



# Leistungen

**REDCOM GmbH**  
**Unternehmensberatung im Gesundheitswesen**  
**Karl-Ludwig-Straße 23**  
**68165 Mannheim**

**Phone: +49 (621) 761 1167 0**

**Fax: +49 (621) 762 1167 11**

**[kontakt@redcom-online.de](mailto:kontakt@redcom-online.de)**

**[www.redcom-online.de](http://www.redcom-online.de)**

# Interdependente Datenplausibilisierung

Mit der interdependenten Datenplausibilisierung übernehmen wir die Annahme, Aufbereitung und Plausibilisierung aller DRG-relevanten Leistungs-, Kosten- und Strukturdaten gemäß dem InEK Institut und gemäß der hausinternen Leistungs- und Kostenstruktur.

Hierzu überprüfen wir die Datensätze nach den Regelungen der für das jeweils gewünschte Jahr gültigen Version des G-DRG-Systems nach Vollständigkeit und Korrektheit.

Wir unterziehen die übermittelten Daten einer Fehlerprüfung und erstellen hierüber Auswertungen und Analysen.

## Das Ergebnis

Sie haben einen vollständigen Abgleich aller Falldaten mit der Kodiersystematik. Zudem werden alle relevanten Daten in Bezug auf Vollständigkeit und inhaltlicher Plausibilität geprüft. Ebenso werden Datenlücken plausibel geschlossen.

Sie bekommen von uns die originären Daten und plausibilisierten Daten mit einer ausführlichen Analyse. Zu dem besprechen wir mit Ihnen in einem vierteljährlichen „Roundtable“-Gespräch die Qualität ihrer Daten und deren eventuellen Schwachstellen. So können sie einfach und komfortabel nachvollziehen, an welcher Stelle Ihre Datenqualität verbessert werden muss.

## Ihr Nutzen

- Sie bekommen plausibilisierte Leistungs- und Kostendaten innerhalb von 10 Tagen ohne zusätzlichen Aufwand zur Verbesserung der Datenqualität
- durch den Plausibilisierungsreports wissen Sie wo Ihre Stärken und Schwächen sind für die Erarbeitung von Handlungsoptionen zur Situationsverbesserung

### Beispiel Blutdokumentation:

Für eine aussagekräftige DRG-Fallkostenkalkulation stellt die fallbezogene Zuordnung von Kosten für die Verabreichung von Blutprodukten einen wesentlichen Bestandteil dar, da die fallbezogene Erfassung von Einzelkosten für Blutprodukte gemäß Anlage 10 Kalkulationshandbuch zwingend vorgeschrieben ist.

Zwischen der Verbrauchsdokumentation und den dokumentierten OPS-Kodes bestehen jedoch häufig Inkonsistenzen, die eine sorgfältige Plausibilisierung der zugrundeliegenden Daten erfordern.

### Aufbereitung der Verabreichungsdokumentation:

Der Verbrauchsdokumentation werden die benötigten Daten entnommen und je Patient der Kostenwert dem jeweils verabreichten Präparat entsprechend der verabreichten Menge zugeordnet. Verabreichungen von Eigenblut, verworfene Präparate oder verzeichnete Verabreichungen anderer Arzneimittel (Nicht-Blutprodukte) werden entfernt bzw. entsprechend gekennzeichnet.

Danach werden die in der Dokumentation genannten (hausspezifischen) Präparatbezeichnungen jeweils einer Klasse von Blutprodukten zugeordnet. Grundlage hierfür sind sämtliche in Deutschland zugelassenen Blutprodukte (gemäß Paul-Ehrlich-Institut) und deren alternative Präparatbezeichnungen. Die Einträge der Verbrauchsdokumentation werden schließlich je Patient und je Präparat zusammengefasst.

#### Aufbereitung der OPS-Kodes:

Aus der Menge aller kodierten Prozeduren werden die Codes extrahiert, die für die Verabreichung von Blutprodukten stehen. Diesen wird gemäß dem gültigen OPS-Katalogjahr die entsprechende Bedeutung zugeordnet. Da diese Codes in der Regel eine Mengenspanne angeben (z.B. 1 bis unter 5 TE) kann jeweils die Mindest- und Höchstmenge ermittelt werden. Diese Angaben werden je Patient und Präparat zusammengefasst, so dass die Mindest- und Höchstmengen je Patient und kodiertem Präparat bekannt sind.

