwendige zu begrenzen.

Die abschließende Leistungsdokumentation erfolgte bei Entlassung oder Verlegung der Patienten auf der entlassenden Station durch den Abteilungsmanager. Hierbei wurden bereits damals neben der Hauptdiagnose auch alle relevanten Nebendiagnosen verschlüsselt. Dies war weder nach der BpflV 1995 zwingend vorgeschrieben noch hatte es einen direkten Einfluss auf die Entgelthöhe. Dieser zusätzliche Dokumentationsaufwand wurde in der Überzeugung betrieben, dass schon damals die Notwendigkeit bestand, den zusätzlichen Ressourcenaufwand von Hochleistungskliniken für multimorbide und Risikopatienten nachzuweisen. Nur so konnten ersten Tendenzen zur Verlegung von Hochrisikopatienten von kleineren Kliniken zu Häusern der Schwerpunktversorgung erkannt und dargestellt werden²⁴⁰. Neben den Diagnosen wurden alle erbrachten diagnostischen und operativen Leistungen nach dem OPS 301 dokumentiert und verschlüsselt. Das Abrechnungssystem der BpflV 1995 sah differenzierte Regelungen für die Kombination von Fallpauschalen und Sonderentgelten vor²⁴¹. Im Rahmen der Erlössteuerung war es auch Aufgabe des Abteilungsmanagers, durch eine korrekte Kombination der Abrechnungsformen die Erlöse für die Abteilung zu sichern und die

²⁴⁰ Vgl. Ziegler, M., Hirner, A.: Auswirkungen des GSG auf Kliniken der Maximalversorgung. Krankenhausreport 1994. S. 105.

²⁴¹ Siehe 2.1.2

entsprechende Auslegung der Abrechnungsbestimmungen gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu vertreten.

Durch die Aktivitäten im ärztlichen Abteilungsmanagement konnten die Erlöse im ambulanten Bereich und im Konsildienst bei gleichem Leistungsvolumen um fast 20% gesteigert werden. Ursache der vorher insuffizienten Abrechnung war die strikte Trennung von Leistungserbringung in der Fachabteilung und Abrechnung der Leistungen in der zentralen Abrechnungsabteilung. Durch mangelnde medizinische Fachkenntnis herrschte in der Abrechnung Unklarheit darüber, welche Einzelleistungen eine bestimmte Behandlung beinhaltet. In der Fachabteilung fehlt dagegen das Wissen, welche Leistungen abrechenbar sind. Verluste wären weiterhin unvermeidbar gewesen, wenn die gegenseitigen Defizite nicht durch eine intensive Kommunikation abgefangen worden wären. Eine wichtige Hilfestellung waren hierbei standardisierte Abrechnungsblöcke, die in Zusammenarbeit des Abteilungsmanagers mit der Abrechnungsabteilung erstellt und stetig aktualisiert wurden. Dadurch konnte der Dokumentationsaufwand der behandelnden Kollegen deutlich reduziert und zugleich die Vollständigkeit der Abrechnung sichergestellt werden.

5.1.2.4 Qualitätssteuerung

Pauschalierte Entgeltsysteme bergen die grundsätzliche Gefahr von Qualitätseinbußen²⁴². Dies hat der Gesetzgeber bereits bei der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten erkannt und mit dem §137 SGB V externe Qualitätsvergleiche im Grundsatz gesetzlich verankert²⁴³. Die inhaltliche Ausgestaltung oblag der Selbstverwaltung: Auf Bundesebene haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen eine entsprechende Rahmenempfehlung vereinbart²⁴⁴.

²⁴² Siehe 4.3.5

²⁴³ Vgl. Schlüchtermann, J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus - Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven einer Weiterentwicklung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 13. Jg. (1996). Heft 3. S.255.

²⁴⁴ Vgl. Selbstverwaltung: Vereinbarung über eine Rahmenempfehlung gemäß § 137 in Verbindung mit § 112 SGB V zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. In: das Krankenhaus. 86. Jg. (1994). S. 476.

Hiernach sollten die externen Vergleiche auf Länderebene erfolgen²⁴⁵. In Hamburg wurde hierzu eine Projektgeschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung Hamburg (EQS) der Hamburgischen Krankenhausesellschaft in Kooperation mit den Verbänden der Krankenkassen in Hamburg gegründet. Für das Fachgebiet Urologie wurden in das Projekt die operativen Behandlungen der benignen Prostatahyperplasie (Fallpauschalen 14.01 und 14.02, Sonderentgelte 14.04 und 14.05) einbezogen. Die Fachabteilungen sollten die entsprechenden Daten erheben und an die EQS melden²⁴⁶. Die Projektgeschäftsstelle koordinierte und moderierte die Hamburger Arbeitsgruppen, in denen die Bewertung der Auswertungen erfolgte. Hier konnten Schwerpunkte, Tendenzen und daraus resultierende Konsequenzen diskutiert werden. In gegenseitiger Absprache konnte bei bestimmten Fragestellungen die Anonymisierung aufgehoben werden. Der Abteilungsmanager koordinierte alle Aktivitäten der urologischen Abteilung des AK Barmbek zur Einführung der externen Qualitätssicherung. Schon in der Einführungsphase fielen die Schwächen dieser externen Qualitätsvergleiche auf: Es lagen keine gesicherten und anerkannten Sollgrößen im Sinne von Qualitätsnormen vor²⁴⁷. Somit wurde mit hohem Aufwand ein rein empirischer Weg beschritten, bei dem die Beteiligten lediglich ein Feedback erhielten, wie ihre Ergebnisse im Vergleich zu dem Durchschnitt ausfallen sind. Inwieweit aus negativen Abweichungen Konsequenzen gezogen wurden, hing damit zunächst allein von den verantwortlichen Ärzten ab. Allerdings kann ein solcher Weg der externen Qualitätssicherung auch zu durchgreifenden Qualitätsverbesserungen

²⁴⁵ Vgl. Fack-Asmuth, W.G.: Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Stand des Verfahrens und aktueller Handlungsbedarf für die Krankenhäuser. In: das Krankenhaus. 87. Jg. (1995). S. 471.

²⁴⁶ Vgl. Riegel, H.T., Scheinert, H.D.: Externe Qualitätsbeurteilung Krankenhaus. Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 12. Jg. (1995). S. 119.

²⁴⁷ Vgl. Schlüchtermann, J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus - Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven einer Weiterentwicklung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 13. Jg. (1996). Heft 3. S.256.

führen, wie die deutliche Senkung der perinatalen Mortalität in Deutschland nach Einführung der Perinatalerhebung zeigt²⁴⁸.

5.1.3 Bewertung des Modellprojektes

Mit dem Modellprojekt wurden zu einem sehr frühen Zeitpunkt die wesentlichen Anforderungen an ein modernes ärztliches Abteilungsmanagement umgesetzt²⁴⁹. Als Grundlage einer fundierten Leistungssteuerung wurde erstmalig durch eine umfassende Leistungsdokumentation eine hohe Transparenz des Leistungsgeschehens der Abteilung hergestellt. Steuerungsmaßnahmen wurden kurzfristig umgesetzt, sodass über den gesamten Projektverlauf für alle Entgeltbereiche eine Punktlandung erzielt werden konnte. Die Erlöse der Abteilung konnten durch die Einführung einer umfassenden Leistungsdokumentation, die Etablierung eines Abrechnungsmanagements für stationäre und ambulante Behandlungsfälle und die Umsetzung einer erlösorientierten Verweildauersteuerung gesichert werden. Erstmals wurden die Kosten- und Erlösrelationen für pauschalisierte Behandlungsbereiche durch eine Kostenkalkulation analysiert. Durch diese Kostenanalyse konnten die Sachkosten in vielen Bereichen gesenkt werden. Gleichzeitig konnten die Anforderungen der Qualitätssicherung umgesetzt werden. Ein wesentliches Ergebnis des Modellprojektes war die Optimierung der Behandlungsprozesse im Sinne einer prozessorientierten Reorganisation durch Definition und Zentralisation von medizinischen Arbeitsgebieten. Hierzu zählten die Einrichtung eines diagnostischen Zentrums, die konsequente Umsetzung einer Kurzzeitstation sowie die Einführung von geplanten Behandlungsabläufen und abgestuften Versorgungsprozessen.

Vor allem aber konnte durch das Modellprojekt ein neues Denken und Handeln der Kliniker erreicht werden. Die anfängliche Ablehnung vieler Mitarbeiter gegenüber einer ärztlichen Managementverantwortung konnte in ein über weite

²⁴⁸ Vgl. Koester, K.: Qualitätssicherung: Anspruch, Realität und Auswirkungen auf den medizinischen Alltag. In: *Arzt und Krankenhaus*. (1996). Heft 8. S. 250.

²⁴⁹ Vgl. Bracht, M./Bruns, T./Tauber, R.: Modernes Krankenhausmanagement aus Sicht des Krankenhausarztes. In: *Der Urologe B*. 36. Jg. (1996) Heft 5. S. 403.

Strecken konstruktives Mitgestalten überführt werden. Dies resultierte sicherlich aus der wachsenden Erkenntnis über die Notwendigkeiten und dem konkreten Erleben ihrer Umsetzung. Hierbei spielte die konkrete positive Erfahrung, dass insbesondere Prozessreorganisationen die eigene Arbeitssituation verbessern können, eine entscheidende Rolle. Insofern konnte mit dem Modellprojekt eine sehr gute Ausgangsposition der Abteilung für die weiteren Anpassungsschritte erreicht werden. Auf Grund der Erfolge des Modellprojektes wurden ähnliche Schritte in anderen Abteilungen des Hauses angestoßen. Die Umsetzung erfolgte jedoch erst wesentlich später, nachdem der Handlungsdruck durch eine weitere Verschärfung der Rahmenbedingungen noch stärker geworden war.

5.2 Herleitung von DRG-basierten Fachabteilungsbudgets

5.2.1 Zielsetzung

Die Budgetierung stellt ein wichtiges Steuerungsinstrument im Krankenhaus dar²⁵⁰. Unabhängig davon, ob Fachabteilungserlösbudgets nur als Richtgröße in der Krankenhaussteuerung verwendet werden oder Ergebnisorientierte Leistungszentren aufgebaut werden sollen, müssen die Gesamterlöse des Krankenhauses auf die Fachabteilungen aufgeteilt werden. Die bereichsbezogenen Steuerungsmöglichkeiten werden sonst begrenzt bleiben. Zur Aufteilung der DRG Erlöse auf Fachabteilungen bedarf es der Entwicklung einer Methode, da die Vergütung in einem DRG System fallbezogen und unabhängig von Fachabteilungsaufenthalten erfolgt. Der Autor hat hierzu eine Variante auf Basis der AR-DRG vorgestellt²⁵¹. Im Sinne einer methodischen Weiterentwicklung soll im Folgenden ihre Anwendung auf das G-DRG System entwickelt und dargestellt werden. Unter Einsatz der Aufteilungsmethode werden hierzu Fachabteilungsbudgets für das AK Altona auf Basis der G-DRG Gruppierungsergebnisse des Jahres 2004 berechnet. Anhand der Ergebnisse

²⁵⁰ Siehe 3.4.3

²⁵¹ Vgl. Bracht, M.: Betriebswirtschaftliche Steuerungspotenziale von DRGs auf Basis von Fachabteilungsbudgets unter besonderer Berücksichtigung von Verweildaueranalysen. Dargestellt am Beispiel eines ausgewählten Krankenhauses. Diplomarbeit im Rahmen der Weiterbildung zum Krankenhausbetriebswirt (VKD). 2001. S. 31ff.

sollen das methodische Vorgehen und die Anwendungsmöglichkeiten diskutiert und bewertet werden.

5.2.2 Methoden

5.2.2.1 Fachabteilungszuordnung im G-DRG System

Das DRG System kennt drei Varianten der Zuordnung von Krankenhausbehandlungsfällen auf Fachabteilungen:

- **Aufnahmeabteilung**

definiert als diejenige Fachabteilung, die den Patienten von extern aufgenommen hat.

- **Entlassabteilung**

definiert als diejenige Abteilung, die den Patienten nach extern entlassen hat.

- **Hauptabteilung**

definiert als diejenige Abteilung, die den größten Anteil an Pflegetagen zu der Gesamtbehandlung beigetragen hat.

Nach der Systematik des DRG Systems wird also das gesamte Fallgewicht, und damit der gesamte Fallerlös, nach einer dieser drei Varianten zugeordnet. Auch alle leistungsbezogenen Größen des DRG Datensatzes wie Fallzahl, Diagnosen und Prozeduren können nur nach den genannten Kriterien einer Fachabteilung zugewiesen werden. Dies ist bei Behandlungen ohne Fachabteilungsverlegungen unproblematisch. In diesen Fällen ist die Aufnahme- mit der Entlass- und Hauptabteilung identisch. Hat der Patient jedoch mehrere Fachabteilungen durchlaufen, können die Leistungen und Erlöse nicht mehr leistungsgerecht zugeordnet werden. An einem Verlegungsfall des AK Altona soll diese Problematik verdeutlicht werden (siehe Abbildung 4): Ein Patient mit einem bekannten Bandscheibenleiden wird mit Rückenschmerzen notfallmäßig in der Neurologie aufgenommen und dort über einen Tag diagnostiziert und beobachtet. Hierbei wird eine neurologische Ursache der Beschwerden ausgeschlossen und der Verdacht auf einen Nierenprozess gestellt. Aus diesem Grunde erfolgt am zweiten Tag die Verlegung in die Urologie. Hier wird ein Nierentumor diagnostiziert. Nach

entsprechender Vorbereitung und Diagnostik erfolgt am Folgetag die Tumornephrektomie. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes erfolgt die postoperative Überwachung zunächst über zwei Tage auf der chirurgischen Intensivstation (Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin). Nach Stabilisierung erfolgt die Rückverlegung in die operierende Abteilung. Bei einer bekannten kardialen Grunderkrankung erleidet der Patient dann eine Herz- Kreislaufkomplikation, die eine Verlegung in die kardiologische Abteilung (3. Medizin) notwendig macht. Nach Abschluss der Therapie wird der Patient von der 3. Medizinischen Abteilung entlassen.

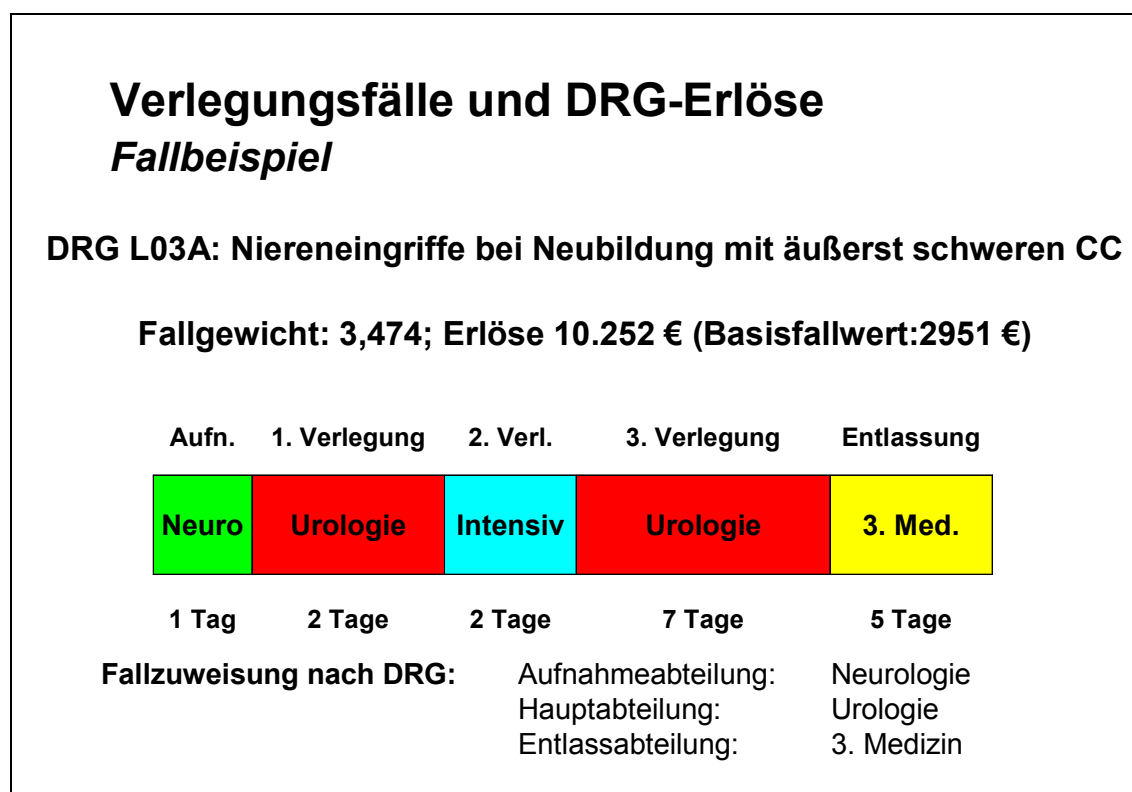


Abb. 4

Der Patient wurde also 17 Tage in vier verschiedenen Fachabteilungen stationär behandelt. Die DRG Gruppierung ergibt für diesen komplexen Fall die Zuordnung zu der DRG L03A „Nieren-, Ureter-, Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung mit äußerst schweren Begleiterkrankungen und Komplikationen“, die mit einer Bewertungsrelation von 3,474 bewertet ist. Die Gesamterlöse für das AK Altona belaufen sich damit auf 10.252 € (Basisfallwert = 2951 €). Nach den Zuweisungsvarianten des DRG Systems würde der gesamte Betrag entweder der Neurologie (Aufnahmeabteilung), der Urologie (Hauptabteilung)

oder der 3. Medizin (Entlassabteilung) zugerechnet werden. Die jeweils anderen beteiligten Abteilungen würden keine Erlöse erhalten. Die Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin würde bei keiner der möglichen Varianten Erlöse erhalten, obwohl die Behandlung in intensivmedizinischen Abteilungen sehr kostenintensiv ist. Aus diesem Beispiel wird deutlich, dass für eine leistungsgerechte Zuweisung von Fachabteilungsbudgets eine Methode für die Erlösaufteilung bei Verlegungsfällen gefunden werden muss.

5.2.2.2 Methode zur leistungsgerechten Erlösaufteilung unter Berücksichtigung der Verlegungsfälle

Die hier dargestellte Methode basiert auf einer Aufteilungsvariante des Autors für das AR-DRG System, die den von Ramme und Vetter gemachten Ansatz zur Verteilung der DRG Fallpreise auf Fachabteilungen aufnahm und weiterentwickelte²⁵². Die Verteilung des Fallgewichts erfolgt unter Berücksichtigung der Verweildauer und des durchschnittlichen Aufwandes der Behandlung in den beteiligten Fachabteilungen. Hierbei werden grundsätzlich nicht die reinen Bewertungsrelationen, sondern die korrigierten Bewertungsrelationen²⁵³ betrachtet, da sie durch Berücksichtigung der Zu- und Abschläge für Lang- und Kurzlieger die Grundlage für Preis- und Budgetberechnungen in einem DRG System bilden²⁵⁴. Datenbasis für die Untersuchung bildet der komplette G-DRG Gruppierungsdatensatz des AK Altona aus dem Jahre 2004²⁵⁵. Er enthält für jeden Behandlungsfall folgende, für die Analyse relevanten, Angaben:

- DRG Fallnummer und Fallnummer des Patientenverwaltungssystems
- Patientenstammdaten (z.B. Alter, Geschlecht)
- Alle gruppierungsrelevanten Daten (z.B. Diagnosen und Prozeduren)

²⁵² Vgl. Ramme, M./Vetter, U.: Die Bildung von Abteilungsbudgets auf der Basis von AP-DRGs. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 2. S.156ff.