#### Abgleich zwischen Verbrauchsdokumentation und OPS-Kodes:

Anhand der vorliegenden Fallnummernsystematik werden die Fallnummern der Verabreichungsdokumentation den Fallnummern des §21-Datensatzes zugeordnet. Die dokumentierten Mengen werden nun in die jeweilige Mengeneinheit des OPS-Katalogs umgerechnet, um sie vergleichbar zu machen. Auf diese Weise kann ein Abgleich zwischen beiden Datenquellen stattfinden.

In diesem Zuge wird ersichtlich, wo Inkonsistenzen zwischen Verbrauchsdokumentation und OPS-Codierung bestehen.

#### Für die Durchführung der Kostenträgerrechnung werden folgende Schritte unternommen:

- Inkonsistenzen werden vermieden, indem Mengenangaben so korrigiert werden, dass Sie mit den Mindest- und Höchstmengen laut OPS-Kode übereinstimmen.
- Kosten für Präparate, die in der Terminologie des InEK-Kalkulationshandbuchs (Anlage 10) als „Medikament“ anzusehen sind, werden als solche gekennzeichnet, um sie im Kalkulationsverfahren korrekt zuzuordnen.

Das Krankenhaus erhält eine bearbeitete Fallliste mit entsprechend gekennzeichneten Auffälligkeiten und Inkonsistenzen. Daraus werden gegebenenfalls vorhandene

Schwächen und Verbesserungspotentiale im Dokumentationsprozess ersichtlich, um zukünftig eine vollständige und korrekte Erfassung zu gewährleisten.

- Kongruenzprüfung des dokumentierten Blutverbrauchs mit den dokumentierten OPS-Kodes
- Prüfung sämtlicher Fälle auf Vollständigkeit und Validität sowie Ermittlung, Minimierung und Beseitigung von Kodierfehlern
- Steigerung der Erfassungsqualität für die Zukunft durch die Identifizierung von Schwachstellen
- Verbesserung der Datenqualität im Rahmen der Teilnahme an der InEK-Kalkulation ohne zusätzlichen Personalaufwand bei der zeitintensiven Ermittlung des Fallspektrums, der Kongruenzprüfung sowie ggf. der Korrektur oder Nacherfassung der Leistungsdaten
- Identifikation von bislang nicht abgerechneten Zusatzentgelten bei Feststellung von Minderkodierung.

Weitere Informationen zum Thema Interdependante Datenplausibilisierung erhalten Sie auch unter [www.redcom-online.de](http://www.redcom-online.de) oder bei einem persönlichen Gespräch.

# Kostenträgerrechnung in Krankenhäusern

## von den Daten bis zur Information

### Grundlage

„Wenn man es nicht messen kann, kann man es nicht steuern.“ (L. Iacocca)

Ein Krankenhaus effizient zu steuern bedeutet sich auf klar strukturierte und plausibel aufbereitete Zahlen verlassen zu müssen. Ohne dies können nur schwer langfristig tragbare und vor allem wirtschaftliche Entscheidungen getroffen werden.

Daher ist es von Vorteil eine Kostenträgerrechnung im Krankenhaus als operatives Steuerungsinstrument zu implementieren. Als eine sinnvolle Kostenträgerrechnung kann die Fallkostenkalkulation bezeichnet werden.

Als wesentliches Fundament für eine erfolgreiche operative und strategische Unternehmenssteuerung im Krankenhaus steht die Kostenträgerrechnung für ein effektives strategisches Kostenmanagement. Grundlage für eine valide Kostenträgerrechnung ist vor allem eine plausible Datendokumentation sowie eine vollständige Erfassung aller Kosten- und Leistungsdaten. Dies erreicht man durch die vollständige Beantwortung und Lösung folgender Fragestellungen in Ihrem Haus:

- Wo liegt noch Potential in der Datendokumentation?
- Wie gut ist die Kodierqualität?
- Wie plausibel sind die Daten?
- Wie werden Reportings erstellt?

### Wieviel Aufwand ist nötig?

Der Einsatz eines zeitgemäßen und marktfähigen Controllings setzt aktuelle Software und qualifiziertes Personal voraus. Hohe Personalkosten und Schnittstellenproblematiken lassen diese Ausgaben vorher schwer kalkulieren. Durch unsere Dienstleistung nutzen Sie kompetentes Personal zu planbaren Kosten in vier einfachen Schritten:

1. Schritt: Unverbindliches Erstgespräch zur Bestandsaufnahme in Ihrem Haus
2. Schritt: Datenübermittlung durch das Krankenhaus gemäß abgestimmten Anforderungen
3. Schritt: Vollständige Profilierung, Bereinigung und Plausibilisierung der Daten
4. Schritt: Durchführung der Kalkulation durch die REDCOM GmbH mit anschließendem Reporting

**Senken Sie Ihre  
Kosten!**

- Sie sichern sich den Aufbau eines ganzheitlichen Controllingsystem in hoher Qualität zu einem Festpreis mit dem Sie auf lange Sicht kalkulieren können.
- Sie haben keine Kosten für zusätzliches Personal oder für die Anschaffung und Implementierung neuer Software sowie für Wartung und Release dieser.
- Durch uns werden Kosteneinsparungspotentiale aufgedeckt und nutzbar.

**Sparen Sie Zeit!**

- Von uns erhalten Sie in angemessener kurzer Zeit den vollständigen Report sowie alle plausibilisierten Daten in elektronischer Form.
- Sie haben nur einen Ansprechpartner bei der REDCOM GmbH, welcher für Sie zuständig ist und alle Fragen beantwortet.
- Mit uns vereinfachen Sie den Auf- und Abbau der elektronischen Leistungsdokumentation.
- Zusätzlich übernehmen wir den sekundären Buchungskreis und führen Ihre Umbuchungen durch.
- Sie bekommen schnell und zuverlässig Ihre benötigte Leistung und können sich vollkommen auf Ihr Kerngeschäft - die Patienten - konzentrieren.
- Wir sichern Ihnen die Übernahme der gesamten Kalkulation und Plausibilisierung zielgruppengerecht und InEK-konform zu.

**Erhöhen Sie  
Ihre Qualität!**

- Wir bieten Ihnen als Unternehmen ein Team aus Ökonomen, Entwicklern, EDV-Spezialisten, Ärzten und Pflegekräften.
- Wir gehen in der Plausibilisierung bis auf die Einzelfallebene herunter und beachten dabei alle Punkte aus medizinischer und ökonomischer Sicht, sodass Sie sich auf die Ergebnisse verlassen können.
- Unsere Plausibilisierungsalgorithmen basieren auf empirischen Untersuchungen der Daten unserer Kunden.
- Sie können sich auf eine objektive Sicht auf Ihr Haus verlassen, mit der wir sachgerecht bewerten und mit Ihnen Verbesserungsmöglichkeiten erarbeiten.
- Wir dokumentieren unser Vorgehen und legen die Plausibilisierung unseren Kunden offen.
- Sie profitieren von unserem Know-How und der kontinuierlichen Verbesserung um Lücken und Widersprüche nachhaltig aus Ihren Daten zu entfernen und erhalten eine klare Darstellung der Lage.
- Wir weisen Referenzen und Erfahrungen seit 2002 vor.

# Prozessorientierte Kostenträgerrechnung

Die prozessorientierte Kostenträgerrechnung stellt eine Weiterentwicklung der originären Kostenträgerrechnung dar. Sie ist ein Instrument zur Schaffung einer vollkommenen Transparenz auf Kosten- und Leistungsebene. Die Ergebnisse der originären Kostenträgerrechnung werden durch die Verknüpfung von Leistungsdaten und den entsprechenden Kostenwerten unter einem Verweildauerbezug dynamisch abgebildet. Sie ermöglicht effiziente Vergleiche anhand eines praktischen Durchschnitts, der nicht nur die durchschnittlichen Kosten, sondern auch den durchschnittlichen Behandlungsverlauf sowie dessen Inhalt eines ausgewählten Patientenspektrums darstellt.

Welche Ziele werden verfolgt?

Mit der prozessorientierten Kostenträgerrechnung können folgende Ziele verfolgt werden:

- Verbesserung des Kalkulationsprozesses um ein valides Controllingfundament zu schaffen
- Erhöhung der Kostentransparenz in den direkten Bereichen
- Gewährleistung eines effizienten Ressourceneinsatzes
- Bereitstellung eines fachübergreifenden Informationssystems

um damit operative und strategische Fehlentscheidungen zu vermeiden.