²⁵³ Siehe 2.3.1.3

²⁵⁴ Entsprechend sind im Folgenden im Zusammenhang mit Fallgewichten immer die korrigierten Fallgewichte gemeint.

²⁵⁵ Die Jahreszuweisung im DRG System erfolgt nach dem Kriterium des Entlassungsdatums. Damit enthält dieser Datensatz alle Behandlungsfälle mit Entlassung im Jahre 2004, unabhängig von dem Datum der Aufnahme.

- Aufnahme- und Entlassungsdatum
- Aufnahme-, Entlass- und Hauptabteilung
- Zugewiesene DRG
- Bewertungsrelation der DRG
- Korrigiertes Fallgewicht

Das Vorgehen zur leistungsgerechten Bemessung von Fachabteilungserlösbudgets unter Berücksichtigung der Verlegungsfälle gliedert sich in neun Schritte:

- I. Identifikation der Verlegungsfälle
- II. Berechnung der fachabteilungsbezogenen Gewichtssumme aller Fälle ohne Verlegung
- III. Berechnung des Fachabteilungs-CMIs aller Fälle ohne Verlegung
- IV. Berechnung der aufwandskorrigierten Verweildauer aller Verlegungsfälle
- V. Berechnung der Fallgewichte pro aufwandskorrigiertem Behandlungstag
- VI. Aufteilung des Gesamtfallgewichtes auf die beteiligten Fachabteilungen
- VII. Berechnung der Gesamtfallgewichte je Fachabteilung
- VIII. Berechnung des Fachabteilungsbudgets
- IX. Aufteilung der Fallzahlen der Verlegungsfälle

Das schrittweise Vorgehen soll im Folgenden unter Zuhilfenahme des unter 5.2.2.1 aufgeführten Beispiels eines Verlegungsfalles konkret dargestellt werden:

I. Identifikation der Verlegungsfälle

Aus dem DRG Basisdatensatz lassen sich die Verlegungsfälle auf Grund der Gesamtfallbetrachtung des DRG Systems nicht identifizieren. Deshalb wird ein weiterer Datensatz aus dem Patientenverwaltungssystem erzeugt, der alle Fachabteilungsbewegungen fallbezogen ausweist. Über diesen Datensatz sind alle Verlegungsfälle mit ihren Aufenthaltsdauern in den jeweiligen Fachabteilungen zu identifizieren. Auch die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren sind hier fachabteilungsbezogen erfasst. Dieser zweite Datensatz kann über die Fallnummern mit dem DRG Datensatz verbunden werden. So lässt sich ein Bezug zwischen den DRG Gruppierungsdaten und den

Fachabteilungsaufenthalten herstellen. Der Basisdatensatz kann nun in eine Gruppe mit Fällen ohne Verlegung und eine zweite Gruppe von Fällen mit Verlegung unterteilt werden.

II. Berechnung der fachabteilungsbezogenen Gewichtssumme aller Fälle ohne Verlegung

Nachdem die Verlegungsfälle identifiziert sind, ist die Berechnung der Fallgewichtssumme der Fälle ohne Verlegung einfach vorzunehmen. Hierzu werden nur die Fälle der Gruppe ohne Verlegungen betrachtet und ihren jeweiligen Fachabteilungen zugeordnet. Das Zuordnungskriterium kann dabei beliebig gewählt werden, da bei nicht verlegten Fällen die Kriterien Aufnahme-, Haupt-, oder Entlassabteilung zu den gleichen Ergebnissen führen²⁵⁶. Nach der Fallzuweisung auf Fachabteilungen werden die korrigierten Fallgewichte für jede Fachabteilung aufsummiert.

III. Berechnung des Fachabteilungs-CMIs aller Fälle ohne Verlegung

Hier wird die allgemein gültige Formel zur CMI Berechnung angewendet²⁵⁷: Zur Berechnung der Fachabteilungs-CMIs wird das Ergebnis aus II. (Summe aller korrigierten Fallgewichte einer Fachabteilung ohne Verlegungsfälle) durch die Fallzahl der nicht verlegten Fälle dieser Abteilung dividiert (siehe Abbildung 5).

Aufteilung der Verlegungsfälle
Schritt III: Berechnung der Fachabteilungs-CMI

$$\text{CMI}_{\text{Abt.}} = \frac{\text{Summe der korrigierten Abteilungsgewichte}}{\text{Fallzahl der Fachabteilung}}$$

- Ausschließliche Betrachtung der nicht verlegten Fälle
- Berücksichtigung der Zu- und Abschlüge

Abb. 5

²⁵⁶ Siehe 5.2.2.1

²⁵⁷ Siehe 2.3.1.2

IV. Berechnung der aufwandskorrigierten Verweildauer aller Verlegungsfälle

Es folgen nun die Arbeitsschritte zur Verteilung der Bewertungsrelationen der Verlegungsfälle auf die an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen. Diese Berechnungsschritte müssen individuell für jeden Verlegungsfall durchgeführt werden. Als Maß des Anteils einer Fachabteilung an der Behandlung wird zunächst die Verweildauer in der Fachabteilung mit dem Fachabteilungs-CMI (Ergebnis von III.) multipliziert und aufwandskorrigierte Verweildauer (AKVD) genannt. In dem Fallbeispiel wurde der Patient insgesamt neun Tage in der Urologie behandelt. Bei einem Abteilungs-CMI von 1,0²⁵⁸ ergibt eine aufwandskorrigierte Verweildauer von 9. Entsprechend wird für alle an einem Behandlungsfall beteiligten Fachabteilungen vorgegangen (siehe Abbildung 6).

Aufteilung der Verlegungsfälle: Schritt IV: Aufwandskorrigierte Verweildauer (AKVD)

AKVD = Berechnungstage x Abteilungs-CMI

Abteilung	Tage	CMI _{Abt.}	AKVD
Neurologie	1	0,8	0,8
Urologie	9	1,0	9,0
Intensiv	2	3,7	7,4
3. Med.	5	0,9	4,5
Summe	17		21,7

Abb. 6

²⁵⁸ Zur besseren Darstellung werden hier fiktive CMIs verwendet.

V. Berechnung der Fallgewichte pro aufwandskorrigiertem Behandlungstag

Die Fallgewichte pro Berechnungstag (BT) geben an, welchen Aufwandsanteil ein Fachabteilungsbehandlungstag an der Gesamtbehandlung hatte²⁵⁹. Die Berechnung erfolgt fallindividuell. Zunächst werden für jeden Verlegungsfall die aufwandskorrigierten Verweildauern aufsummiert (siehe Abbildung 7). Das Fallgewicht (im Beispiel 3,474) wird dann durch die Summe der aufwandskorrigierten Verweildauern dividiert (im Beispiel 21,7).

Aufteilung der Verlegungsfälle:
Schritt V: Fallgewicht je aufwandskorrigierten BT

$$\text{Gewicht je korrigierten BT} = \frac{\text{DRG Fallgewicht}}{\text{Summe AKVD}}$$

Im Beispiel:

$$\text{BT-Gewicht}_{\text{.korr.}} = \frac{3,474}{21,7} = 0,1601$$

Abb. 7

²⁵⁹ Im folgenden steht die Abkürzung BT für alle Pflgetage und entspricht damit nicht der Definition der Bundespflegesatzverordnung.

VI. Aufteilung des Gesamtfallgewichtes auf die beteiligten Fachabteilungen

Alle für die Aufteilung des Fallgewichts notwendigen Größen sind jetzt bekannt. Durch Multiplikation der aufwandskorrigierten Verweildauer mit dem Gewichtspunkt pro Behandlungstag erhält man den Gewichtsanteil der jeweiligen Fachabteilung. Die Summe aller Fachabteilungsgewichtsanteile muss wieder das Fallgewicht ergeben (siehe Abbildung 8).

Aufteilung der Verlegungsfälle: Schritt VI: Fallgewichtsanteile der Fachabteilungen

$$\begin{aligned} \text{Gewichtsanteil} &= \text{BT} \times \text{CMI}_{\text{Abt.}} \times \text{BT-Gewicht}_{\text{korr.}} \\ &= \text{AKVD} \times \text{BT-Gewicht}_{\text{korr.}} \end{aligned}$$

Abteilung	Tage	CMI _{Abt.}	AKVD	Gewichtsanteil
Neurologie	1	0,8	0,8	0,12808
Urologie	9	1,0	9,0	1,44090
Intensiv	2	3,7	7,4	1,18474
3. Med.	5	0,9	4,5	0,72045
Summe	17		21,7	3,474

Abb. 8

VII. Berechnung der Gesamtfallgewichte je Fachabteilung

Fachabteilungsbezogen werden jetzt die errechneten Gewichtsanteile der Verlegungsfälle aufsummiert. Diese Fallgewichtssumme bewertet den Aufwand einer Fachabteilung für die Behandlung von Verlegungsfällen. Zur Berechnung der Gesamtgewichtssumme je Fachabteilung werden die Fallgewichte der Verlegungsfälle zu den Fallgewichten aller nicht verlegten Fälle der selben Fachabteilung (Ergebnis von II.) addiert.

VIII. Berechnung der Fachabteilungsbudgets

Zur Berechnung der Budgethöhe je Fachabteilung werden alle einer Fachabteilung zugeordneten Fallgewichte (Ergebnis aus VII.) mit dem hausindividuellen Basisfallwert multipliziert.

IX. Aufteilung der Fallzahlen der Verlegungsfälle

Da nach der Systematik des DRG Systems die Fallzahl nach der Anzahl der Krankenhausbehandlungsfälle und nicht nach der Anzahl der Fachabteilungsfälle bestimmt wird, wird neben der Aufteilung der Erlöse auch eine Aufteilung der Fallzahlen der Verlegungsfälle notwendig. Diese Fallzahlaufteilung bildet die Grundlage für die korrekte Berechnung von verlegungsfallkorrigierten Fachabteilungs-CMIs. Methodisch erfolgt die Aufteilung der Fallzahl auf die beteiligten Fachabteilungen nach ihrem Anteil an Pflgetagen an der Gesamtbehandlung. Hat beispielsweise bei einer Krankenhausverweildauer von insgesamt acht Tagen die Fachabteilung A sechs Behandlungstage und die Fachabteilung B zwei Behandlungstage erbracht, erhält die Abteilung A einen Fallzahlwert von 0,75 und die Abteilung B einen Fallzahlwert von 0,25.

5.2.3 Ergebnisse

5.2.3.1 Fachabteilungsbudgets ohne Aufteilung der Verlegungsfälle

Das AK Altona hat im Jahr 2004 stationäre Leistungen in Höhe von 34.989 korrigierten DRG Fallgewichtspunkten erbracht. Der durchschnittliche Schweregrad liegt 1,1508. Der hausindividuelle Basisfallwert wurde von der Schiedsstelle auf 2.951 € ohne Ausgleiche festgelegt²⁶⁰. Durch Multiplikation der erreichten Gewichte mit der Basisrate ergibt sich ein Gesamt DRG Erlös von 103.253.303 €. Die Tabellen 3 bis 5 zeigen die Aufteilung von Gewichten, Fallzahlen, CMI und DRG Erlösen auf die Fachabteilungen nach den drei im DRG System hinterlegten Varianten Aufnahme-, Entlass- und Hauptabteilung:

²⁶⁰ Ausgleiche für Mehr- und Minderlöse werden bei der Ermittlung der Fachabteilungsbudgets weder für 2004 noch für vorangegangene Jahre berücksichtigt.

Zuweisung aller Fälle nach dem Kriterium Aufnahmeabteilung				
Abteilung	Effektive Gewichte	Fallzahl	Abteilungs CMI	Erlöse €
1. Medizin	679	795	0,8547	2.005.151
2. Medizin	2.321	1.552	1,4994	6.849.436
3. Medizin	12.811	10.537	1,2171	37.806.205
Neurologie	756	836	0,9053	2.230.658
1. Chirurgie	2.790	1.654	1,6952	8.234.060
2. Chirurgie	2.430	1.270	1,9176	7.169.809
3. Chirurgie	2.452	1.699	1,4447	7.234.689
Urologie	1.521	1.541	0,9871	4.488.840
Neurochirurgie	2.548	1.403	1,8161	7.519.310
Gyn/Geb	3.680	5.967	0,6180	10.860.013
Augenabt.	1.151	1.641	0,7028	3.396.967
HNO	889	1.148	0,7750	2.623.291
Anästhesie	830	192	4,3210	2.448.256
ZMK	4	5	0,8400	12.394
Nuklear	127	163	0,7780	374.222
Haus	34.989	30.403	1,1508	103.253.303
Basisfallwert				2.951

Tab. 3

Zuweisung aller Fälle nach dem Kriterium Entlassabteilung				
Abteilung	Effektive Gewichte	Fallzahl	Abteilungs CMI	Erlöse €
1. Medizin	2.228	2.034	1,0954	6.574.996
2. Medizin	4.018	2.856	1,4090	11.858.517
3. Medizin	5.046	5.289	0,9560	14.890.123
Neurologie	2.548	2.252	1,1320	7.519.709
1. Chirurgie	4.104	2.258	1,8239	12.110.423
2. Chirurgie	2.975	1.522	1,9588	8.780.621
3. Chirurgie	2.698	1.765	1,5301	7.960.473
Urologie	1.668	1.689	0,9874	4.921.548
Neurochirurgie	2.749	1.503	1,8287	8.111.006
Gyn/Geb	3.694	6.026	0,6143	10.902.437
Augenabt.	1.162	1.644	0,7081	3.429.027
HNO	958	1.237	0,7750	2.826.813
Anästhesie	1.008	160	6,3031	2.976.081
ZMK	4	5	0,8400	12.394
Nuklear	128	163	0,7882	379.136
Haus	34.989	30.403	1,1508	103.253.303
Basisfallwert				2.951

Tab. 4

Zuweisung aller Fälle nach dem Kriterium Hauptabteilung				
Abteilung	Effektive Gewichte	Fallzahl	Abteilungs CMI	Erlöse €
1. Medizin	2.141	1.985	1,0787	6.318.501
2. Medizin	3.955	2.812	1,4086	11.672.518
3. Medizin	5.255	5.388	0,9773	15.506.897
Neurologie	2.459	2.235	1,1007	7.256.282
1. Chirurgie	3.929	2.260	1,7446	11.594.081
2. Chirurgie	2.776	1.495	1,8607	8.192.321
3. Chirurgie	2.574	1.745	1,4767	7.595.723
Urologie	1.651	1.683	0,9808	4.870.980
Neurochirurgie	2.727	1.510	1,8056	8.045.961
Gyn/Geb	3.693	6.022	0,6145	10.899.135
Augenabt.	1.139	1.638	0,6969	3.362.605
HNO	947	1.234	0,7683	2.795.397
Anästhesie	1.612	228	7,0691	4.756.286
ZMK	4	5	0,8400	12.394
Nuklear	127	163	0,7780	374.222
Haus	34.989	30.403	1,1508	103.253.303
Basisfallwert				2.951

Tab. 5

Die Aufteilung nach den drei Kriterien zeigt auf Fachabteilungsebene sehr unterschiedliche Ergebnisse, die im Wesentlichen von der Abteilungsstruktur und den Behandlungsabläufen des jeweiligen Krankenhauses abhängig sind. Im AK Altona finden sich besonders deutliche Abweichungen im Bereich der Inneren Medizin: Die maximalen Gewichtsabweichungen auf Fachabteilungsebene belaufen sich hier auf 70% in der 1. Medizin, 61% in der 3. Medizin und 42% in der 2. Medizin. Diese hohen Differenzen erklären sich im AK Altona durch die zentrale internistische Aufnahmestation (ZA), die der 3. Medizinischen Abteilung zugeordnet ist. Hier werden alle Patienten mit internistischer Symptomatik, die nicht elektiv in eine Schwerpunktabteilung einbestellt werden, aufgenommen. Folgerichtig weist die 3. Medizin nach dem Zuweisungskriterium Aufnahmeabteilung die höchste Fallgewichtszahl auf. Im Behandlungsablauf erfolgt nach der Erstdiagnostik auf der Aufnahmestation die Verlegung in die entsprechende Schwerpunktabteilung. Diese erbringt dann den Hauptanteil der Diagnostik und Behandlung. Entsprechend weisen die Abteilungen 1. Medizin (Schwerpunkt Gastroenterologie) und 2. Medizin (Schwerpunkt Hämatologie) nach den Zuweisungskriterien Entlass- und Hauptabteilung deutlich höhere Gewichtsanteile aus als nach dem Kriterium der Aufnahmeabteilung. Die deutlichen Abweichungen zwischen den Zuweisungsvarianten bei der Abteilung 1. Chirurgie (Allgemein- und Viszeralchirurgie) von bis zu 32% sind auf zum Teil ähnliche Behandlungsabläufe zurückzuführen: Viszeralchirurgische Notfälle mit gastroenterologischer Symptomatik werden zunächst auf der zentralen internistischen Aufnahmestation aufgenommen. Bei Fachabteilungen, die ihre Patienten in der Regel direkt aufnehmen und fachbedingt wenig in einen interdisziplinären Behandlungsablauf eingebunden sind, fallen die Abweichungen zwischen den Zuweisungskriterien entsprechend geringer aus. So weist die Augenabteilung eine maximale Abweichung der Gewichte von 1,9%, die HNO Abteilung eine maximale Abweichung von 7,2% und die Urologie eine maximale Abweichung von 8,8% auf, was einer Erlösdifferenz von über 400.000 € entspricht.

5.2.3.2 Fachabteilungsbudgets mit Aufteilung der Verlegungsfälle

Die Identifikation der nicht verlegten Fälle ergibt für das AK Altona in 2004 insgesamt 23.722 Behandlungsfälle ohne Fachabteilungswechsel. Dies macht 78% der Gesamtfallzahl aus. In 6.681 Fällen lag mindestens ein Fachabteilungswechsel vor. Damit liegt der Anteil der verlegten Fälle im AK Altona bei 22% der Gesamtfallzahl. In der Tabelle 6 sind diese Verlegungsfälle nach dem DRG Kriterium der Hauptabteilung einer Fachabteilung zugeordnet. Die Zuordnung nach Aufnahme- oder Entlassabteilung würde andere Fachabteilungszahlen ergeben. Das Zuordnungskriterium Aufnahmeabteilung würde z.B. für die 1. Medizin eine höhere Fallzahl im Bereich der Verlegungsfälle - und damit auch andere prozentuale Verhältnisse - ergeben. Die Werte der Tabelle 6 sind vor diesem Hintergrund zu interpretieren.

Abteilung	Fälle ohne Verlegung		Fälle mit Verlegung		Gesamt Fallzahl
	Fallzahl	%	Fallzahl	%	
1. Medizin	735	37%	1.250	63%	1.985
2. Medizin	1.502	53%	1.310	47%	2.812
3. Medizin	5.008	93%	380	7%	5.388
Neurologie	783	35%	1.452	65%	2.235
1. Chirurgie	1.474	65%	786	35%	2.260
2. Chirurgie	1.068	71%	427	29%	1.495
3. Chirurgie	1.593	91%	152	9%	1.745
Urologie	1.479	88%	204	12%	1.683
Neurochirurgie	1.175	78%	335	22%	1.510
Gyn/Geb	5.903	98%	119	2%	6.022
Augenabt.	1.615	99%	23	1%	1.638
HNO	1.133	92%	101	8%	1.234
Anästhesie	89	39%	139	61%	228
ZMK	5	100%	0	0%	5
Nuklear	160	98%	3	2%	163
Haus	23.722	78%	6.681	22%	30.403

Tab. 6

In der Tabelle 7 wurde eine Aufteilung der Fallzahlen und der Fallgewichte aller Verlegungsfälle auf die beteiligten Fachabteilungen nach der unter 5.2.2.2 dargestellten Methode vorgenommen. Auf Basis dieser aufgeteilten Fallzahlen und der aufgeteilten Gewichte konnten dann Fachabteilungs-CMIs der Verlegungsfälle berechnet werden. Über alle Behandlungsfälle des AK Altona wird deutlich, dass die durchschnittliche Fallschwere der Verlegungsfälle (CMI=1,8854) deutlich über der Fallschwere der nicht verlegten Fälle liegt (CMI=0,9440). Dies ist medizinisch nachzuvollziehen, da Behandlungsfälle, bei denen ein Fachabteilungswechsel vorgenommen werden muss, in der Regel

komplexer sind und damit einen höheren Aufwand verursachen, was sich in der DRG Gruppierung widerspiegelt. Die Verlegungsfälle machen 22% der Gesamtfallzahl, aber 36% der erreichten Gesamtgewichte - und damit der Erlöse - aus.

Abteilung	Fälle ohne Verlegung			Fälle mit Verlegung		
	Fallzahl	Gewichte	CMI	Fallzahl	Gewichte	CMI
1. Medizin	735	416	0,5667	1.250	1.725	1,3797
2. Medizin	1.502	2.128	1,4194	1.310	1.828	1,3963
3. Medizin	5.008	4.454	0,8914	380	801	2,1069
Neurologie	783	651	0,8324	1.452	1.808	1,2452
1. Chirurgie	1.474	1.911	1,3026	786	2.018	2,5707
2. Chirurgie	1.068	1.592	1,4946	427	1.184	2,7736
3. Chirurgie	1.593	2.148	1,3503	152	426	2,7997
Urologie	1.479	1.384	0,9355	204	267	1,3092
Neurochirurgie	1.175	1.716	1,4608	335	1.010	3,0153
Gyn/Geb	5.903	3.553	0,6032	119	140	1,1767
Augenabt.	1.615	1.115	0,6918	23	24	1,0544
HNO	1.133	865	0,7641	101	82	0,8146
Anästhesie	89	331	3,7150	139	1.281	9,2167
ZMK	5	4	0,8400	0	0	0,0000
Nuklear	160	124	0,7767	3	3	0,8477
Haus	23.722	22.393	0,9440	6.681	12.596	1,8854

Tab. 7

Aus der Summe der Fallgewichte der nicht verlegten Fälle und der aufgeteilten Fallgewichte der verlegten Fälle errechnen sich die in Tabelle 8 aufgeführten Gesamtfallgewichte der Fachabteilungen. Die DRG Erlöse ergeben sich durch Multiplikation der effektiven Fallgewichte mit dem im AK Altona in 2004 gültigen Basisfallwert in Höhe von 2.951 €.

Zuweisung mit Aufteilung der Verlegungsfälle					
Abteilung	Effektive Gewichte	Fallzahl	Abteilungs CMI	Erlöse	
1. Medizin	1.925	1.941	0,9918	5.682.083	
2. Medizin	3.962	2.758	1,4368	11.692.804	
3. Medizin	5.498	5.613	0,9796	16.226.014	
Neurologie	2.379	2.191	1,0858	7.019.855	
1. Chirurgie	3.490	2.175	1,6044	10.298.767	
2. Chirurgie	2.648	1.478	1,7917	7.813.276	
3. Chirurgie	2.540	1.745	1,4553	7.495.419	
Urologie	1.614	1.671	0,9663	4.764.389	
Neurochirurgie	2.542	1.476	1,7227	7.501.052	
Gyn/Geb	3.661	6.017	0,6085	10.803.532	
Augenabt.	1.142	1.640	0,6962	3.369.995	
HNO	936	1.226	0,7633	2.761.850	
Anästhesie	2.520	304	8,2798	7.436.618	
ZMK	4	5	0,8400	12.394	
Nuklear	127	163	0,7802	375.257	
Haus	34.989	30.403	1,1508	103.253.303	
Basisfallwert				2.951	

Tab. 8

5.2.3.3 Abweichungen der Ergebnisse

Die dargestellten Ergebnisse der Fachabteilungszuweisungen nach den Varianten des DRG Systems und nach Aufteilung der Verlegungsfälle zeigen deutliche Unterschiede. Differenzen treten sowohl in den Fallzahlen als auch in den Gewichtsanteilen auf. Zur besseren Übersicht werden die Abweichungen hier nach den Kriterien Fachabteilungsfallzahl, Fachabteilungsgewichte, Fachabteilungs-CMIs und Fachabteilungs DRG Erlöse dargestellt. Die Bezugsgröße der Vergleiche bildet jeweils das Ergebnis der Fachabteilungszuweisung unter Aufteilung der Verlegungsfälle. Diese Ergebnisse der entwickelten Aufteilungsmethode können von allen hier betrachteten Varianten als die leistungsgerechtesten angesehen werden²⁶¹. Die in den Tabellen 9 bis 11 aufgeführten Differenzen und prozentualen Abweichungen drücken eine geringe (negative Werte) oder höhere (positive Werte) Zuweisung nach den jeweiligen Kriterien des DRG Systems ohne Aufteilung der Verlegungsfälle im Vergleich zu der Aufteilungsmethode aus.

Abweichungen der Fachabteilungsfallzahlen						
Abteilung	Aufnahmeabteilung		Entlassabteilung		Hauptabteilung	
	Differenz	Abw.%	Differenz	Abw. %	Differenz	Abw. %
1. Medizin	-1.146	-59%	93	5%	44	2%
2. Medizin	-1.206	-44%	98	4%	54	2%
3. Medizin	4.924	88%	-324	-6%	-225	-4%
Neurologie	-1.355	-62%	61	3%	44	2%
1. Chirurgie	-521	-24%	83	4%	85	4%
2. Chirurgie	-208	-14%	44	3%	17	1%
3. Chirurgie	-46	-3%	20	1%	0	0%
Urologie	-130	-8%	18	1%	12	1%
Neurochirurgie	-73	-5%	27	2%	34	2%
Gyn/Geb	-50	-1%	9	0%	5	0%
Augenabt.	1	0%	4	0%	-2	0%
HNO	-78	-6%	11	1%	8	1%
Anästhesie	-112	-37%	-144	-47%	-76	-25%
ZMK	0	0%	0	0%	0	0%
Nuklear	0	0%	0	0%	0	0%
Haus	0	0%	0	0%	0	0%

Tab. 9

²⁶¹ Siehe 5.2.4.2

So ergibt beispielsweise die Fallzahlzuweisung nach dem Kriterium Aufnahmeabteilung für die 1. Medizin 1.146 Fälle weniger als die Zuweisung nach Aufteilung der Verlegungsfälle. Nach dem Kriterium der Hauptabteilung ergeben sich dagegen in der 1. Medizin 44 Fälle mehr als nach Aufteilung.

Die Abweichungen der Fachabteilungsfallzahlen sind nach dem Kriterium Aufnahmeabteilung am größten und zeigen die größte Streuung. Die Ergebnisse nach dem Kriterium Entlassabteilung weichen mit Ausnahme der Anästhesie deutlich weniger von den Ergebnissen der Aufteilungsmethode ab. Die Werte der Zuweisung nach Hauptabteilung liegen ausnahmslos am dichtesten an denen der Aufteilungsmethode. Aber auch hier beträgt die Abweichung der Anästhesie noch 25%.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Ergebnissen der Fallgewichtszuweisung. Die Zuweisung nach dem Kriterium Aufnahmeabteilung zeigt die größten, die Zuweisung nach dem Kriterium der Hauptabteilung die geringsten Differenzen zu den Ergebnissen der Aufteilungsmethode. Ausreißer sind die Abteilungen 1. Medizin und 1. Chirurgie (jeweils über 10%) und vor allem die Anästhesie mit 36% (siehe Tabelle 10).

Abweichungen der Fachabteilungsgewichte						
Abteilung	Aufnahmeabteilung		Entlassabteilung		Hauptabteilung	
	Differenz	Abw. %	Differenz	Abw. %	Differenz	Abw. %
1. Medizin	-1.246	-65%	303	16%	216	11%
2. Medizin	-1.641	-41%	56	1%	-7	0%
3. Medizin	7.313	133%	-453	-8%	-244	-4%
Neurologie	-1.623	-68%	169	7%	80	3%
1. Chirurgie	-700	-20%	614	18%	439	13%
2. Chirurgie	-218	-8%	328	12%	128	5%
3. Chirurgie	-88	-3%	158	6%	34	1%
Urologie	-93	-6%	53	3%	36	2%
Neurochirurgie	6	0%	207	8%	185	7%
Gyn/Geb	19	1%	34	1%	32	1%
Augenabt.	9	1%	20	2%	-3	0%
HNO	-47	-5%	22	2%	11	1%
Anästhesie	-1.690	-67%	-1.512	-60%	-908	-36%
ZMK	0	0%	0	0%	0	0%
Nuklear	0	0%	1	1%	0	0%
Haus	0	0%	0	0%	0	0%

Tab. 10

Tabelle 11 stellt die Fachabteilungserlöse, die sich nach den verschiedenen Zuweisungsvarianten ergeben, gegenüber. Prozentual ergeben sich die gleichen Abweichungen wie bei der Betrachtung der Gewichte, da sich die Erlöse durch Multiplikation der Gewichte mit der Basisrate ergeben. Die absoluten Abweichungen zeigen auch bei dem Kriterium Hauptabteilung relevante Beträge: Sie liegen in fünf Fachabteilungen über einer halben Million €, davon in einer sogar über zwei Millionen Euro.

Abweichungen der DRG Fachabteilungserlöse							
Abteilung	Aufteilungsmethode	Aufnahmeabteilung		Entlassabteilung		Hauptabteilung	
	Erlöse	Erlöse	Diff.	Erlöse	Diff.	Erlöse	Diff.
1. Medizin	5.682.083	2.005.151	-3.676.931	6.574.996	892.913	6.318.501	636.418
2. Medizin	11.692.804	6.849.436	-4.843.368	11.858.517	165.713	11.672.518	-20.286
3. Medizin	16.226.014	37.806.205	21.580.192	14.890.123	-1.335.890	15.506.897	-719.116
Neurologie	7.019.855	2.230.658	-4.789.197	7.519.709	499.854	7.256.282	236.427
1. Chirurgie	10.298.767	8.234.060	-2.064.707	12.110.423	1.811.656	11.594.081	1.295.314
2. Chirurgie	7.813.276	7.169.809	-643.467	8.780.621	967.345	8.192.321	379.046
3. Chirurgie	7.495.419	7.234.689	-260.729	7.960.473	465.054	7.595.723	100.305
Urologie	4.764.389	4.488.840	-275.549	4.921.548	157.159	4.870.980	106.591
Neurochirurgie	7.501.052	7.519.310	18.259	8.111.006	609.955	8.045.961	544.909
Gyn/Geb	10.803.532	10.860.013	56.482	10.902.437	98.905	10.899.135	95.603
Augenabt.	3.369.995	3.396.967	26.972	3.429.027	59.032	3.362.605	-7.389
HNO	2.761.850	2.623.291	-138.558	2.826.813	64.963	2.795.397	33.547
Anästhesie	7.436.618	2.448.256	-4.988.362	2.976.081	-4.460.538	4.756.286	-2.680.332
ZMK	12.394	12.394	0	12.394	0	12.394	0
Nuklear	375.257	374.222	-1.035	379.136	3.878	374.222	-1.035
Haus	103.253.303	103.253.303	0	103.253.303	0	103.253.303	0

Tab. 11

5.2.4 Bewertung von Methoden und Ergebnissen

5.2.4.1 Fehlerpotenzial der Verlegungsfälle

Durch die DRG Zuordnung von ganzen Behandlungsfällen auf Fachabteilungen nach den Kriterien Aufnahme-, Entlass- und Hauptabteilung ergeben sich Fehler bei der Berechnung von DRG-basierten Abteilungsbudgets. Das Fehlerpotenzial ist dabei abhängig von der Zahl und Fallschwere der Verlegungsfälle. Der Anteil an Verlegungsfällen ist wiederum abhängig von der jeweiligen Krankenhaus- und Fachabteilungsstruktur. Häuser mit einem differenzierten Fächerspektrum, interdisziplinären Behandlungsabläufen und einem hohen Anteil an komplexen und notfallbedingten Behandlungen werden einen höheren Anteil an Verlegungsfällen aufweisen. Im AK Altona sind 22% aller stationären Behandlungen Verlegungsfälle. Diese machen auf Grund ihrer

überdurchschnittlichen Komplexität 36% der DRG Erlöse aus²⁶². Durch einen Vergleich der Ergebnisse der Berechnung von Fachabteilungsbudgets nach den Varianten des DRG Systems und nach Aufteilung der Verlegungsfälle lässt sich das Fehlerpotenzial der Verlegungsfälle auf Abteilungsebene quantifizieren. Die Ergebnisse der entwickelten Aufteilungsmethode werden dabei als die leistungsgerechtesten angesehen. Der Vergleich mit den Ergebnissen der Zuordnung nach der Hauptabteilung ergibt Fehlerpotenziale von nahe null Prozent in Abteilungen mit sehr geringer Verlegungsrate (z.B. Augenabteilung) und bis zu 36% im intensivmedizinischen Bereich. Eine Besonderheit stellt die 2. Medizin dar, die trotz eines hohen Anteils an Verlegungsfällen von fast 50% nach der Aufteilungsmethode kaum Abweichungen zu dem Kriterium Hauptabteilung aufweist. Hier halten sich also Leistungen für Hauptabteilungsfälle anderer Fachabteilungen und Leistungen, die andere Fachabteilungen für Hauptabteilungsfälle der 2. Medizin erbringen, die Waage. In den übrigen Fachabteilungen liegen die Fehlerpotenziale bei bis zu 5%, in der Neurochirurgie bei 7% und in der 1. Medizin und 1. Chirurgie bei ca. 10%.

Ramme und Vetter fanden für das Klinikum Nord auf Basis der AP-DRGs²⁶³ mit 75% Fehlerpotenzial im intensivmedizinischen Bereich und 0-10% in den nicht intensivmedizinischen Bereichen eher höhere Fehlerpotenziale²⁶⁴. Auch die eigenen Ergebnisse auf Basis des australischen AR-DRG Systems liegen auf diesem höheren Niveau²⁶⁵. Bei diesen Vergleichen ist aber zu berücksichtigen, dass die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse erstmals eine Aufteilung auf Basis des deutschen DRG Systems vornimmt. Insofern wirken sich die Unterschiede der relativen Bewertungsrelationen zwischen dem deutschen und dem amerikanischen oder australischen System direkt aus. Bekanntermaßen erreicht der Differenzierungsgrad des deutschen Systems noch nicht das

²⁶² Siehe 5.2.3.2

²⁶³ Vgl. 3M Manual: All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRGs). Definition Manual. Version 12.0.

²⁶⁴ Vgl. Ramme, M./Vetter, U.: Die Bildung von Abteilungsbudgets auf der Basis von AP-DRGs. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 2. S.158.

²⁶⁵ Vgl. Bracht, M.: Steuerungsinstrumente anpassen – Berechnung von DRG-basierten Fachabteilungsbudgets. In: Krankenhaus Umschau Special: Controlling. (4/2002). Nummer 19. S. 16.

Niveau der weiter entwickelten internationalen Systeme²⁶⁶. Wenig komplexe Fälle werden noch zu hoch und sehr komplexe Fälle noch zu niedrig bewertet²⁶⁷. Auf der anderen Seite sind unter Anwendung des deutschen Systems Fehlerquellen auf Grund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen ausgeschlossen. Das amerikanische und australische Gesundheitswesen weist einen höheren Anteil an ambulanter Versorgung auf²⁶⁸. Es ist davon auszugehen, dass viele stationäre Notfallbehandlungen in deutschen Krankenhäusern in den Vereinigten Staaten ambulant erfolgen würden²⁶⁹. In Amerika werden nur die ganz schweren Fälle stationär behandelt, was die hohen amerikanischen Relativgewichte dieser Fälle begründet. Aus diesem Grunde wurden die Fälle des AK Altona auf der internistischen Aufnahmestation nach dem AP-DRG System noch viel zu hoch bewertet. Die für bestimmte Behandlungsgruppen gefundenen Probleme der Übertragung des amerikanischen AP-DRG Systems auf deutsche Verhältnisse wird durch andere Untersucher bestätigt²⁷⁰.

Die hohen Abweichungen der Intensivbereiche sind auf Grund ihrer besonderen Rolle im klinischen Versorgungsprozess mit kurzen Verweildauern und hoher Kostenintensität nicht verwunderlich²⁷¹. Ein Blick auf die absoluten Budgetdifferenzen zeigt, dass sich schon bei durchschnittlichen Fehlerpotenzialen hohe absolute Abweichungen ergeben.

²⁶⁶ Vgl. Wahnschaffe, P./Schneider, T.: Wie gut können die ersten deutschen DRG-Kostengewichte sein? Die Methodik der DRG Kalkulation aus Sicht der Kalkulationspraxis. In: das Krankenhaus. 94. Jg. (2002). Heft 5. S. 387.

²⁶⁷ Vgl. Seidel-Kwem, B./Vetter, U./Wrabel, A.: Zügige Korrekturen notwendig. G-DRG-System 2004 schon als Preissystem anwendbar? In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 5. S. 426.

²⁶⁸ Vgl. Lauterbach, K./Lüngen, M.: DRG-Fallpauschalen: eine Einführung. Anforderungen an die Adaption von Diagnosis-Related Groups in Deutschland. Stuttgart, New York 2000. S.107.

²⁶⁹ Vgl. Möws, V.: Zu viel stationär, zu wenig ambulant. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 172.

²⁷⁰ Vgl. Schmidt, K.-J./Pfaffenberger, P.: Was wird, wenn die DRGs kommen? Eine Gewinn- und Verlustanalyse aufgrund von Erfahrungen im St. Josefs-Hospital Wiesbaden. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 3. S. 229.

²⁷¹ Vgl. Schwing, C.: Investieren um zu sparen. Intensivmedizin: Effizientes Hochrüsten. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 8. S. 698.

Mit den hier vorgelegten Untersuchungen konnte damit der Nachweis erbracht werden, dass mit den Zuordnungsvarianten des DRG Systems auf Grund des Fehlerpotenzials der Verlegungsfälle keine leistungsgerechte Zuteilung von Fachabteilungsbudgets erfolgen kann. Auch auf alle anderen DRG-basierten Kennzahlen, die auf Abteilungsebene bezogen werden (z.B. Gewichtspunkte pro Arzt), wirkt sich der Verlegungsfehler aus. Bevor Krankenhäuser Abteilungszuweisungen ohne Aufteilung der Verlegungsfälle als Grundlage für Steuerungsentscheidungen heranziehen, ist in jedem Fall eine Abschätzung des Verlegungsfehlers vorzunehmen.