Die Grundlage ist das Kalkulationsergebnis einer verursachungsgerechten Kostenträgerrechnung auf Basis einer plausibilisierten Leistungsdokumentation.

Wie erfolgt die prozessorientierte Kostenträgerrechnung?

1. Schritt: Monetäre Leistungsbewertung

- Sämtliche erbrachte Leistungen werden anhand der Leistungsdokumentation sowie dem Ergebnis der originären Kostenträgerrechnung (Kalkulationssätze) den Fällen in Euro zugeordnet.

2. Schritt: Dynamische Kostendarstellung

- Abbildung der monetären bewerteten Leistungen über die Verweildauer bzw. Behandlungsdauer.

3. Schritt: Praktischer Durchschnitt

- Bildung eines praktischen Durchschnitts (arithmetisches Mittel), für ein spezifisches Patientenspektrum auf individuell wählbaren Ebenen (DRG, Verweildauertyp, PCCL-Wert, Deckungsbeitragsbereich, etc.).

4. Schritt: Abweichungsanalyse

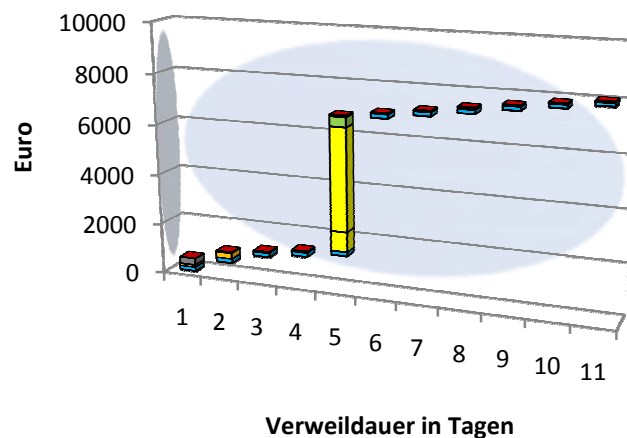
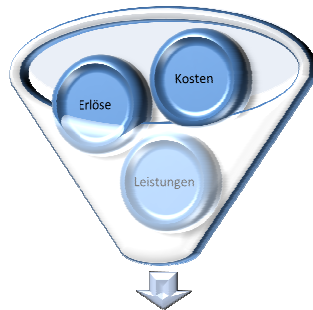
- Durchführung von Abweichungsanalysen, anhand des praktischen Durchschnitts, aufbauend auf Ihren hausindividuellen Werten.

Die Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen geschaffen sein:

- Fall- und verweildauerbezogene sowie plausibilisierte Leistungsdokumentation
- Vollständiger § 21-Datensatz
- Finanzdaten gemäß KHBV
- Hausinterne Strukturdaten

## Ihr Nutzen



Auf Grundlage der Input-Daten des Krankenhauses, wird unter Verwendung des Kalkulationsergebnisses der originären Kostenträgerrechnung ein Behandlungsverlauf eines Patienten dynamisch abgebildet. Dieser wird anschließend mit den durchschnittlichen Werten eines selektierten Fallspektrums (z.B. DRG) verglichen. Die unterschiedlichen Prozesse der differenzierenden Leistungs-

### Nutzen auf der Analyseebene:

- Durchführung transparenter Soll-Ist-Analysen, sowie die Abbildung unterschiedlicher Szenarien (Verweildauerverkürzung, Elimination negativer Deckungsbeiträge, etc.)
- Liefert eine Diskussionsgrundlage zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit erbrachter Leistungen
- Möglichkeiten zur Überprüfung der Validität der Leistungsdokumentation

### Nutzen auf Kostenebene:

- Identifikation von Kostentreibern
- Kostensenkung durch das Aufzeigen von Einsparpotenzialen
- Fokussierung der Steuerungsmöglichkeiten auf Bereiche, deren Kosten- und Erlössituation beeinflusst werden können

### Nutzen auf Leistungsebene:

- Aufzeigen von Ansatzpunkte zur Steigerung der Behandlungseffizienz
- Optimierung von Behandlungsverläufen sowie Ansatz zur Einführung von Clinical Pathways
- Optimierung des Krankenhausportfolios auf DRG- sowie Leistungsebene

# Risikomanagement im Krankenhaus

Der Aufbau und die Weiterentwicklung bzw. die Optimierung eines wirkungsvollen Risk Management Systems (RMS) ist zu einer elementaren Herausforderung für das Management geworden. Es gilt daher, die Funktionsfähigkeit des RMS, das Erreichen der Prozessziele sowie die Erfüllung aufsichtsrechtlicher Anforderungen sicherzustellen.