5.2.4.2 Bewertung der Varianten zur Berechnung von Fachabteilungsbudgets

Die entwickelte Aufteilungsmethode kann als die leistungsgerechteste Variante zur Berechnung von DRG-basierten Abteilungsbudgets angesehen werden. Sie berücksichtigt als einzige die Leistungen aller beteiligten Fachabteilungen. Die Schweregraddifferenzierung der DRGs wird auf die Ebene der Fachabteilungen übertragen. Besonders die Ergebnisse der operativen Intensivmedizin (Anästhesie) deuten auf eine hinreichende Genauigkeit der Methode hin: Eine Analyse zwischen berechneten DRG Erlösen und Ist-Kosten zeigt trotz der niedrigen Fallzahl geringe Abweichungen. Kritisch diskutiert werden muss allerdings, dass die Methode die Verweildauern in den Fachabteilungen bei der Erlöszuweisung berücksichtigt. Dies steht im Widerspruch zu den Anreizen des DRG Systems und könnte die Fachabteilungen zu einer Verlängerung der Behandlungsphasen bei Patienten mit Verlegungen bewegen. Insofern ist bei Einsatz dieser Aufteilungsmethode eine begleitende Steuerung der Verweildauer und der Patientenströme sicherzustellen. Damit zeigt sich erneut, dass die hier dargestellte Methode einen praktikablen Ansatz zur Lösung des Problems der Zuweisung von DRG Erlösen auf Fachabteilungen darstellt. Sie ist grundsätzlich in jedem Krankenhaus anwendbar und kann mit Hilfe von entsprechenden EDV-Systemen routinemäßig eingesetzt werden. Mögliche Verbesserungen dieser Methode sowie alternative Ansätze müssen jedoch entwickelt und diskutiert werden. Andere Autoren haben den grundsätzlichen Ansatz der dargestellten Aufteilungsmethode unter Berücksichtigung von

Behandlungstagen und Schweregrad der an einem Verlegungsfall beteiligten Fachabteilungen bereits aufgenommen und mit geringen Modifikationen zur Diskussion gestellt²⁷².

Nach den dargestellten Ergebnissen erlauben dagegen die Zuweisungskriterien des DRG Systems keine Bildung von leistungsgerechten Abteilungsbudgets. Trotzdem werden die Methoden auf breiter Ebene angewendet. Dies kann durch eine Unterschätzung des Fehlerpotenzials der Verlegungsfälle oder durch den höheren Aufwand einer Verteilung begründet sein. Wenn auf eine Aufteilung der Verlegungsfälle verzichtet wird, sollte zumindest das Zuordnungskriterien Hauptabteilung Anwendung finden. Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass diese Zuordnungsvariante nach allen Vergleichskriterien die geringsten Differenzen zu der Aufteilungsmethode aufweist. Auf Grund ihrer hohen Abweichungen ist die Variante Aufnahmeabteilung auszuschließen. Die Zuordnungsvariante Entlassabteilung wird in vielen Krankenhäusern zwar noch favorisiert, zeigt aber nach den Altonaer Ergebnissen höhere Abweichungen als die Variante Hauptabteilung. In jedem Fall sollten aber bei DRG-basierten Abteilungsanalysen ohne Aufteilung der Verlegungsfälle die intensivmedizinischen Bereiche ausgeklammert werden.

5.2.5 Steuerung über DRG basierte Fachabteilungsbudgets

Die Transparenz von leistungsbezogenen Kosten- und Erlösrelationen ist für das Krankenhausmanagement im Zeitalter von DRGs von grundlegender Wichtigkeit²⁷³. Sie bildet die Grundlage für strategische Entscheidungen und für die Definition der davon abgeleiteten Maßnahmen und Steuerungsziele. Die Steuerung selbst erfolgt dann auf Basis der Planwerte und ihrer Abweichung zu den Ist-Werten. Eine alleinige Betrachtung der Kosten- Erlössituation der DRGs auf Krankensebene wird dabei zwar eine wichtige Information über den Ist- und Soll-Zustand geben, die Maßnahmen zur Optimierung müssen jedoch auf der Ebene der Leistungserbringer erfolgen: Die definierten Krankenhausziele

²⁷² Vgl. Thiex-Kreye, M.: Ressourcen gerecht verteilen. Aufbau einer erlösorientierten Budgetierung als Vorstufe zum Profit-Center-System. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 10. S. 866.

²⁷³ Siehe 4.1

werden nur erreicht werden können, wenn die Steuerung auf die Bereiche wirkt, in denen die Kosten- und Erlössituation beeinflusst werden kann. Eine betriebsstellenbezogene Planung und Überwachung von Leistungen, Kosten und Erlösen ist damit unumgänglich²⁷⁴. Dieser Grundsatz gilt unabhängig von der Struktur des Krankenhauses: Die Betriebsstellen werden aber in der Regel die einzelnen Fachabteilungen sein. Wird eine dezentrale Finanzverantwortung im Sinne von Profitcentern und Ergebnisorientierten Leistungszentren auf Abteilungsebene angestrebt, ist die Zuweisung der Erlöse auf diese Einheiten eine unabdingbare Voraussetzung.

Die Transparenz der Erlössituation auf Abteilungsebene herzustellen wird in einem DRG System zu einer komplexen Aufgabe, da hier die Vergütung unabhängig von den an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen erfolgt. In dieser Arbeit wurde hierzu eine Lösungsvariante für die retrospektive Aufteilung der DRG Erlöse entwickelt. Auf Basis einer Leistungsplanung und in Kenntnis der jeweiligen Basisrate kann die dargestellte Aufteilungsmethode auch prospektiv angewendet werden. Voraussetzung ist hierzu aber eine Leistungsplanung auf Ebene der DRGs, die auch die Planung von Verlegungsfällen einschließen muss²⁷⁵. So können auf der Basis von geplanten Leistungen auch Planerlöse auf Fachabteilungen zugewiesen und gesteuert werden. Im Sinne einer dezentralen Ergebnisverantwortung läge es dann in der Verantwortung des leitenden Abteilungsarztes diese Ziele zu erreichen. Dazu muss aber kritisch angemerkt werden, dass die dargestellte Aufteilungsvariante Gesamterlöse betrachtet und damit auf der Kostenseite Teilkosten berücksichtigt, die durch die Fachabteilung nicht beeinflusst werden können. Insofern ist die dargestellte Methode zur Aufteilung von DRG Erlösen auf Fachabteilungen je nach Steuerungsziel zu modifizieren oder zu ergänzen. Eine mögliche Variante bestünde darin, die zugewiesenen Erlöse um die Bereiche zu vermindern, die durch Fachabteilungen nicht zu beeinflussen sind. Die

²⁷⁴ Vgl. Schmidt-Rettig, B.: Interne Budgetierung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 1995. S. 286.

²⁷⁵ Siehe 4.1.1

Verteilungsmethode bliebe in ihrem Grundsätzen unverändert, es könnten aber beispielsweise die Kosten des Basispflegesatzes vor der Verteilung von den Gesamterlösen abgezogen werden. Die verbleibende zu verteilende Erlösmenge würde sich reduzieren, was eine niedrigere Verrechnungsgröße in Form der hausindividuellen Basisrate zur Folge hätte. Diese Variante hat aber den methodischen Nachteil, dass zur Verteilung von Teilkosten Relativgewichte herangezogen werden, die über einen Vollkostenansatz kalkuliert worden sind. Dies könnte eine nicht leistungsgerechte Erlöszuweisung zur Folge haben. Deshalb sollte von der Verteilung der Gesamterlöse nicht abgewichen werden. Um der begrenzten Steuerbarkeit durch die Fachabteilung gerecht zu werden, sollten aber den Gesamterlösen auf der Kostenseite nur die durch die Fachabteilung beeinflussbaren Bereiche gegenübergestellt werden. Methodisch bietet sich hierzu die Deckungsbeitragsrechnung auf Basis der relativen Einzelkosten an: Ausgehend von den Gesamterlösen werden Deckungsbeitragsstufen berechnet, die eine Beeinflussbarkeit durch die Fachabteilung berücksichtigen²⁷⁶. Die Steuerung der Fachabteilungen erfolgt dann auf der Ebene der fachabteilungsbezogenen Deckungsbeiträge. Hierzu kann die Höhe des Überschusses als Zielwert zwischen Krankenhausleitung und leitendem Abteilungsarzt vereinbart und in seiner Erreichung im stetigen Soll-Ist-Abgleich kontrolliert werden. Zur Verrechnung der innerbetrieblichen Leistungen kann die Deckungsbeitragsrechnung zur weiteren Differenzierung noch durch die Einführung von Verrechnungspreisen, z.B. für Leistungen der medizinischen Sekundärbereiche, ergänzt werden²⁷⁷. Grundsätzlich muss aber festgehalten werden, dass die Erlöszuweisung für jede Art der Deckungsbeitragsrechnung eine unabdingbare Voraussetzung darstellt.

Eine alternative Steuerungsvariante bestünde darin, auf die Aufteilung der Erlöse der Verlegungsfälle zu verzichten. Die gesamten Fallerlöse würden statt dessen der Hauptabteilung zugeschlagen. Auf der Kostenseite müssten dann

²⁷⁶ Siehe 4.3.2

²⁷⁷ Vgl. Strehlau-Schwoll, H.: Bedeutung von internen Verrechnungspreisen in Profitcentern – Unterschiedliche Verfahren und ihre Wirkungsweisen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 73ff.

die Leistungen der anderen beteiligten Fachabteilungen (z.B. Intensivaufenthalte, Behandlungen bei fachfremden Komplikationen) über Verrechnungspreise berücksichtigt werden. Die Hauptabteilung würde also quasi Leistungen für die stationäre Behandlung in anderen Fachabteilungen einkaufen. Diese Variante setzt allerdings die Bildung von leistungs- und marktgerechten Verrechnungspreisen voraus, die für derartig komplexe Leistungen nur mit hohem Aufwand zu bestimmen sein werden²⁷⁸. Weiterhin besteht die Gefahr, dass von Seiten der Hauptabteilung aus Kostengründen auf medizinisch notwendige Fachabteilungsverlegungen verzichtet werden könnte.

Bezüglich des Einsatzes von DRG basierten Fachabteilungsbudgets für die Krankenhaussteuerung muss also festgestellt werden, dass eine alleinige Steuerung über die Gesamterlöse und Vollkosten der Abteilung nicht sinnvoll erscheint. Eine weitere Differenzierung der Erlös- und Kostenbereiche ist notwendig, um die Steuerungswirkungen auf die Bereiche zu konzentrieren, die die Situation beeinflussen können. Für diese weitere Differenzierung bilden abteilungsbezogene Gesamtbudgets aber eine unabdingbare Voraussetzung: Ohne eine Aufteilung der DRG Erlöse auf Fachabteilungen kann eine ergebnisorientierte Steuerung nicht aufgebaut werden. Insofern bildet die entwickelte Methode zur Aufteilung der DRG Erlöse die Grundlage für eine ergebnisorientierte Krankenhaussteuerung unter einem Preissystem.

5.3 Modell eines leistungsbezogenen Berichtswesens unter DRGs

5.3.1 Funktion und Struktur

Zur Umsetzung der unter Abschnitt 4 beschriebenen Steuerungsziele benötigt das Management sowohl auf Gesamthausebene als auch auf Abteilungsebene eine Vielzahl an Informationen, insbesondere über das Leistungsgeschehen. Grundsätzlich werden die für die Führung notwendigen Informationen durch das Controlling bereitgestellt. Die Controllingfunktion unterstützt die Führung in den Phasen Planung, Durchsetzung und Kontrolle. Im Bereich der Leistungssteuerung ist die Planungsphase mit der Erstellung des

²⁷⁸ Vgl. Ebd., S. 76f.

Leistungsplans abgeschlossen. Hier hat das Controlling die Krankenhaus- und Abteilungsleitung durch die Bereitstellung von Informationen (Leistungsdaten) und das Entwickeln von Lösungsvarianten unterstützt. Die Entscheidung über den Leistungsplan liegt jedoch bei der Krankenhausführung. Auch in den Phasen der Durchsetzung und Kontrolle unterstützt der Controller den Führungs- und Managementprozess als Entscheidungshelfer für die Führungsebene, ohne selbst die Führungs- und Entscheidungsverantwortung zu übernehmen (siehe Abbildung 9).

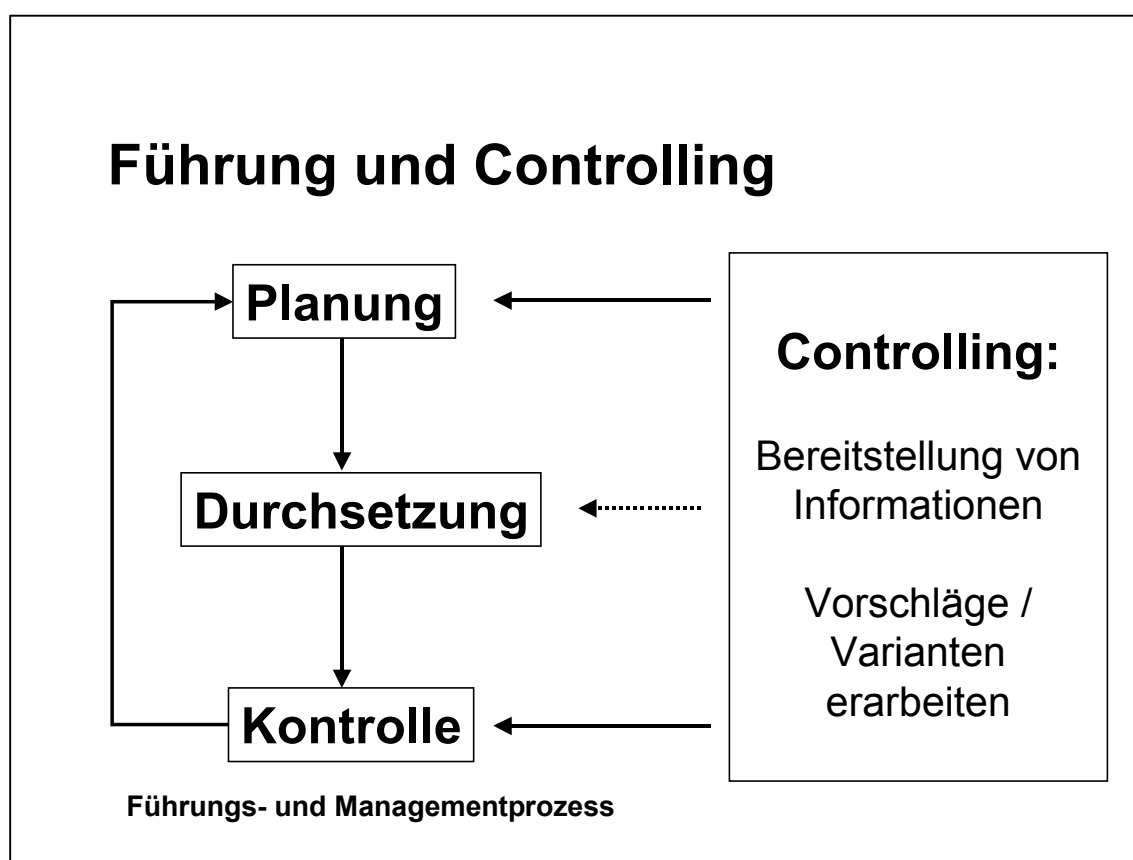


Abb. 9

Im Zeitalter der verstärkten Leistungsorientierung unter DRGs wächst der Bedarf an Informationen über die erbrachten Leistungen²⁷⁹. Dieser neue Aufgabenbereich des Medizin- oder Leistungscontrollings unter DRGs sollte in die Aufbauorganisation des Krankenhauses integriert werden und nicht als

²⁷⁹ Vgl. Frühauf, G.: Finanz- und Medizincontrolling auf dem Weg zur erfolgreichen Zusammenarbeit. In: Managed Care. (2003). Heft 8. S. 9.

isolierte Parallelstruktur aufgebaut werden²⁸⁰. Da Art und Menge der Leistungen direkte Kosten- und Erlöswirkungen haben, müssen Medizin- und klassisches Krankenhauscontrolling in einem Organisationsbereich zusammengefasst werden. In Hinblick auf die Notwendigkeit einer stärkeren Prozessorientierung unter einem DRG Preissystem sollte jedes Krankenhaus weiterhin prüfen, inwieweit neben einem zentralen Controlling auch dezentrale Controllingbereiche (z.B. auf Fachabteilungsebene) aufgebaut werden sollten²⁸¹.

Für die Steuerung der Leistungen wird ein aussagekräftiges und zeitnahes Berichtswesen benötigt, das sowohl primäre als auch sekundäre Steuerungskennzahlen beinhaltet. Dabei macht die alleinige Darstellung der erbrachten Leistungen nur eine geringe Aussage. Erst die Gegenüberstellung der erreichten Ist-Leistungen mit den Zielwerten der Leistungsplanung führt zu steuerungsrelevanten Erkenntnissen. Insofern bildet die DRG-basierte Leistungsplanung die entscheidende Voraussetzung für ein zielgerichtetes Berichtswesen unter DRGs. Dabei müssen die Ist-Leistungen und die Planwerte auf die jeweiligen Steuerungsebenen bezogen werden²⁸². Der Plan-Ist-Abgleich sollte monatlich erfolgen und kumulierte sowie Jahreshochrechnungen enthalten.

Auch unter DRGs gilt der Grundsatz, dass ein Berichtswesen nur die Daten enthalten darf, die auch von den jeweiligen Bereichen beeinflusst werden können²⁸³. Auf der anderen Seite macht es durchaus Sinn, die wichtigsten Kennzahlen der Fachabteilungen allen Bereichen im Krankenhaus zur Kenntnis zu geben. Dies entspricht der Zielrichtung einer verstärkten Transparenz über das Leistungsgeschehen unter DRGs und erhöht die Motivation der Beteiligten.

²⁸⁰ Vgl.: Schmidt-Rettig, B.: Insellösungen reichen nicht. Medizin-Controlling muss Bestandteil eines integrativen Konzeptes sein. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 1. S. 40.

²⁸¹ Siehe 4.5

²⁸² Siehe 3.4.3

²⁸³ Vgl. Eichhorn, S.: Entscheidungsorientiertes Informationsangebot im Krankenhaus. Grundlagen und Notwendigkeit. In: Bertelsmann Stiftung Stadt Gütersloh: Aufbau eines entscheidungsorientierten Informations- und Berichtswesens im Krankenhaus. Pilotstudie im Städtischen Krankenhaus Gütersloh. Gütersloh 1985. S. 19f.

Aus diesen Gründen hat sich in der Praxis bewährt, einen Teil des Berichtswesens über das Haus und alle Fachabteilungen darzustellen. In einem zweiten Teil werden dann die Leistungen der Fachabteilungen differenzierter dargestellt. Im Folgenden wird ein konkretes Modell eines solches Berichtswesens entwickelt.

5.3.2 Berichte für alle Fachabteilungen: Primäre Steuerungskennzahlen

Fallzahlen der Fachabteilungen

Die primäre Steuerungskennzahl der Krankenhausfälle wird für alle Fachabteilungen und in Summe für das gesamte Krankenhaus dargestellt. Die Zuweisung der Krankenhausfälle zu den Fachabteilungen erfolgt nach dem Kriterium der Hauptabteilung. Eine Aufteilung der Verlegungsfälle in den monatlichen Berichten wäre zu aufwendig und erfolgt deshalb nur jährlich. Insofern müssen die monatlichen Leistungsdaten in Kenntnis des Verlegungsfehlers interpretiert werden. Zur Darstellung dieser Zusammenhänge werden zusätzlich zu den DRG Krankenhausfallzahlen auch die Fachabteilungsfallzahlen (Fallkontakte der Fachabteilungen) dargestellt. Ihr Niveau liegt naturgemäß höher, da im Falle von Verlegungsfällen ein Krankenhausfall mehrere Fachabteilungsfälle auslöst. Der Bericht kann durch Fallzahlen der prä- und poststationären Behandlungen und ambulanten Operationen ergänzt werden. Für alle dargestellten Fallzahlen gilt, dass neben dem Ist-Wert auch der jeweilige Planwert angegeben wird.