Im ersten Schritt werden wir alle Risiken Ihres Unternehmens bzw. Ihrer Klinik erfassen, strukturieren und bewerten.

Dies geschieht anhand von standardisierten Kriterien und Vorgaben, die eine solche Bewertung ermöglichen. Wir wenden dabei anerkannte Standards an und gehen nach unserer einheitlichen Methodik vor. Wir fokussieren uns im Zuge der **Risikobewertung** auf Ihre individuelle Risikosituation und identifizieren die relevanten und existenzgefährdenden Risiken.

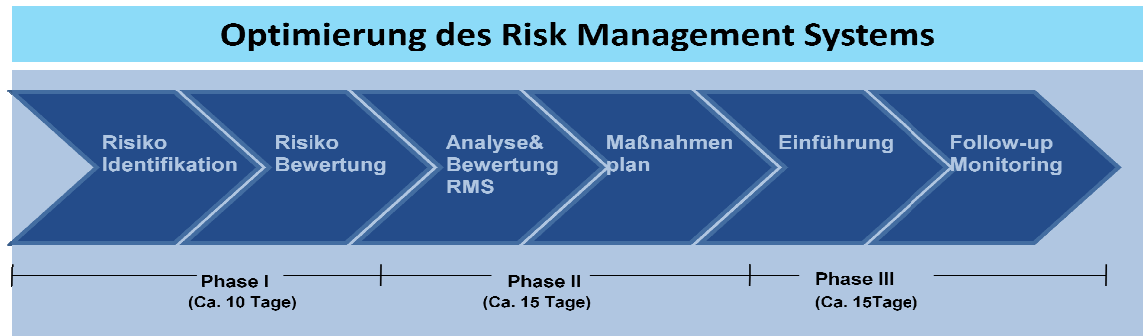
Ihr bestehendes Risk Management System bewerten wir hinsichtlich Angemessenheit, Effizienz und Flexibilität. Nach der Bewertung erstellen wir gemeinsam mit Ihnen einen Maßnahmenkatalog, der für die Implementierung und zielgerichtete Optimierung Ihres Risk Management Systems eingesetzt und nachgehalten wird. Das Risk Management System wird individuell auf Ihre spezifische Risikosituation zugeschnitten und verhindert somit die mögliche Fehljustierung der Kontrollen. Unser Risk Management System erhöht die Effizienz Ihrer Organisation und eliminiert Redundanzen.

Mit unseren Risk Management Systemen sorgen wir für eine kontinuierliche Wertsteigerung und Wettbewerbsfähigkeit Ihres Unternehmens. Somit schaffen wir für Ihr Unternehmen einen Mehrwert, der Ihre Wettbewerbsfähigkeit weiter erhöht. Wir helfen Ihnen bei der Umsetzung der Maßnahmen und bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbesserung des Risk Management Systems.

Im Rahmen des Risk Management helfen wir Ihnen bei Implementierung einer **Whistleblower-Hotline**. In dieser anonymisierten Hotline kann ihr Management bzw. Ihre Mitarbeiter anonym auf Risiken (falscher Medikamenteneinsatz, gehäufte Operationsfehler, Verschwendung, Dolose Handlungen etc.) hinweisen und Sie haben die Möglichkeit, zeitnah entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Die Whistleblower-Hotline hat sich in Industrieunternehmen bewährt und erhöht signifikant die Transparenz im Unternehmen, führt zu Kostensenkungen und reduziert u.a. das Risiko von Gerichtsprozessen und Schadensersatzforderungen.

Ihre individuell  
entwickelte  
Lösung

Unsere Lösung ist das für Ihr Unternehmen individuelle RMS, das sich in Zusammenarbeit mit Ihnen unter Berücksichtigung der spezifischen Unternehmenssituation und des bestehenden RMS sowie dessen Beurteilung ergibt.



Wir verfügen über ein Team aus Klinik- und industrieerfahrenen Spezialisten, die über langjährige Erfahrung in der Analyse, Beurteilung und Optimierung von Prozessen insbesondere im Hinblick auf die Implementierung von Risk Management Systemen verfügen.