DRG Fallgewichte

Aus der DRG Gruppierung der Hauptabteilungsfälle ergeben sich die erreichten Fallgewichte je Fachabteilung im Berichtszeitraum. Aus der Summe aller Fachabteilungsgewichte ergeben sich die erreichten Gewichte des Krankenhauses. Alle Ist-Daten werden den Zielwerten der Leistungsplanung gegenübergestellt. Abweichungen der Gewichte des Gesamthauses weisen auf Erlös- und Kostenrisiken hin, die entsprechende Gegensteuerungsmaßnahmen erfordern. Die Fachabteilungswerte geben den Hinweis, in welchen Leistungsbereichen diese Maßnahmen ansetzen müssen.

CMI

Aus den Fachabteilungsfallzahlen und -fallgewichten ergeben sich die Fachabteilungs-CMIs. Auf Grund der beschriebenen Abhängigkeiten zwischen den primären Steuerungskennzahlen sollten Fallzahlen, Fallgewichte und CMIs immer in einem Bericht dargestellt werden. Nur so können Art und Mengenwirkungen differenziert werden.

5.3.3 Berichte für alle Fachabteilungen: Sekundäre Steuerungskennzahlen

Pflegetage und Verweildauer

Beim Berichtswesen der Pflegetage und der Verweildauer sind die methodischen Besonderheiten des DRG Systems zu beachten: Bei einer rein DRG basierten Betrachtung der Verweildauer auf Fachabteilungsebene wirken sich Fehler durch Verlegungsfälle aus, da der Hauptabteilung alle Pflegetage des Krankenhausbehandlungsfalles, also auch die außerhalb der Hauptabteilung erbrachten, zugewiesen werden. Es ergibt sich also eine Verweildauer, die im Falle von Verlegungsfällen nicht allein durch die Hauptabteilung zu steuern ist. Eine DRG bezogene Verweildaueranalyse hat also nur eine Aussage auf Gesamthausebene. Für ein Berichtswesen auf Fachabteilungsebene muss deshalb auf abteilungsbezogene Auswertungen nach der Systematik der alten Bundespflegesatzverordnung zurückgegriffen werden: Hierzu werden die Pflegetage je Fachabteilung erfasst und durch die Fachabteilungsfallzahl (Fachabteilungskontakte) geteilt. Alternativ kann auch unter Nutzung der unter 5.2 dargestellten Aufteilungsmethode für Verlegungsfälle eine Zuweisung der Pflegetage auf die beteiligten Fachabteilungen vorgenommen werden. Auf die Erreichung der Planwerte des Leistungsplanes muss ein besonderes Augenmerk gelegt werden, da sich unter DRGs aus einer Reduktion der Pflegetage Kostenwirkungen generieren lassen. Insofern sollte das Berichtswesen neben der durchschnittlichen Verweildauer je Fachabteilung auch differenziertere Auswertungen enthalten. So können Verweildauercluster die Transparenz weiter erhöhen: Hierbei werden Fallzahlen nach Verweildauergruppen, also z.B. Fälle mit einem Tag, Fälle mit 2-4 Tagen, Fälle mit 5-10 Tagen und Fälle mit mehr als 10 Tagen Verweildauer, dargestellt.

Die Problembereiche können in Kenntnis des Leistungsspektrums der Abteilung so besser identifiziert werden. Die Tagesfälle weisen auf Potenziale für prästationäre Behandlungen sowie ambulante Operationen - und damit auf ein mögliches Fehlbelegungspotenzial - hin.

Präoperative Verweildauer

Die aussagekräftigsten Daten zur präoperativen Verweildauer auf Fachabteilungsebene erhält man, wenn man nur Fälle einbezieht, die direkt in die operierende Fachabteilung aufgenommen werden. Behandlungsfälle, die zunächst in einer anderen Abteilung vorbehandelt werden und dann zur Operation intern verlegt werden, können die präoperative Verweildauer einer Abteilung verfälschen. Auf Hausebene macht die Verweildauer vom Tag der Aufnahme bis zum Tag der Operation, also unabhängig von Verlegungen, jedoch eine gute Aussage über die abteilungsübergreifende Prozessoptimierung. Für definierte elektive Behandlungsfälle kann der Zielwert für den Anteil der Fälle mit Operation am Aufnahmetag vereinbart und kontrolliert werden. Eine mögliche dieser Tracerdiagnosen wäre z.B. die Transurethrale Prostataresektion mit dem Zielwert einer Operation am Aufnahmetag in 90% der Fälle.

OP-Quote

Die OP-Quoten der operativen Fachabteilungen geben Hinweise auf den Stand der Prozessoptimierung (z.B. Wiederaufnahme zur OP) oder auf mögliche Fehlbelegungspotenziale. Die OP-Quote lässt sich durch den Anteil an Fällen in operativen DRGs zu der Gesamtzahl der Fälle ausweisen. Für nicht operative Bereiche lassen sich entsprechende Anteile der DRGs aus der Partition „Andere Behandlungsfälle“ ermitteln.

Berichte zum Controlling der Dokumentationsqualität

Für das quantitative Dokumentationscontrolling werden für jede Fachabteilung die Zahlen an dokumentierten Diagnosen und Prozeduren je Fall im Zeitverlauf aufgeführt. Diese rein quantitative Darstellung sollte durch qualitative Aspekte ergänzt werden: Hierzu bietet sich der Anteil an CCL-relevanten Diagnosen, der PCCL-Level und der CMI-Wert an.

Verteilung der Schweregradgruppen

Hier werden die Fallzahlanteile je A-, B-, C-, D- und Z-Gruppen für alle Fachabteilungen mit den Zielwerten der Leistungsplanung angegeben.

5.3.4 Berichte für die einzelnen Fachabteilungen

DRG Fallzahlen und Verweildauern

Auf Ebene der Fachabteilung bildet die Darstellung der erreichten Hauptabteilungsfallzahlen je DRG den zentralen Bericht zur Steuerung der Leistungen. So kann eine Aussage über die erzielten Leistungen im Vergleich zu den Planwerten des Leistungsplanes gemacht werden. Da im Leistungsplan die Fallzahlen auf Ebene der DRGs festgelegt werden, läge es nahe, auch das Berichtswesen nach den DRGs zu gliedern und diese nach absteigenden Fallzahlen aufzuführen. In der Praxis hat sich dieses Vorgehen auf Grund seiner Unübersichtlichkeit jedoch nicht bewährt: Häufig finden sich im Wesentlichen gleiche Behandlungen, die sich nur durch ihre Schweregrad-einstufung unterscheiden, an ganz unterschiedlichen Stellen des Leistungsberichtes. Dies entspricht nicht den Anforderungen der Kliniker, die in medizinischen Homogenitäten denken. Insofern empfiehlt es sich, die Fallzahlen auf Ebene der Basis-DRGs, der am ehesten klinischen Gruppierungsebene, zusammenzufassen und absteigend aufzulisten²⁸⁴. Unterhalb jeder Basis-DRG werden dann die Fallzahlen der DRGs aufgeführt. Somit kann sowohl eine Aussage über die Fallzahlen der Basis-DRGs als auch über die Schweregradverteilung innerhalb einer Basis-DRG gemacht werden. Entsprechende Prozentangaben erhöhen die Übersichtlichkeit.

„Hitliste“ der Diagnosen

Jede Fachabteilung erhält eine „Hitliste“ ihrer Behandlungsfälle nach Hauptdiagnosen auf Ebene der ICD 10-Dreisteller. Die Betrachtungsebene von Diagnosen bietet eine stärkere klinische Differenzierung als die zum Teil

²⁸⁴ Siehe 2.2.1.1

medizinisch heterogenen DRG Gruppen und orientiert sich somit stärker an dem Denken der Kliniker. Allerdings kann kein Abgleich mit Zielwerten erfolgen, da sich die Diagnoseverteilung nicht aus der DRG Leistungsplanung ableiten lässt. Zur Erhöhung der Aussagekraft können in den Fachabteilungshitlisten die Fälle ohne Verlegungen, also Fälle, die allein in dieser Abteilung behandelt worden sind, zusätzlich ausgewiesen werden. Auch die Angabe des Anteils an Fällen mit einer Operation (z.B. Fälle mit mindestens einer 5er-Prozedur) erhöhen die Aussagekraft einer alleinigen Diagnosehitliste.

„Hitliste“ der Fallgewichte

In diesem Bericht werden die Basis-DRGs, mit denen in der Fachabteilung die meisten Fallgewichte erzielt werden, aufgeführt. Dies können Basis-DRGs mit hohen Fallzahlen oder hohen Bewertungsrelationen sein. Insofern sollten die Fallzahlen mit angegeben werden. Die Zielwerte der Fallgewichte ergeben sich direkt aus der Leistungsplanung. Eine kumulative Darstellung ermöglicht eine Aussage über den Differenzierungsgrad der Fachabteilung. In stark spezialisierten Fachabteilungen werden mit einigen wenigen Basis-DRGs bereits 50% der Gesamtfallgewichte – und damit der Erlöse - erreicht. In Abteilungen mit einem breiten Leistungsspektrum machen dagegen die TOP 20 Basis-DRGs nicht einmal 50% der Gewichte aus.

5.3.5 Controlling ausgewählter Behandlungsgruppen

Verlegungsfälle

Die internen Verlegungsfälle bedürfen auf Grund ihrer hohen Kosten- und Erlösrelevanz einer besonderen Beachtung²⁸⁵. Da ihre Behandlung abteilungsübergreifend erfolgt, ist bei ihnen das Risiko einer nicht effizienten Prozessorganisation besonders hoch. Auch bezüglich der korrekten Dokumentation, z.B. Sicherung der Vollständigkeit und richtige Festlegung der Hauptdiagnose, stellen Verlegungsfälle besondere Anforderungen. Gleichzeitig

²⁸⁵ Siehe 5.2.3.2

werden sie jedoch in einer rein DRG basierten Betrachtung auf Ebene der Krankenhausfälle nicht gesondert dargestellt. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, ein gesondertes Controlling der internen Verlegungsfälle aufzubauen. Hierzu werden zunächst alle Verlegungsfälle selektiert. Zur besseren Übersichtlichkeit können dann Behandlungsgruppen, z.B. gastroenterologische Behandlungen unter der Beteiligung der inneren Medizin (Gastroenterologie) und Viszeralchirurgie, zusammengefasst und analysiert werden. Zum Controlling der Prozessoptimierung können z.B. Analysen der Verweildauer bis zur Verlegung oder Operation herangezogen werden. Hier werden in der Regel Potenziale für Verweildauerreduktionen zu finden sein, da die Prozesse zwischen den beteiligten Abteilungen häufig nicht ausreichend abgestimmt sind. Mit Hilfe der Analysen lassen sich Handlungsnotwendigkeiten und entsprechende Maßnahmen zur Optimierung ableiten und deren Umsetzung kontrollieren. Auch können für bestimmte Behandlungsgruppen feste Regelungen für Verlegungsanteile und Verlegungszeitpunkte vereinbart werden (z.B. postoperative Verlegungen aus der Unfallchirurgie in die Abteilung für Frührehabilitation). Auf der Ebene der Teilleistungen kann die Frage nach Doppeluntersuchungen in beiden Abteilungen analysiert werden. Neben diesen Gruppen von Verlegungsfällen, für die eine Mitbehandlung in anderen Fachabteilungen medizinisch notwendig und in Hinblick auf die Anreize eines DRG Systems auch sinnvoll ist, wird es aber auch Fälle geben, für die eine Verlegung kritisch zu diskutieren ist. In Hinblick auf pauschalierte Entgelte sollten interne Verlegungen nur erfolgen, wenn sie der Zielerreichung innerhalb der jeweiligen Fallpauschale dienen.

Langlieger

Auch Behandlungsfälle mit sehr langer Verweildauer binden viele Ressourcen und bergen häufig Optimierungspotenziale. Insofern ist auch hier ein gesondertes Controlling angezeigt. Ziel ist hierbei die medizinische Notwendigkeit der Behandlungsdauer zu hinterfragen und Maßnahmen zur Verkürzung einzuleiten. Potenziale liegen hier häufig in den Überleitungszeiten bei Verlegungen in Pflegeeinrichtungen, die entsprechend zu kontrollieren sind.

Geplante Behandlungsabläufe

Für Behandlungsgruppen, für die geplante Behandlungsabläufe definiert worden sind, ist deren Einhaltung zu kontrollieren²⁸⁶. Die Analysen beziehen sich auf die geplanten Verweildauern, die Menge der Teilleistungen und auf die Frage, zu welchen Anteilen geeignete Behandlungsfälle einbezogen wurden, wobei hier auf Grund medizinischer Spannweite nie 100% erreicht werden können. Insofern müssen schon bei der Entwicklung von geplanten Behandlungsabläufen entsprechende Steuerungskennzahlen definiert werden. Das Controlling der Einhaltung bildet auch die entscheidende Grundlage für die Weiterentwicklung der Behandlungspfade.

Kostenintensive Behandlungsfälle

Die Kosten des medizinischen Bedarfs machen einen relevanten Anteil der Gesamtkosten im Krankenhaus aus. Durch den medizinisch-technischen Fortschritt steigen diese Kosten stetig an und stellen damit im Zeitalter von gedeckelten Budgets ein hohes Risikopotenzial für das Krankenhaus dar. Die Steuerung der Kosten des medizinischen Bedarfs erfolgt im Wesentlichen über die Steuerung der Leistungen. Ein Anstieg des Anteils an kostenintensiven Behandlungsfällen ohne zusätzliche Erlöse muss verhindert werden. Insofern sollten auf Ebene der DRGs die Behandlungsfälle mit hohem Sachaufwand (z.B. teure Implantate oder Chemotherapien) identifiziert und gesondert gesteuert werden. Hierzu bietet es sich an, im Rahmen der Leistungsplanung entsprechende Zielmengen zu vereinbaren. Ein stetiger Soll-Ist-Vergleich ermöglicht rechtzeitige Gegensteuerungsmaßnahmen und sichert damit die Zielerreichung.

5.4 Betriebsvergleich und Benchmarking von urologischen Abteilungen

Betriebsvergleich und Benchmarking werden zu gängigen Instrumenten der Krankenhaussteuerung²⁸⁷. Im Folgenden sollen beispielhaft methodische Ansätze für DRG-basierte Abteilungsvergleiche entwickelt und dargestellt

²⁸⁶ Siehe 4.4.1

²⁸⁷ Siehe 3.4.4

werden. Dafür werden die realen Gruppierungsdaten von fünf urologischen Abteilungen von zwei aufeinander folgenden Jahren herangezogen. Die wichtigsten Kennzahlen der Leistungssteuerung in Form von Fallzahl, Verweildauern und durchschnittliche Fallschwere sollen dabei analysiert werden.

Die Betrachtung der Fallzahlen zeigt deutliche Unterschiede der Abteilungsgrößen. In der größten Abteilung werden pro Jahr knapp 3.500 DRG Hauptabteilungsfälle behandelt, in der kleinsten dagegen nur um die 500 Hauptabteilungsfälle. Diese Abteilung hat die ökonomisch sinnvolle Größe sicherlich unterschritten. Im Jahresvergleich (blau: Jahr 1, gelb: Jahr 2) haben alle Abteilungen, außer Abteilung 3, rückläufige stationäre Fallzahlen. Dies kann Ausdruck der Verlagerung von leichten Fällen in den ambulanten Bereich (z.B. ambulante Operationen) sein.

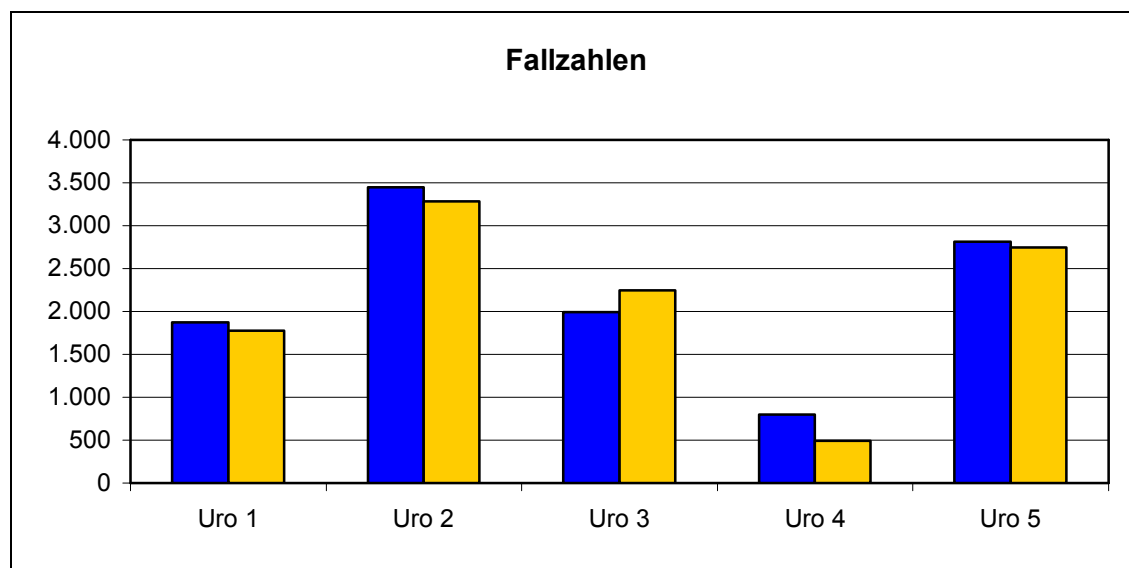


Abb. 10: Vergleich Fallzahlen im Jahresvergleich

Die Verweildauern liegen bei den vier größeren Abteilungen alle auf dem Niveau von ca. 6 Tagen. Nur die kleinste Abteilung hat mit ca. 8 Tagen eine deutlich höhere Verweildauer. Auch nimmt hier, wie auch in Abteilung 2, die Verweildauer im Jahresvergleich zu.

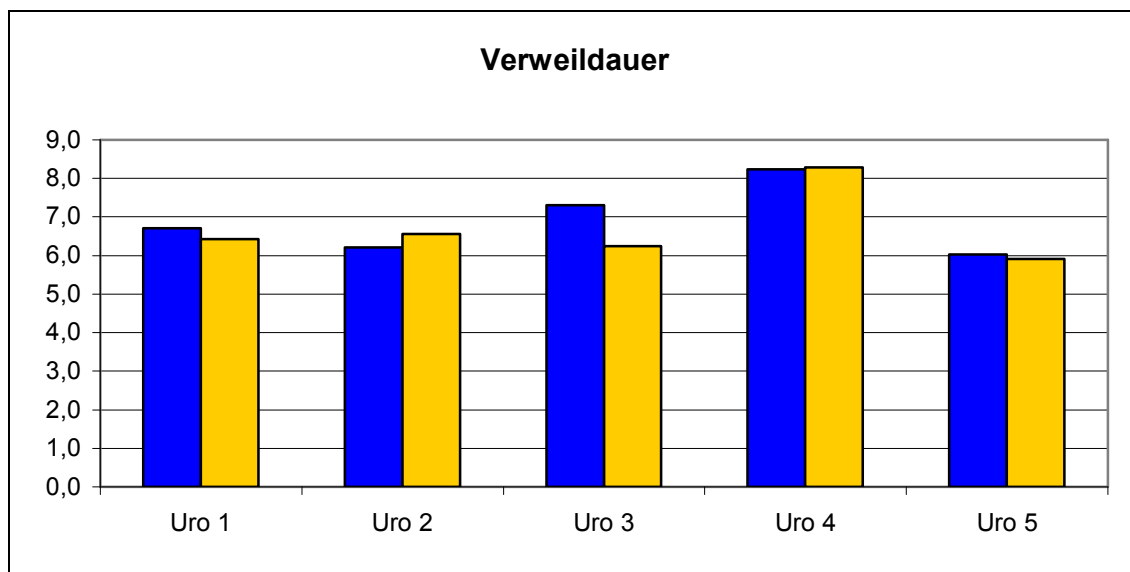


Abb. 11: Vergleich Verweildauern im Jahresvergleich

Der durchschnittliche Schweregrad fällt außer in den Abteilungen 2 und 4 im Jahresvergleich etwas ab. Im zweiten Jahr weist Abteilung 2 den höchsten Schweregrad auf. Es folgen dahinter die Abteilungen 1 und 5. Die Abteilungen 3 und 4 weisen den geringsten Schweregrad aus.

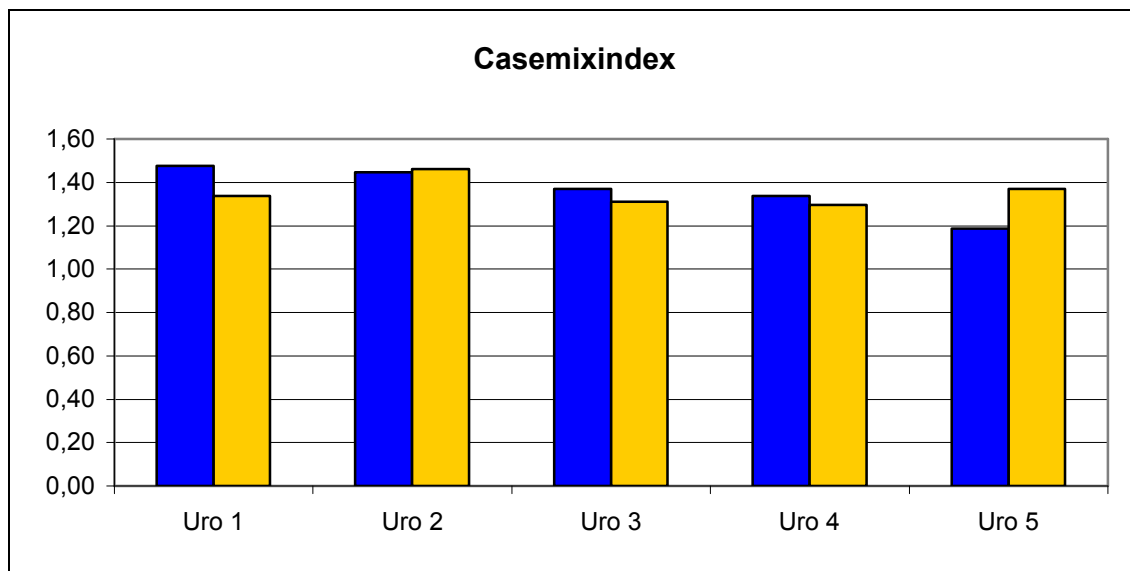


Abb. 12: Vergleich Schweregrade im Jahresvergleich

Aussagekräftige Erkenntnisse lassen sich aber nur in der zusammenhängenden Betrachtung der Kennzahlen ziehen. Durch die alleinige Analyse der Menge (Fallzahl), ohne Kenntnis über die Art der Leistungen (Schweregrad), lassen sich Verweildaueränderungen kaum interpretieren. So zeigt zum Beispiel der Jahresvergleich der Verweildauer nur in der Abteilung 2 eine deutliche Steigerung. Dies könnte ohne Kenntnis der Entwicklung der anderen

Kenngrößen negativ bewertet werden. Betrachtet man aber parallel auch Fallzahl- und Schweregradentwicklung, erschließen sich die Gründe für diesen Verweildaueranstieg: Die Abteilung 2 hat im Jahresvergleich eine relevante Zahl an Leistungen in den Bereich der ambulanten Operationen verlagert. Damit sinkt die stationäre Fallzahl. Die Fallschwere der verbleibenden Fälle nimmt entsprechend zu, da der Verdünnungseffekt der leichten Fälle fehlt. Mit der Fallschwere nimmt auch die Verweildauer zu, was der allgemeinen Erkenntnis vom Zusammenhang von Fallschwere und Verweildauer entspricht²⁸⁸. Damit ist die Verlängerung der Verweildauer in der Abteilung 2 das Resultat eines veränderten Fallmixes. Gänzlich anders stellt sich die Situation in der Abteilung 4 dar. Sie hat die geringste Fallzahl, die längste Verweildauer und den niedrigsten Schweregrad. Das heißt, in der Abteilung werden leichte Fälle zu lange behandelt. Es ist davon auszugehen, dass die Erlös- Kostenrelation in dieser Abteilung äußerst kritisch ist. Dies, verbunden mit der negativen Tendenz im Jahresvergleich, lässt die Perspektive der Abteilung unsicher erscheinen.

Die folgenden Tabellen zeigen eine Analyse der umsatzstärksten Basis-DRGs eines Jahres der untersuchten Abteilungen nach Fallzahlen, Verweildauern und Schweregradverteilung, die über den Anteil des höchsten Schweregradlevels (A-Gruppen) dargestellt wird:

DRG L03: Eingriffe an Niere, Harnleiter und Blase bei Neoplasien

	Fälle	FZ-Anteil	VWD	A-DRG	CM-Anteil	Rang
Uro 1	76	4%	17,9	61%	15%	1.
Uro 2	143	4%	15,2	61%	14%	2.
Uro 3	102	5%	15,5	45%	15%	2.
Uro 4	25	5%	19,6	36%	16%	1.
Uro 5	102	4%	20,4	59%	13%	2.

Tab. 12: Analyse der Basis-DRG L03

²⁸⁸ Siehe 4.3.6

Bei der Basis-DRG L03 handelt es sich um komplexe Behandlungen. Diese Leistungen machen in den Abteilungen einen Umsatzanteil von 13-16% aus. Sie liegen damit auf Rang 1 oder 2 der „Umsatzhitliste“ der Abteilungen. Der Vergleich der Fallzahlen im Zusammenhang mit der Verweildauer lässt auf einen deutlichen Zusammenhang von Quantität und Prozessqualität schließen. In der Abteilung mit der höchsten absoluten Fallzahl in dieser Gruppe (Abteilung 2) zeigt sich die geringste Verweildauer. Dabei ist der Anteil der hoch komplexen Fälle in dieser Basis-DRG hier am höchsten (Anteil A-DRG: 61%). Die Abteilung mit der geringsten Fallzahl liegt dagegen mit der Verweildauer an der Spitze, obwohl sie den geringsten Anteil an komplexen Fällen der A-Gruppen ausweist.

DRG M02: Transurethrale Prostatektomie

	Fälle	FZ-Anteil	VWD	A-DRG	CM-Anteil	Rang
Uro 1	183	10%	7,5	27%	12%	2.
Uro 2	275	8%	8,7	34%	9%	4.
Uro 3	303	14%	8,1	29%	16%	1.
Uro 4	37	8%	12,9	27%	9%	4.
Uro 5	105	4%	8,2	46%	5%	6.

Tab. 13: Analyse der Basis-DRG M02

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der transurethralen Prostataresektion, bei der es sich um eine weniger komplexe Behandlung handelt. Auch hier hat die Abteilung 4 die längste Verweildauer bei geringster Fallzahl sowie den geringsten Anteil an komplexen A-Gruppen. Auch Abteilung 1 hat einen geringen Anteil an komplexen Fällen, entsprechend aber auch die geringste Verweildauer. In der Abteilung 2 könnte bei dieser Behandlungsgruppe ein Potenzial zur Reduktion der Verweildauer vermutet werden.

Für ausgewählte Behandlungsfälle gelten schon heute Mindestfallregelungen²⁸⁹. Im Rahmen der kritischen Diskussion über Einführung der ersten Mindestmengen steht für die Urologie eine solche Regelung für die Radikale Prostatektomie zur Disposition²⁹⁰. Als untere Grenze werden 55 Eingriffe pro Jahr vorgeschlagen²⁹¹.

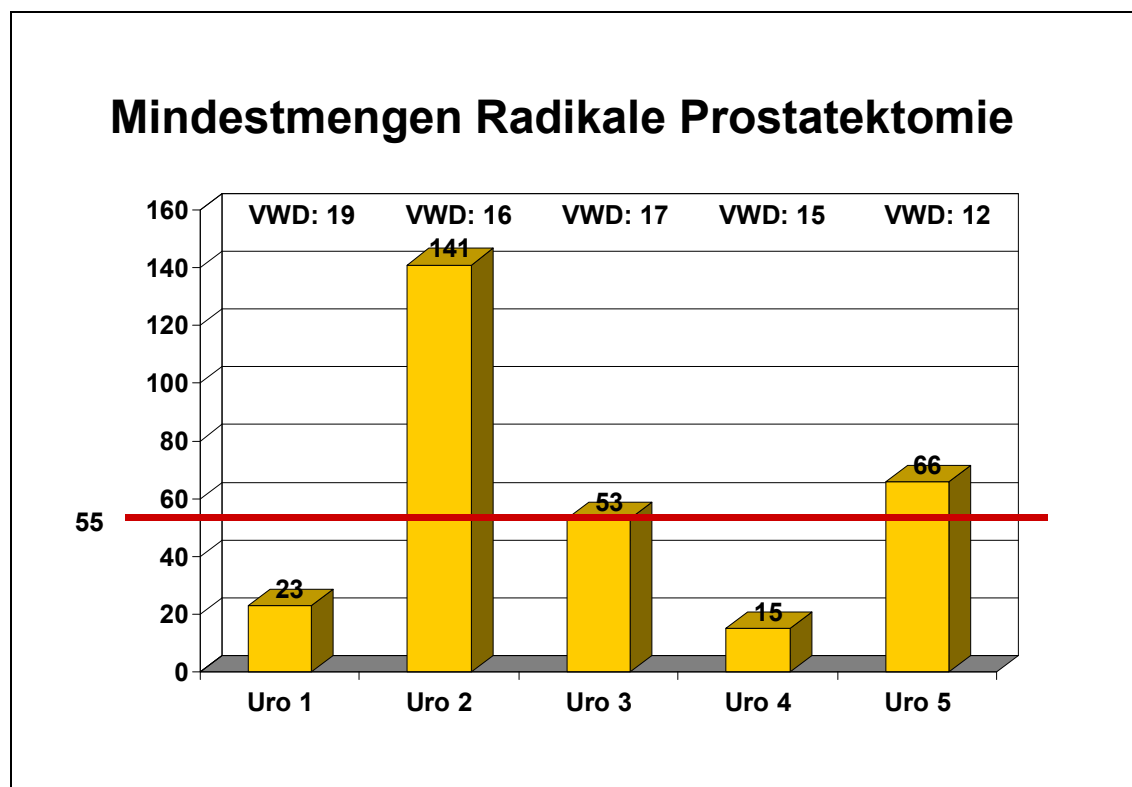


Abb. 13

Diese Grenze wird nur in zwei von den fünf untersuchten Abteilungen überschritten und nur in der Abteilung 2 deutlich (siehe Abbildung 13). Nach bundesweiten Untersuchungen überschreiten nur 59 von 259 (23%)

²⁸⁹ Siehe 4.2.1

²⁹⁰ Vgl. Geraedts, M.: Spärliche Evidenz für explizite Mindestmengen. In: Deutsches Ärzteblatt. 101. Jg. (2004). Heft 20. S. 1168.

²⁹¹ Vgl. Bruckenberger, E.: Analyse der Vorgabe von Mindestmengen planbarer Leistungen nach dem Fallpauschalgesetz. In: Arzt und Krankenhaus. (2003). Heft 4. S. 112.

Abteilungen die Mindestmengengrenze²⁹². Bei einer Umsetzung dieser Regelung müsste also ein großer Anteil der deutschen Urologien die Durchführung dieser Operationen einstellen oder durch Kooperationen Zentren bilden, um die Mindestfallgrenze zu erreichen. Entsprechende Umleitungen der Patientenströme wären die Folge²⁹³.

²⁹² Vgl. Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H.: Krankenhausreport 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart 2003. S. 195.

²⁹³ Vgl. Blum, K./Offermanns, M.: Umverteilungswirkungen der Mindestmengenregelung. Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). In: das Krankenhaus. 96. Jg. (2004). S. 790.

6 Zusammenfassung und Bewertung

Die Ausführungen in dieser Arbeit haben gezeigt, dass der Gesetzgeber in den letzten zehn Jahren mit verschiedenen Reformen versucht hat, eine Leistungsorientierung in der Krankenhausfinanzierung umzusetzen, um damit Wettbewerbselemente im Krankenhaussektor einzuführen und den Kostenanstieg einzudämmen. Dabei zeigten schon die frühen Reformen, insbesondere das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 und die Bundespflegeverordnung von 1995, Ansätze einer leistungsorientierten Vergütung²⁹⁴. Aus heutiger Sicht kann festgestellt werden, dass die Grundsätze der heutigen Krankenhausfinanzierung im Sinne eines pauschalierten Preissystems schon damals aufgegriffen worden sind. Die Wirkung blieb jedoch auf Grund des geringen Durchdringungsgrades – nur ein geringer Teil der Leistungen wurde in die pauschalierte Preisbildung einbezogen - gering. Die 2003 vollzogene Einführung eines DRG Systems führt damit die Zielsetzungen der frühen Reformen fort und stellt das erste durchgängig leistungsorientierte Vergütungssystem der deutschen Krankenhausfinanzierung dar. Damit kommt den DRGs die Rolle von Prozessbeschleunigern für bereits länger politisch gewünschte Veränderungen zu²⁹⁵. Insofern werden in der Diskussion um DRGs auch viele bereits bekannte und diskutierte Steuerungsziele und Steuerungsinstrumente angetroffen und aufgenommen.

Die politisch gewollte Entwicklung des Gesundheitssektors hin zu einem Wettbewerbsmarkt birgt aber auch Gefahren für die Versorgungsqualität und damit für die Patienten. Eine zu starke Deregulierung könnte dazu führen, dass allein ökonomische Interessen verfolgt werden und Qualitätsziele in den Hintergrund treten²⁹⁶. Hier kommt, neben der notwendigen Regulierung durch Qualitätssicherungsmaßnahmen, den Ärzten eine verantwortungsvolle Rolle zu:

²⁹⁴ Siehe 2.1

²⁹⁵ Vgl. Neubauer, G.: Ordnungspolitische Eckpunkte für eine Krankenhausergeltordnung. Ziel: Das Verhältnis von Preisen und Leistungen optimieren. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 2. S. 122.

²⁹⁶ Vgl. Rabbata, S.: Gesundheitswesen: Gefährlicher Wettbewerb. In: Deutsches Ärzteblatt. 102. Jg. (2005). Heft 17. S. 983.

Sie sind aufgefordert, den Spagat zwischen dem stärkeren Kostendruck und dem medizinisch Notwendigen aktiv zu gestalten²⁹⁷. Denn die zur Verfügung stehenden Ressourcen werden auch in der Zukunft begrenzt sein. Insofern erfordert ein verantwortungsvolles ärztliches Handeln die Realität von begrenzten Mittel anzuerkennen und dafür Sorge zu tragen, dass diese nach medizinischen Notwendigkeiten und im Sinne der Patienten eingesetzt und verteilt werden. Dazu ist eine sachliche Auseinandersetzung erforderlich, bei der die DRGs die Chance bieten, die Diskussion um Leistungen und Optimierungspotenziale im Krankenhaus zu objektivieren.

Die Untersuchungen in dieser Arbeit haben gezeigt, dass die geänderten Rahmenbedingungen durchgreifende Wirkungen auf die Planung und Steuerung und damit auch auf das medizinisch-ärztliche Handeln in den deutschen Krankenhäusern haben werden. Dies gilt insbesondere für die Einführung des DRG Systems, das als Klassifikationssystem eine umfassende Transparenz über das medizinische Leistungsgeschehen eines Krankenhauses herstellt²⁹⁸. Eine Vergleichbarkeit der Leistungsfähigkeit wird damit ermöglicht.

In dem verschärften Wettbewerb werden langfristig die Krankenhäuser die besten Chancen haben, die in der Lage sind, ihr Leistungsspektrum nach ökonomischen Kriterien zu überprüfen und anzupassen. Damit wird das strategische Management des Krankenhauses unter DRGs an Bedeutung gewinnen²⁹⁹. Auf Basis der Ist-Situation im eigenem Haus und einer umfassenden Umfeldanalyse muss eine strategische Zieldefinition vorgenommen werden. Hierbei wird krankenhausesindividuell eine Balance zwischen den Zielen einer Preis-, Kosten- und Qualitätsführerschaft herzustellen sein. Zur Zielerreichung wird sich das Krankenhaus im Rahmen seiner strategischen Ausrichtung nach außen öffnen müssen. Die Bildung von

²⁹⁷ Vgl. Melchior, H.: Auch die Medizin muss ihren Beitrag leisten, um den Kollaps abzuwenden... In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 620.

²⁹⁸ Vgl. Lohmann, H.: Die Zukunft hat schon begonnen. DRG-Erfahrungen im LBK Hamburg in den Jahren 1997 bis 2000. In: Forum für Gesellschaftspolitik. 6. Jg. (2000). Heft Juli/August. S. 192.

²⁹⁹ Vgl. Einwag, M./Häuser, E.: Wenn Ziele sich scheinbar widersprechen, müssen sie austariert werden. Praktische Erfahrungen mit Balanced Scorecard (BSC) in einem amerikanischen Krankenhaus. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 1. S.24.

Allianzen in Form von horizontalen und vertikalen Vernetzungen kann die Wettbewerbsposition langfristig stärken.

Bei der Umsetzung der strategischen Ziele müssen sich die Maßnahmen direkt auf Leistungen, Prozesse und Qualität beziehen. Zur Steuerung sind Informationen notwendig, die sich an den Steuerungszielen ausrichten müssen. So muss sich das Berichtswesen darauf konzentrieren, den jeweiligen Entscheidungsträgern die für Planung, Steuerung und Kontrolle entscheidungsrelevanten Informationen zu liefern³⁰⁰. In dieser Arbeit wurde hierzu ein konkretes Modell vorgestellt. Weitere und stärker leistungsorientierte Kennzahlen werden zu entwickeln sein.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden G-DRG-basierte Steuerungsinstrumente methodisch entwickelt und bekannte Instrumente auf ihre Einsatzmöglichkeiten unter DRGs überprüft. Eine wichtige Rolle wird die Steuerung über DRG-basierte Fachabteilungsbudgets einnehmen. Die Untersuchungen in dieser Arbeit haben gezeigt, dass auch die Aufteilung von G-DRG Erlösen auf Fachabteilungen trotz der methodischen Komplexität lösbar ist. Die entwickelte Methode stellt einen guten Kompromiss zwischen Genauigkeit und Praktikabilität dar und wurde von anderen Arbeitsgruppen bereits aufgenommen. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für den Aufbau von Ergebnisorientierten Leistungszentren. Weitere Differenzierungen und Ergänzungen der Methode müssen zielgerichtet entwickelt werden. Zur Identifizierung von Handlungsnotwendigkeiten und zur Objektivierung der Zielgrößen werden Betriebs- und Benchmarkvergleiche unerlässlich sein. Auch hierzu wurde ein DRG-basierter Ansatz dargestellt. Besonders hier ist der Grundsatz zu beachten, dass die Kostenhomogenität innerhalb der DRGs nicht mit der medizinischen Homogenität der Behandlungsfälle gleichzusetzen ist. Auch die unterschiedlichen Instrumente der Kostenrechnung wurden auf ihre Einsatzmöglichkeiten in einem DRG System überprüft. Da eine Steuerung auf

³⁰⁰ Vgl. Eichhorn, S.: Entscheidungsorientiertes Informationsangebot im Krankenhaus. Grundlagen und Notwendigkeit. In: Bertelsmann Stiftung Stadt Gütersloh (Hrsg.): Aufbau eines entscheidungsorientierten Informations- und Berichtswesens im Krankenhaus. Pilotstudie im Städtischen Krankenhaus Gütersloh 1985. S. 20.