Ihr Nutzen

Wir zeichnen uns durch hohen Praxisbezug, effiziente Kommunikation und schnelle Reaktionszeiten aus.

- Wir identifizieren die Schwächen im bestehenden RMS und zeigen Rationalisierungs- und Optimierungsmöglichkeiten auf. Dadurch sorgen wir durch die Optimierung der Kontrollen und Prozesse für zusätzliche Möglichkeiten zur Senkung der Kontrollkosten.
- Redundante und wirkungslose Kontrollen werden eliminiert.
- Sie erhalten eine eindeutige Gesamtübersicht von Kontrollmaßnahmen, die je nach Geschäftsentwicklung, Prozessänderungen und neu eingeführten Initiativen flexibel angepasst werden kann.
- Wir erhöhen Ihren Automatisierungsgrad von Kontrollen und geben Empfehlungen für Verbesserungen im Bereich der IT Governance.
- Unser RMS sorgt bei Ihnen, Investoren und Anteilseignern für **Transparenz**.
- Sie verbessern Ihre **Corporate Governance**, denn wir legen mit Ihnen gemeinsam konkrete Verantwortungsbereiche, Berichts- und Kommunikationsfunktionen fest und erarbeiten allgemein gültige Richtlinien und sonstige Vorgaben, damit Sie der Erfüllung der jeweiligen regulatorischen Anforderungen durch das Unternehmen nachkommen können.

**Die Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen und die Anforderungen an Krankenhäuser verändern sich permanent. Aufgaben und Verpflichtungen werden immer komplexer. Zunehmender Kostendruck in deutschen Kliniken zwingt Krankenhausleitungen zu einer lückenlosen und ordnungsgemäße Darstellung sämtlicher betrieblicher Abläufe.**

Die notwendige interne Revision stellt somit nicht nur eine vergangenheitsorientierte Kontrolleinrichtung, sondern vielmehr ein unverzichtbares Führungs- und Beratungsinstrument dar. Sowohl die Sicherung der Wirtschaftlichkeit als auch die System- und Prozessprüfung gelten als deren unabdingbare Bestandteile.

Jedoch ist es nicht jeder Einrichtung möglich, eine Stabsstelle „Interne Revision“ zu finanzieren. So wird diese Aufgabe gelegentlich von anderen Abteilungen übernommen, wie z.B. dem Rechnungswesen. Dabei ist jedoch die notwendige Neutralität der Stelle nicht gegeben und vermischt sich zudem mit der Linienfunktion.

Die Durchführung einer Revision mit einem externen Anbieter gilt daher als vielversprechend. Dafür sprechen weitere Gründe:

- Konzentration der Klinikleitung auf ihre Kernaufgaben
- Entlastung der Klinikleitung (Überwachungsfunktion)
- Einsatz von erfahrenen Experten
- Effizientere Prüfungsdurchführung durch standardisierte Prozesse
- Objektive und unabhängige Revision durch externe Dritte
- Schutz vor dolosen Handlungen

Durch unsere Dienstleistung, der unabhängigen Prüfung vorab definierter Bereiche erhalten Sie eine Optimierung Ihrer betriebswirtschaftlichen Prozesse. So erhalten Sie die Möglichkeit, redundante Prozesse zu eliminieren, Transparenz und Profitabilität zu steigern. Unsere professionelle Arbeit mit dem Thema Revision leitet sich aus vielen Jahren Praxiserfahrung aus Industrie und Gesundheitswesen ab. Selbstverständlich beziehen wir auch Ihre Mitarbeiter eng in die Prüfung einzelner Bereiche mit ein. So schaffen wir Akzeptanz und Vertrauen.

## Angebotsinhalte für Internal Audit Services

1. Durchführung von Financial und Operational Audits mit dem Ziel, Unwirtschaftlichkeiten, Risiken und Missbrauch aufzudecken. Insbesondere in den Bereichen:
  - **Einkauf / Beschaffung** (ca. 10 Tage)
  - **Finanz- und Rechnungswesen** (10 Tage)
  - **Materialwirtschaft** (5-10 Tage)
  - **Personalwesen** (5-10 Tage)
  - **Bauwesen** (5-10 Tage)
  - **Verwaltung** (10 Tage)
  - **IT** (5-10 Tage)
  - **Organisation** (5-10 Tage)
  - **Mergers & Acquisitions** (5-10 Tage)
  - **Due Diligence Projekte** (5-10 Tage)
2. Prüfung des Internen Kontrollsystems (10 Tage +)
3. Prüfung des Risiko Management Systems ( 10 Tage+)
4. Durchführung von Sonderprüfungen und Fraud Audits z.B. dolose Handlungen (Unterschlagung, Vorteilsnahme etc.) (10 Tage+)