Basis von geschlüsselten Kosten nur sehr eingeschränkt möglich ist, wird eine alleinige Vollkostenrechnung zur Steuerung unter DRGs nicht ausreichen. Statt dessen muss auf Ebene der Teilkosten nach den durch den jeweiligen Bereich beeinflussbaren Kosten differenziert werden.

Für die Steuerung unter DRGs stehen dem Krankenhausmanagement also verschiedene Instrumente zur Verfügung. Weitere DRG-basierte Varianten werden noch zu entwickeln sein. Die Auswahl des geeigneten Steuerungsinstruments muss immer in Abhängigkeit von dem vorher definierten Steuerungsziel und dem gewünschten Differenzierungsgrad erfolgen. Für die Krankenhaussteuerung mittels DRG-basierter Methoden gilt grundsätzlich, dass der Steuerungserfolg von der Qualität der Leistungsdaten abhängt. Eine nicht den Kodierregeln entsprechende Leistungsdokumentation führt zu einer nicht leistungsgerechten DRG Gruppierung und kann damit Ursache von Fehlsteuerungen sein.

Die Umsetzung der durch die neuen Rahmenbedingungen ausgelösten Veränderungsprozesse wird strukturelle Veränderungen im Krankenhaus notwendig machen. Diese müssen sich auf die Struktur der Leistungsbereiche und die Führungs- und Organisationsverantwortung beziehen. Die Anpassung der Struktur der Leistungsbereiche wird eine Abkehr von der objektbezogenen Aufbauorganisation zu mehr an den Behandlungsprozessen orientierten Strukturen bedeuten, da effiziente Prozesse einen wesentlicher Erfolgsfaktor in einem pauschalierten Preissystem darstellen. Hierzu sind die Teilleistungen einer Behandlung auf ihre Notwendigkeit zur Zielerreichung kritisch zu hinterfragen und in ihrer Abfolge zu optimieren. Dabei ist immer der gesamte Aufenthalt im Krankenhaus zu betrachten. Schnittstellenprobleme und Fehlsteuerungen durch Teiloptimierungen müssen vermieden werden. Ziel ist es, die Prozesse an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten³⁰¹. Hierdurch können neben Kostenzielen auch Qualitätsziele erreicht werden. Mögliche

³⁰¹ Vgl. Eichhorn, S.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorientierung – Budget-, Prozeß- und Qualitätsverantwortung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung: Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 11.

Umsetzungsvarianten sind in dieser Arbeit diskutiert und dargestellt worden. Die verstärkte Prozessorientierung erfordert aber auch eine Verlagerung von Verantwortung und eine Dezentralisierung der Kompetenzen und damit eine Anpassung der Managementstruktur. So kann in komplexen Unternehmen wie dem Krankenhaus durch Delegation von Kompetenz und Verantwortung der Planungs- und Steuerungsprozess besser beherrschbar gemacht werden³⁰². Profitcenter oder Ergebnisorientierte Leistungszentren stellen dazu mögliche Umsetzungswege dar, die in Hinblick auf die DRG-Einführung verstärkt diskutiert werden müssen. Die Aufgabe der Krankenhausleitung besteht dann darin, die Ziele der einzelnen Leistungsbereiche auf die übergeordneten Krankenhausziele auszurichten.

Die veränderten Managementstrukturen erfordern eine neue Rolle der Ärzte, die neben der medizinischen Tätigkeit im Bereich der Diagnostik und Therapie auch Steuerungs- und Organisationsaufgaben aktiv annehmen müssen³⁰³. Dies bedeutet zwar nicht, dass jeder klinisch tätige Arzt zum Manager wird, aber die Fachabteilungen müssen sicherstellen, dass die Aufgaben der Dokumentation, Leistungssteuerung, Budgetverantwortung und Prozessoptimierung wahrgenommen werden. Zur Umsetzung sollten entsprechend motivierte und qualifizierte Mitarbeiter - je nach Abteilungsgröße im Neben- oder Hauptamt - eingesetzt werden. In dieser Arbeit wurde hierzu eine mögliche Umsetzungsvariante vorgestellt: Das Modellprojekt Ärztliches Abteilungsmanagement in der Urologie des AK Barmbek konnte eine effiziente Umsetzung der Anforderungen nachweisen. Entsprechend finden sich heute immer wieder Stellenausschreibungen für hauptamtliche ärztliche Abteilungsmanager, wie auch das Beispiel der Universitätsklinik Hannover

³⁰² Vgl. Strehlau-Schwoll, H.: Profitcenter-Organisation als Antwort auf abteilungsbezogene Budgetverantwortung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozessorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln 1999. S. 34.

³⁰³ Vgl. Roeder, N./Hensen, P./Fiori, W./Bunzemeier, H./Loskamp, N.: DRGs, Wettbewerb und Strategie. In: das Krankenhaus. 96. Jg. (2004). Heft 9. S. 704f.

zeigt³⁰⁴. Die Variante einer hauptamtlichen Tätigkeit wird auf Grund der engen Personalkapazitäten aber nur größeren Abteilungen vorbehalten bleiben. Interessant bei der Bewertung des Modellprojektes ist aber vor allem, dass es sieben Jahre vor der DRG-Einführung etabliert wurde und heute die Notwendigkeit aktueller denn je erscheint: Insbesondere die Aufgaben der medizinischen Leistungsdokumentation, der Leistungs-, Kosten- und Erlössteuerung und Reorganisation der Behandlungsprozesse bilden im heutigen DRG Zeitalter die Grundpfeiler eines erfolgreichen Abteilungsmanagements. Die während des Modellprojekt eingeführten Organisationsinnovationen in Form einer zentralen Aufnahme- und Diagnostikeinheit sowie einer Kurzzeitstation werden heute unter DRGs vehement gefordert³⁰⁵. Auch in der Urologie des AK Barmbek werden diese Einrichtungen noch erfolgreich betrieben.

Für eine erfolgreiche Krankenhaussteuerung müssen medizinische Inhalte in der gesamten Managementstruktur des Krankenhauses abgebildet werden³⁰⁶. Damit wird ärztliche Managementkompetenz nicht nur auf Abteilungs-, sondern auch auf Krankenhausebene benötigt³⁰⁷. Dies beinhaltet auch den Aufbau eines Medizincontrollings im Rahmen eines integrierten Controllingkonzeptes mit zentraler und dezentraler Ausrichtung³⁰⁸. Weiterhin muss die medizinische Managementkompetenz auch auf Ebene der Krankenhausleitung vertreten sein³⁰⁹.

³⁰⁴ Vgl. Stellenangebot der Universitätsklinik Hannover. Erschienen in: das Krankenhaus. 95. Jg. (2003). Heft 9. S. 743.

³⁰⁵ Vgl. Kaufmann, P.: Einführung einer Kurzzeittherapiestation. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 146. und Neuhaus, G.: Mehr Effizienz durch zentrale Aufnahme. Pläne für Neu-Organisation der Patientenaufnahme. In: KlinikManagement Aktuell (2001). Heft 6. S. 51.

³⁰⁶ Vgl. Oberender, P./Hacker, J./Da-Cruz, P.: Medizin-Contoller sind unverzichtbar, doch rar und gesucht. Das neue Multitalent muss Medizin, Ökonomie und Kommunikationsgeschick in einer Person verbinden. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 19. Jg. (2002). Heft 4. S. 356f.

³⁰⁷ Vgl. Schwing, C.: Reiner Sachverstand reicht nicht aus. Sind Ärzte die Verwaltungschefs der Zukunft? In: Krankenhaus Umschau. 74. Jg. (2005). Heft 5. S. 423.

³⁰⁸ Vgl. Kazmierczak, K.: Eine neue Managementstruktur entsteht. Umfrage zu Konzeptionen und Umsetzung/Berufsbild und Perspektiven des Medizin-Controlling. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 1. S. 38.

³⁰⁹ Vgl. Spindler, K.: Arzt als Manager – unter Vorbehalt. Wird der hauptamtliche Ärztliche Direktor wirklich zum Normalfall? In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 7. S. 619.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die neuen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung auf alle Ebenen, Bereiche und Strukturen des Krankenhauses wirken. Das Krankenhausmanagement und insbesondere die Ärzte sind aufgefordert, diese Herausforderung anzunehmen und notwendige Anpassungen einzuleiten.

Literaturverzeichnis

- Adam, D.: Thesenpapier zu generellen Problemen von Betriebsvergleichen. In: von Eiff, W. (Hrsg.): Krankenhausbetriebsvergleich. Neuwied, Kriftel, Berlin: Leuchterhand, 2000. S.103-111.
- Adam, H./Henke, K.-D.: Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1: Krankenversicherungsrecht. München: Beck, 1994. S. 113-144.
- Ament-Rambow, C.: Abteilungsgrenzen überwinden. Ohne Prozessmanagement keine wirkliche Qualitätsverbesserung. In: Krankenhaus Umschau. 69. Jg. (2000). Heft 2. S. 84-87.
- Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H.: Krankenhausreport 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer, 2003.
- Asmuth, M. u.a.: Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 – Abschlußbericht -.In: Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.): Schriftenreihe Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie. Band 7. Düsseldorf 1999.
- Asmuth, M./Blum, K./Fac-Asmuth, W. G./Gumbrich, G./Müller, U./Offermanns, M./Urbahn, D.: Die Umsteiger-Krankenhäuser im ersten Jahr unter neuem Recht. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 14. Jg. (1997). Heft 4. S. 334–337.
- Bader, J./Thiess, M.: Die Kostenträgerrechnung wird überlebenswichtig im DRG-basierten Vergütungssystem. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 2. S. 169-172.
- Baum, G./Tuschen, K.H.: AR-DRG – Die Chancen nutzen. Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 5. S. 449-460.
- Baum, G.: Deutschland auf dem Weg ins Preissystem: Wie geht es weiter ab 2007? In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 3. S. 228-229.

- Billing, A./Thalhammer, M./
Eißner, H.-J./Hornung, H./
Jauch, K.-W.: DRG 2004: Was sind die wirtschaftlichen
Konsequenzen? In: führen und wirtschaften im
Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 132-138.
- Billing, A./Thalhammer, M./
Eißner, H.-J./Hornung, H./
Jauch, K.-W./Auburger, G.: Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung. In:
führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg.
(2004). Heft 4. S. 375-378.
- Billing, A./Thalhammer, M./
Pflaum, M.: Hauseigene Kalkulation der DRG-Kosten als Hilfe für
die Zukunftsplanung. In: führen und wirtschaften im
Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 5. S. 450-451.
- Billing, A.: Maximalversorger – Einbußen noch hoch. Aus-
wirkungen des Fallpauschalenkataloges für 2005 und
des 2. Fallpauschaländerungsgesetzes 2004. In:
Deutsches Ärzteblatt. 102 Jg. (2005). Heft 7.
S. 337-338.
- Blum, K./Offermanns, M.: Umverteilungswirkungen der Mindestmengen-
regelung. Repräsentativerhebung des Deutschen
Krankenhausinstituts (DKI). In: das Krankenhaus. 96.
Jg. (2004). S. 787-790.
- BPfIV Verordnung zur Regelung der Krankenhaus-
pfllegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BPfIV)
vom 26.09.1994 (BGBl I S. 2750).
- Bracht, M./Bruns, T./
Tauber, R.: Modernes Krankenhausmanagement aus Sicht des
Krankenhausarztes. In: Der Urologe B. 36. Jg. (1996).
Heft 5. S. 399-403.
- Bracht, M.: Betriebswirtschaftliche Steuerungspotenziale von
DRGs auf Basis von Fachabteilungsbudgets unter
besonderer Berücksichtigung von Verweildauer-
analysen. Dargestellt am Beispiel eines ausgewählten
Krankenhauses. Diplomarbeit im Rahmen der
Weiterbildung zum Krankenhausbetriebswirt (VKD).
2001.
- Bracht, M.: Ärztliche Abteilungscoordination – Bericht über einen
Modellversuch. In: Klotz, Engelmann, Neubauer
(Hrsg.): Gesundheitsmanagement und Krankenhaus-
organisation im Wandel. Berlin: Acron Verlag, 1996.
S. 174-178.

- Bracht, M.: Erfahrungen mit dem DRG-System: Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser und Krankenhausärzte. In: chefarzt aktuell. (2000) Heft 11. S. 106-109.
- Bracht, M.: Steuerungsinstrumente anpassen – Berechnung von DRG-basierten Fachabteilungsbudgets. In: Krankenhaus Umschau Special: Controlling. (4/2002). Nummer 19. S. 13-17.
- Bruckenberger, E.: Analyse der Vorgabe von Mindestmengen planbarer Leistungen nach dem Fallpauschalgesetz. In: Arzt und Krankenhaus. (2003). Heft 4. S. 109-117.
- Clade, H.: Gute Noten für das Entgeltsystem. In: Deutsches Ärzteblatt. 96. Jg. (1999). Heft 47. S. 2430-2431.
- Clade, H.: Krankenhäuser müssen differenziert abrechnen. In: Deutsches Ärzteblatt. 91. Jg. (1994). Heft 9. S. B433-B434.
- Commonwealth of Australia: Australian Refined Diagnosis Related Groups. Definition Manual. Version 4.1, Volume 1. Canberra 1998.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: GKV Leistungsausgaben 1960 – 2004. In: Zahlen, Daten, Fakten. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf 2005.
- Drösler, S.: Qualitätsbericht: Darf es auch mehr sein?. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 118-122.
- Eichhorn, S./ Schmidt-Rettig, B.: Empfehlungen zu innovativen Leitungsstrukturen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York: Schattauer, 2001. S. 7-46.
- Eichhorn, S.: Anforderungen an Krankenhausleitung und Krankenhausbetriebsführung. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Professionalisierung des Krankenhausmanagements. Symposium zur Führung und Organisation von Krankenhausleitungen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 1990. S. 7-23.

- Eichhorn, S.: Entscheidungsorientiertes Informationsangebot im Krankenhaus. Grundlagen und Notwendigkeit. In: Bertelsmann Stiftung Stadt Gütersloh (Hrsg.): Aufbau eines entscheidungsorientierten Informations- und Berichtswesens im Krankenhaus. Pilotstudie im Städtischen Krankenhaus Gütersloh. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 1985. S. 17-21.
- Eichhorn, S.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorientierung – Budget-, Prozeß- und Qualitätsverantwortung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung: Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 1-13.
- Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Band II. 3. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1976.
- Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Band III. 3. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1987.
- Eichhorn, S.: Organisatorische, qualitative und finanzielle Aspekte der nicht stationären Versorgungsformen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1995. S. 35-45.
- Einwag, M./Häuser, E.: Wenn Ziele sich scheinbar widersprechen, müssen sie austariert werden. Praktische Erfahrungen mit Balanced Scorecard (BSC) in einem amerikanischen Krankenhaus. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 1. S.22-24.
- Eversmeyer, M.: Das DRG-System stoppt in Australien nicht den Ausgabenanstieg. Erfahrungen einer Studienreise nach New South Wales. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 3. S. 230-232.

- Fack-Asmuth, W.G.: Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Stand des Verfahrens und aktueller Handlungsbedarf für die Krankenhäuser. In: das Krankenhaus. 87. Jg. (1995). S. 470-480.
- Feinen, R.: Patientenbezogene Organisation von Behandlungsprozessen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 188-199.
- Fetter, R.-B.: Autogroup Patient Classification Scheme and Diagnosis Related Groups. Health Care Financing Administration. Washington D.C. 1979.
- Fischer, W.: Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. Kurzbeschreibung und Beurteilung. Wolfertswil/Schweiz: Z/I/M, 2000. Kapitel F.
- Franzreb, B./Göbel, D.: Transparenz von Behandlungsabläufen im Krankenhaus. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 604-606.
- Frühauf, G.: Finanz- und Medizincontrolling auf dem Weg zur erfolgreichen Zusammenarbeit. In: Managed Care. (2003). Heft 8. S. 7-10
- G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2004. Definitionshandbuch. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK). Siegburg, Germany 2003.
- Geraedts, M.: Spärliche Evidenz für explizite Mindestmengen. In: Deutsches Ärzteblatt. 101. Jg. (2004). Heft 20. S. 1166-1168.
- GRG Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) vom 20.12.1988 (BGBl I S. 2477).
- GSG Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl I S. 2266).
- Hagen, K./Weber, W.: Der Controlling-Berater. Informationen, Instrumente, Praxisberichte. Freiburg: Haufe, 1999.

- Hahn, D.: PuK, Controllingkonzepte: Planung und Kontrolle, Planungs- und Kontrollsysteme, Planungs- und Kontrollrechnung. 5. Auflage. Wiesbaden: Gabler, 1991.
- Hartl, I./Schuler, M.: Die zentrale Notaufnahme steigert Qualität, schafft Bürgernähe und bindet Patienten. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 140-144.
- Heicappell, R./
Goldschmidt, A.: Gesundheitsstrukturgesetz und Dokumentation in der Klinik. Aktuelle Entwicklungen, Perspektiven und Hinweise für die Umsetzung in der Klinik. In: Aktuelle Urologie. 26. Jg. (1995). S. 361-368.
- Heinen., E.: Industriebetriebslehre. Entscheidungen im Industriebetrieb. 9. Auflage. Wiesbaden: Gabler, 1991.
- Helmig, B.: Performance-Messung und internes Benchmarking in Krankenhauskonzernen mittels Data Envelopment Analysis (DEA). In: das Krankenhaus. 93. Jg. (2001). Heft 6. S. 489-496.
- Hensen, P./Schwarz, T./
Luger, T./Roeder, N.: Veränderungsmanagement im DRG-Zeitalter: Anpassungsprozesse müssen integrativ bewältigt werden. In: das Krankenhaus. 95. Jg. (2004). Heft 2. S. 88-92.
- Hensen, P./Schwarz, T./
Luger, T./Roeder, N.: DRG-Kompetenz als Schlüsselqualifikation. In: Deutsches Ärzteblatt. 101. Jg. (2004). Heft 9. S. 465-466.
- Hildebrandt, H./
Rippmann, K./Seipel, P.: Integrierte Versorgung: So führt sie zum Erfolg. Wer seine Wettbewerbsposition nicht prüft, gerät rasch in Gefahr. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 4. S. 390-394.
- Hoppe, A./
Schmidt-Rettig, B./
Weygoldt, J.: Modell einer Deckungsbeitragsrechnung für Ergebnisorientierte Leistungszentren (ELZ) – Grundstufe und Ausbaustufe -. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 57-71.