Die Ergebnisse der Prüfungen werden in klar strukturierten und verständlichen Revisionsberichten beschrieben. (5 Tage)

Sie erhalten von uns für jedes identifizierte Risiko bzw. für jede ermittelte Schwachstelle eine praktikable Empfehlung sowie Verantwortliche für die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen und einen realistischen Zeitrahmen für die Umsetzung genannt.

Selbstverständlich helfen wir gerne bei der Implementierung von Verbesserungsvorschlägen bzw. ermitteln für Sie im Rahmen der Nachprüfung (Follow-Up) den Umsetzungsstand der Maßnahmen. (10 Tage +)

Wir zeichnen uns durch ein hohes Maß an Erfahrung, Professionalität und Objektivität aus. Unsere Prüfungen werden anhand internationaler Prüfungsstandards durchgeführt, dabei unterwerfen wir uns dem Ehrenkodex für Interne Revision des Institute of Internal Auditors.

# Erlösorientierte Budgetierung – „impertio“

Die wirtschaftliche Perspektive für Krankenhäuser ist spätestens seit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems immer wichtiger geworden. Krankenhausmanager und Geschäftsführer stehen in der Pflicht, die wirtschaftliche Situation der gesamten Klinik und einzelner Fachabteilungen offenzulegen und zu verantworten. Dazu müssen sie in der Lage sein, schnell und unkompliziert die Leistungsdaten und Erlöse sach- bzw. bereichsbezogen (Fachabteilungen und Zentren) einsehen zu können.

Impertio, eine neue Softwarelösung ermöglicht sach- und bereichsbezogenes Erlössplitting.

## Grundlage

Zunehmend werden Fachabteilungen als Profit-Center organisiert. Dazu muss jedoch der Gesamterlös eines Krankenhauses sachgerecht auf die einzelnen Fachabteilungen verteilt werden. So entsteht die Frage, welche Fachabteilung erbringt in Ihrem Haus welche Leistung? Welcher Erlösanteil entfällt auf die jeweiligen Abteilungen?

Aber auch ohne das Streben nach einer Profit-Center-Organisation muss diesen Fragen nachgegangen werden, um ein transparentes und gerechtes Verfahren der Erlöszuteilung zu ermöglichen. Um dies abzubilden, gibt es zahlreiche Verfahren. Warum aber kommen diese nicht häufiger zum Einsatz und was macht das Erlössplitting so kompliziert?

So werden Patienten während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus mehrfach verlegt und die jeweiligen Bereiche erbringen Leistungen. In der Regel werden jedoch die Erlöse eines solchen Falles nur einer Fachabteilung zuordnet wird. Dabei kann dieser der Abteilung zugerechnet werden, die den Patienten aufgenommen hat oder der Abteilung, auf der der Patient am längsten lag. Andere Abteilungen die ebenfalls an der Behandlung beteiligt waren, werden bei diesen Verfahren jedoch nicht berücksichtigt.

Wie lassen sich jedoch die Erlöse sach- und bereichsbezogen verteilen? Welches Verfahren eignet sich hierbei am besten? Welcher Aufwand ist für die Berechnung der Erlöse notwendig? Wie genau sind die Ergebnisse? Was genau sagen diese Ergebnisse aus?

Um diese Fragen zu klären, bietet es sich an, die folgenden gängigen Verfahren einzeln zu betrachten:

orientiert sich an der Schwere der Fälle, die in einer Abteilung behandelt werden

Positiv:

- einfache Methode
- ohne Kostenrechnung einsetzbar
- Dynamisierte Abteilungsbudgetierung

Negativ:

- Unschärfe bei Abteilungen mit geringer Zahl nicht intern verlegter Fälle
- Mitternachtsstatistik übersieht kurze FAB-Aufenthalte
- Keine Berücksichtigung der Liegezeit fehlender Anreiz zu VD-Senkung

## Aufwandskorrigierte Verweildauer- methode (AKVD)