- Janiszewski, J./Pfaff, M.: Das DRG-Kalkulationsmodell. Wie in Deutschland Fallkosten zur Bestimmung der Relativgewichte kalkuliert werden. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 3. S. 221-228.
- Kaufenstein, M./Pletz, M./Ripplinger, M.: Wer auf die Qualität achtet, senkt die Kosten. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 15. Jg. (1998). Heft 3. S. 226-233.
- Kaufmann, P.: Einführung einer Kurzzeittherapiestation. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 146-148.
- Kazmierczak, K.: Eine neue Managementstruktur entsteht. Umfrage zu Konzeptionen und Umsetzung/Berufsbild und Perspektiven des Medizin-Controlling. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 1. S. 35-38.
- Kerres, M./Lohmann, H.: Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung. Vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum. Wien: Ueberberreuter, 1999.
- KFPV Verordnung zum Fallpauschalsystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 – KFPV 2004) vom 13.10.2003 (BGBl. I S. 1995).
- KHEntgG Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG). Vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412, 1422). Zuletzt geändert durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I. S. 2190).
- KHG 2000 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG). In der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626).

- KHG 2004 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I. S. 886). Zuletzt geändert durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I. S. 2190).
- KHNG Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (KHNG) vom 20.12.1984 (BGBl. I S. 1716).
- Klein, M.: Diagnosis Related Groups. Das diagnosebezogene Abrechnungsmodell für stationäre Leistungen. Landsberg, München: ecomed, 1988.
- Koester, K.: Qualitätssicherung: Anspruch, Realität und Auswirkungen auf den medizinischen Alltag. In: Arzt und Krankenhaus. (1996). Heft 8. S. 250-255.
- Köninger, H.: Zum Handlungsbedarf in den deutschen Krankenhäusern für die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems nach § 17b KHG. Studie im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf 2000.
- Kothe-Zimmermann, H.: Effiziente Prozessorientierung am Westklinikum Heide. In: das Krankenhaus. 93. Jg. (2001). Heft 6. S. 484-488.
- Lauterbach, K./Lüngen, M.: Neues Entgeltsystem nach US-Muster. In: Deutsches Ärzteblatt. 97 Jg. (2000) Heft. 8. S. B-392-B395.
- Lauterbach, K./Lüngen, M.: DRG-Fallpauschalen: eine Einführung. Anforderungen an die Adaption von Diagnosis-Related Groups in Deutschland. Stuttgart, New York: Schattauer, 2000.
- Lauterbach, K./Lüngen, M.: Weitreichende Veränderungen absehbar. Was kommt mit und nach den Diagnosis-Related Groups (DRG)? In: Forum für Gesellschaftspolitik. 6. Jg. (2000). Heft Juli/August. S. 186-189.

- Lauterbach, K.: Mehr ambulante Krankenhausleistungen, mehr Spezialisierung und Zentralisierung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 576-577.
- Lauterbach, K.: Qualitätssicherung in einem DRG-System (Interview). In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 7. S. 522-524.
- Lauterbach, K./Lüngen, M.: Neues Entgeltsystem nach US-Muster. In: Deutsches Ärzteblatt. 97. Jg. (2000). Heft 8. S. B392-B396.
- Leititis, J.U.: Stationäre Leistungserbringung unter DRGs. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 11. S. 897-902.
- Leititis, J.U.: Rationalisierungsinstrument mit Nebenwirkungen. In: Forum für Gesellschaftspolitik. 6. Jg. (2000). Heft Juli/August. S. 194-197.
- Lenke, N./Graf, K.: BpflV '95, Vorbereitung auf die neuen Entgeltformen. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 11. Jg. (1994). Heft 6. S. 466-474.
- Lohmann, H.: Die Zukunft hat schon begonnen. DRG-Erfahrungen im LBK Hamburg in den Jahren 1997 bis 2000. In: Forum für Gesellschaftspolitik. 6. Jg. (2000). Heft Juli/August. S. 190-193.
- Melchior, H.: Auch die Medizin muss ihren Beitrag leisten, um den Kollaps abzuwenden... In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 620-621.
- Mellerowicz, K.: Unternehmenspolitik. Band I. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Haufe, 1963.
- Mis, U.: Grundlagen der Krankenhausfinanzierung. In: von Eiff, W./Fenger, H./Gillesen, A./Kerres, A./Mis, U./Raem, A.M./Winter, S.F. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager (Band 1). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2002. S. 1-29.
- 3M Manual: All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRGs). Definition Manual. Version 12.0. Wallingfort: 3M Health Information Systems, 1994.

- Möws, V.: Zu viel stationär, zu wenig ambulant. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 167-172.
- Müller, D./Schlaudt, H.-P.: Prozeßanalysen als Grundlage für einen patientenorientierten und effizienten Behandlungsablauf. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 200-206.
- Müller-Bellingrodt, T./
Wolff, U.: Wer richtig kodiert, wird auch richtig belohnt. Das Anreizsystem für korrekte Kodierung und Dokumentation am Uniklinikum Frankfurt am Main. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 585-589.
- Nefiodow, L.A.: Der sechste Kondratieff. Gesundheit und Wirtschaftswachstum. In: Management Krankenhaus. (2002). Heft 3. S. 2.
- Neubauer, G./Nowy, R.: DRGs in Australien – Fallkostenkalkulation, Vergütungsfindung und Zu- und Abschläge. In: das Krankenhaus. 93. Jg. (2001). Heft 2. S. 123-129.
- Neubauer, G./Nowy, R.: Internationale Erfahrungen. Eine Analyse der Verwendungsmöglichkeiten von Patientenklassifikationssystemen. In: Forum für Gesellschaftspolitik. 6. Jg. (2000). Heft Juli/August. S. 179-183.
- Neubauer, G.: Das Ziel muss Wettbewerb sein. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 8. S. 701-704.
- Neubauer, G.: Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausentgeltsystem. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 3. S. 163-167.
- Neubauer, G.: Kooperation, Fusion, Betreibergesellschaft als Wege in die Zukunft. Wer heute noch Kirchturmpolitik betreibt, wird morgen aus dem Wettbewerb gedrängt. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 4. S. 382-385.

- Neubauer, G.: Ordnungspolitische Eckpunkte für eine Krankenhausentgeltordnung. Ziel: Das Verhältnis von Preisen und Leistungen optimieren. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 2. S. 122-126.
- Neuhaus, G.: Mehr Effizienz durch zentrale Aufnahme. Pläne für Neu-Organisation der Patientenaufnahme. In: KlinikManagement Aktuell (2001). Heft 6. S. 50-51.
- Oberender, P./Hacker, J./
Da-Cruz, P.: Medizin-Contoller sind unverzichtbar, doch rar und gesucht. Das neue Multitalent muss Medizin, Ökonomie und Kommunikationsgeschick in einer Person verbinden. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 19. Jg. (2002). Heft 4. S. 356-359.
- Ohm, G./Albers, E./
Aßmann, J./Brase, R.: Der Mut zum Vergleich lohnt, um von den Besten zu lernen. Das AP-DRG-System im Krankenhausalltag des LBK Hamburg. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 1. S. 38-42.
- Paccaud, F. DRG – Diagnosis Related Groups: Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten. Übersetzt und herausgegeben von Andreas Frei. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1990.
- Preusker, U.: Muss ein Viertel der deutschen Kliniken bis zum Jahr 2015 schließen?: In: KlinikManagement Aktuell. (2000). Heft 4. S. 8-9.
- Rabbata, S.: Gedundheitswesen: Gefährlicher Wettbewerb. In: Deutsches Ärzteblatt. 102. Jg. (2005). Heft 17. S. 983.
- Ramme, M./Vetter, U.: Die Bildung von Abteilungsbudgets auf der Basis von AP-DRGs. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 2. S. 156-158.
- Reif, M.: Sag mir, wo die Ärzte sind... Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern – jedes zweite Haus ist auf der Suche. In: Krankenhaus Umschau. 71. Jg. (2002). Heft 5. S. 350-352.
- Riegel, H.T./Scheinert,
H.D.: Externe Qualitätsbeurteilung Krankenhaus. Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 12. Jg. (1995). S. 117-122.

- Rochell, B./Roeder, N./
Henneke, M./Schmidt, M./
Meurer, H. W./Stapf, N./
Polei, G./Düllings, J./
Raskop, A. M./Meister, J.:
Einigung auf Australisch – Die Selbstverwaltung entscheidet sich für das AR-DRG-System. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 8. S. 605-610.
- Rochell, B./Roeder, N.:
DRGs für Deutschland. Die Selbstverwaltung verständigt sich auf die australischen AR-DRGs als Basis für das künftige deutsche Patientenklassifikationssystem. In: Arzt und Krankenhaus. (2000). Heft 8. S. 237-252.
- Rochell, B./Roeder, N.:
Starthilfe DRGs. Aktueller Stand und Perspektiven der Einführung eines DRG-Systems in Deutschland und die notwendige Vorbereitung des Krankenhauses. In: das Krankenhaus. Sonderausgabe 2001.
- Rochell, B./Roeder, N.:
Vergleichende Betrachtung und Auswahl eines Patientenklassifikationssystems auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (I). In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 4. S. 261-268.
- Roeder, N./Hensen, P./
Fiori, W./Bunzemeier, H./
Loskamp, N.:
DRGs, Wettbewerb und Strategie. In: das Krankenhaus. 96. Jg. (2004). Heft 9. S. 703-711.
- Roeder, N./Irps, S./
Juhra, C./Glocker, S./
Fiori, W./Müller, M./
Hecht, A.:
Erlöse sichern durch Kodierqualität. Messung und Interpretation von Kodierqualität. In: das Krankenhaus. 94. Jg. (2002). Heft 2. S. 117-127.
- Roeder, N./Rochell, B.:
Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von DRGs in der Herzchirurgie. Erste Ergebnisse eines Praxisprojekts an 18 Kliniken. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 7. S. 525-545.
- Roeder, N./Rochell, B.:
Im DRG-System schreibt der Arzt mit der Kodierung die Rechnung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 2. S. 162-168.
- Rüschmann, H.-H./
Rüschmann, B./Roth, A.:
Auswirkungen des DRG-Systems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 21. Jg. (2004). Heft 2. S. 124-131.
- Sagasser, J./Dankwardt, R.:
Der Start ins neue System. Erfahrungen der Asklepios Kliniken bei der Einführung der DRG. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 1. S. 42-45.

- Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 10. Auflage. München, Wien: Oldenbourg, 1989.
- Schilling, H.: Ein integratives Steuerungsinstrument. Das Management braucht Informationen auch über medizinische Prozesse. In: Krankenhaus Umschau. 69. Jg. (2000). Heft 4. S. 270-275.
- Schirmer, H.: Krankenhaus-Controlling. Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager und Krankenhauscontroller. Renningen-Malmsheim: Linde, 1998.
- Schlüchtermann, J.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus - Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven einer Weiterentwicklung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 13. Jg. (1996). Heft 3. S.252 - 259.
- Schmidt, K.-J./
Pfaffenberger, P.: Was wird, wenn die DRGs kommen? Eine Gewinn- und Verlustanalyse aufgrund von Erfahrungen im St. Josefs-Hospital Wiesbaden. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 17. Jg. (2000). Heft 3. S. 228-237.
- Schmidt, U.: Die DRG werden zu einem Wettbewerb um wirtschaftliche, qualitativ gute Lösungen beitragen (Interview mit der Bundesministerin). In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 2. S. 108-109.
- Schmidt-Rettig, B./
Böhning, F.: Bedeutung und Konzeption einer Prozesskostenrechnung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 121-145.
- Schmidt-Rettig, B.: Funktionsorientierte Gestaltung der Krankenhausleitung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1995. S. 377-384.

- Schmidt-Rettig, B.: Insellösungen reichen nicht. Medizin-Controlling muss Bestandteil eines integrativen Konzeptes sein. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 1. S. 39-43.
- Schmidt-Rettig, B.: Interne Budgetierung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1995. S. 286-298.
- Schmidt-Rettig, B.: Vom selbstkostendeckenden Pflegesatz zu fallpauschalierten Preisen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1995. S. 135-144.
- Schmidt-Rettig, B.: Profitcenter-Organisation und Prozeßorganisation – Konflikt oder Konsens?. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 207-216.
- Schmidt-Rettig, B.: Zukunft der Krankenhäuser in veränderten Strukturen – Paradigmenwechsel des Krankenhausmanagements und Perspektiven eines Strukturwandels. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York: Schattauer, 2001. S. 56-62.
- Schubert, H.-J./Bäuerle, T.: Damit Veränderungsprozesse gelingen. Kostenreduzierung reicht nicht aus, um die Zukunft zu sichern. In: Krankenhaus Umschau. 74. Jg. (2005). Heft 5. S. 402-406.
- Schülke, K./
Reutner-Herkner, C./
Bartkowski, A.: Vernetztes und wohnortnahes Versorgungsangebot. Möglichkeiten zur Ausweitung und Ergänzung von Gesundheitsdienstleistungen. In: Krankenhaus Umschau. 70. Jg. (2001). Heft 6. S. 458-460.

- Schwing, C.: Reiner Sachverstand reicht nicht aus. Sind Ärzte die Verwaltungschefs der Zukunft? In: Krankenhaus Umschau. 74. Jg. (2005). Heft 5. S. 423-424.
- Schwing, C.: Investieren um zu sparen. Intensivmedizin: Effizientes Hochrüsten. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 8. S. 697-700.
- Schwing, C.: Das Chefarztsystem, eine aussterbende Spezies? In: KlinikManagement Aktuell. (2002). Heft 6. S. 84-85.
- Schwing, C.: Urologie: Verändertes Berufsbild. In: Klinik-Management Aktuell. (2003). Heft 9. S. 78-81.
- Schwing, C.: Wesentlich brutaler und schneller. Der Katalog der Mindestmengenregelung wird wesentlich umfangreicher. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 10. S. 870-872.
- Seidel-Kwem, B./Vetter, U./ Wrabel, A.: Zügige Korrekturen notwendig. G-DRG-System 2004 schon als Preissystem anwendbar? In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 5. S. 424-426.
- Selbstverwaltung: Vereinbarung über eine Rahmenempfehlung gemäß § 137 in Verbindung mit § 112 SGB V zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. In: das Krankenhaus. 86. Jg. (1994) S. 476 - 477.
- SGB V 1998 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20.12.1998 (BGBl. I S. 2477, 2482).
- SGB V 2004 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20.12.1998 (BGBl. I S. 2477, 2482), in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190).
- Sieben, G./Philippi, M.: Krankenhaus-Controlling. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 3. Jg. (1986). Heft 2. S.18-19.
- Siebig, J.: Landesweite Basisfallwerte: Wie hoch sind sie, und wie geht es weiter? In: das Krankenhaus. 97. Jg. (2005). Heft 7. S. 559-564.

- Siess, M./Siewert, J.R.: Patientensicherheit unter dem Gesichtspunkt von Spezialisierung, Mindestmengen und Zentrenbildung. In: Dtsch Med Wochenschr (2005). 130: S. 503-507.
- Sing, R.: Die gesetzliche Krankenversicherung hat ein Einnahmeproblem. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 18. Jg. (2001). Heft 1. S. 69-71.
- Spindler, K.: Arzt als Manager – unter Vorbehalt. Wird der hauptamtliche Ärztliche Direktor wirklich zum Normalfall? In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 7. S. 618-619.
- Strehlau-Schwoll, H.: Bedeutung von internen Verrechnungspreisen in Profitcentern – Unterschiedliche Verfahren und ihre Wirkungsweisen. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung. Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 72-79.
- Strehlau-Schwoll, H.: Deckungsbeitragsrechnung im Krankenhaus. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1995. S. 299-320.
- Strehlau-Schwoll, H.: Leistungs-, Kosten- und Erlössteuerung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel. Handlungsempfehlung für die Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1995. S. 201-217.
- Strehlau-Schwoll, H.: Profitcenter-Organisation als Antwort auf abteilungsbezogene Budgetverantwortung. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Profitcenter und Prozeßorientierung: Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999. S. 34-42.

- Strehlau-Schwoll, H.: Singuläre versus plurale Leitungsstruktur sowie funktionale versus berufsgruppenspezifische Leistungsstruktur. In: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York: Schattauer, 2001. S. 91-103.
- Thielmann, M.: Der Weg zur Integration ambulanter Leistungen in das Krankenhaus ist frei. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 6. S. 526-527.
- Thiex-Kreye, M./Kalbit, M.: Veränderungen im Controlling bei Einführung eines DRG-Systems. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 4. S. 269-274.
- Thiex-Kreye, M.: Ressourcen gerecht verteilen. Aufbau einer erlösorientierten Budgetierung als Vorstufe zum Profit-Center-System. In: Krankenhaus Umschau. 73. Jg. (2004). Heft 10. S. 863-868.
- Tuschen, K.-H./Braun, T.: Veränderte Rahmenbedingungen für die Konvergenzphase. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 22. Jg. (2005). Heft 1. S. 28-36.
- Tuschen, K.-H.: Das neue Recht. Das bisherige System, Prinzipien des neuen Pflegesatzverfahrens. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 11. Jg. (1994). Heft 6. S. 442-448.
- Tuschen, K.-H./Trefz, U.: Krankenhausentgeltgesetz. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2004.
- Universitätsklinik Hannover: Stellenangebot der Universitätsklinik Hannover. Erschienen in: das Krankenhaus. 95. Jg. (2003). Heft 9. S. 743.
- Vera, A./Warnebler, P.: Die Strategiewahl beeinflusst den Gewinn des Krankenhauses. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 20. Jg. (2003). Heft 2. S. 136-138.
- von der Wense, D./
Bischoff-Everding, C./
Wiesmann, T.: Das Medical Pathway[®] System. Ein zentrales qualitätssicherndes Instrument des klinischen Fallmanagements. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus. 15. Jg. (1998). Heft 3. S.234-236.

- von Eiff, W.: Controlling als Führungsaufgabe. In: von Eiff, W. (Hrsg.): Krankenhausbetriebsvergleich. Neuwied, Kriftel, Berlin: Leuchterhand, 2000. S. 3-19.
- von Eiff, W.: Das Elend des Benchmarking. In: das Krankenhaus. 92. Jg. (2000). Heft 2. S. 94-97.
- Wahnschaffe, P./
Schneider, T.: Wie gut können die ersten deutschen DRG-Kostengewichte sein? Die Methodik der DRG Kalkulation aus Sicht der Kalkulationspraxis. In: das Krankenhaus. 94. Jg. (2002). Heft 5. S. 379-387.
- Ziegler, M./Hirner, A.: Auswirkungen des GSG auf Kliniken der Maximalversorgung. Krankenhausreport 1994. S. 97 – 106.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Matthias Rudolf Bracht
Geburtsdatum: 31. Mai 1966 in Hamburg
Nationalität: Deutsch
Familienstand: Ledig
Konfession: Evangelisch
Anschrift: Hohe Weide 10, 20259 Hamburg

Ausbildung

1972 – 1976: Grundschule Hamburg-Oldenfelde
1976 – 1985: Gymnasium Hamburg-Rahlstedt, Abschluß Abitur
1986 – 1987: Grundwehrdienst in Eutin, Ostholstein
1987 – 1994: Studium der Humanmedizin, Universität Hamburg
08.03.1996: Approbation als Arzt
1999 – 2002: Berufsbegleitende Weiterbildung zum Dipl. Krankenhausbetriebswirt (VKD) an der Akademie für Krankenhaus-Management, Fachhochschule Osnabrück

Berufserfahrung

1994 – 1997: Arzt im Praktikum und Assistenzarzt, Urologische Abteilung Prof. Dr. Tauber, Allgemeines Krankenhaus Barmbek, LBK Hamburg
1998 – 2000: Referent des hauptamtlichen Ärztlichen Direktors, Allgemeines Krankenhaus Altona, LBK Hamburg
2000 – 2002: Leiter des Bereiches Geschäftsfeldentwicklung und Controlling, Allgemeines Krankenhaus Altona, LBK Hamburg
Seit 2002: Stellvertreter Kaufmännischer Direktor, Asklepios Klinik Altona, LBK Hamburg GmbH