



Foto: Fotolia

Das Kölner Verteilungs-Modell

Erlössplitting auf Basis einer Kostenträgerrechnung – Projekt an der Uniklinik Köln

Viele Krankenhäuser arbeiten daran, ihre Fachabteilungen als Profit-Center zu organisieren. Voraussetzung hierfür ist es, den Gesamterlös des Hauses sachgerecht auf die einzelnen Fachabteilungen zu verteilen. Die Uniklinik Köln setzt hierfür ein neues Verfahren ein, das die Schwächen gängiger Methoden beseitigt hat. Der Kerngedanke: Anstelle der InEK-Durchschnittswerte gehen in das Verfahren die tatsächlichen hausindividuellen bzw. fachabteilungsspezifischen Kosten- und Leistungsstrukturen ein.

Welche Fachabteilung erbringt in unserem Haus welche Leistung? Und welcher Anteil am Erlös entfällt auf sie? Spätestens wenn ein Krankenhaus eine Profit-Center-Organisation einführen will, muss die Geschäftsleitung diese Fragen

beantworten können. Chefarzte, die zu Kostenstellen- oder Profitcenter-Verantwortlichen gemacht werden sollen, erwarten mit Recht ein transparentes und gerechtes Verfahren der Erlöszuteilung.

Genau an dieser Stelle geraten jedoch die meisten Profit-Center-Projekte ins Stocken. Das Problem: Viele Patienten werden intern verlegt, also in unterschiedlichen Fachabteilungen behandelt. Wie soll ein Krankenhaus, das ja für jeden Behandlungsfall einen Gesamterlös erhält, diesen Betrag aufteilen? Typischer Fall: Ein Patient wechselt im Verlauf seines Krankenhausaufenthalts von einer Station der Allgemeinen Chirurgie auf die Intensivstation, um anschließend wieder zurückverlegt zu werden.

Die meisten Krankenhäuser umgehen bislang das Problem, indem sie in einem solchen Fall den kompletten Erlös nur einer Fachabteilung zuordnen – entweder der Abteilung, die den Patienten

aufgenommen hat oder der Abteilung, in der er am längsten lag (wie bisher in der Uniklinik Köln) oder, was die Regel ist, der Abteilung, die ihn entlassen hat. Alle drei Varianten ignorieren, dass andere Abteilungen ebenfalls an der Behandlung beteiligt waren und ihnen eigentlich ein Teil des Erlöses zustünde.

Mit dieser Frage befasste sich im vergangenen Jahr auch die Uniklinik Köln. Die gängigen Methoden, so erbrachte eine Bestandsaufnahme, waren zu überschlägig und boten daher keine befriedigende Lösung. Das Klinikum entschied sich deshalb für ein gemeinsam mit dem Mannheimer Controlling-Dienstleister RedCom GmbH entwickeltes Modell, das die Stärken bestehender Verfahren aufgreift, sich aber vor allem in einem Punkt unterscheidet: Die Erlöszuteilung orientiert sich an den Kosten, die bei einem Behandlungsfall tatsächlich anfallen.

Das Erlössplitting gehört zu einem größeren Controlling-Projekt, das darüber



Silvan Uick,
Leiter der Abteilung Controlling
des Klinikums der Universität zu Köln

hinaus die Teilnahme an der InEK-Kalkulation sowie die Einführung einer Kostenträger- und Deckungsbeitragsrechnung umfasst.

Die Schwächen gängiger Splittingverfahren

Das Kölner Splittingmodell baut auf drei Methoden auf:

- der „Aufwandskorrigierten Verweildauermethode“,
- der „Erlösorientierten Budgetierung“ nach Thiex-Kreye und
- der „Dual-Day-Mix-Index-Methode“.

Bei der Aufwandskorrigierten Verweildauermethode orientiert sich die Erlöszuordnung an der Schwere der Fälle, die in einer Abteilung behandelt werden. Hierzu betrachtet man im ersten Schritt die Fälle der Patienten, die nicht verlegt wurden, und errechnet hieraus für die jeweilige Fachabteilung den Casemix-Index – also den durchschnittlichen Schweregrad eines Falles, der auf dieser Abteilung behandelt wird. Im zweiten Schritt folgt das Erlössplitting der verlegten Fälle: Wird ein Patient vorübergehend in eine oder mehrere andere Abteilungen verlegt, wird der Erlösanteil der beteiligten Abteilungen anhand der Verweildauer und des jeweiligen Abteilungs-Casemix-Indexes errechnet.

Die Methode ist leicht umsetzbar, kommt ohne Kostenrechnung aus und lässt sich mit wenig Arbeitsaufwand anwenden. Doch sprechen vor allem zwei Aspekte gegen das Verfahren. Zum einen erweist es sich als recht ungenau: Manche Abteilungen – wie etwa die sehr kostenträchtige Intensivabteilung – behandeln nur relativ wenige unverlegte Patienten, so dass deren Zahl nicht ausreicht, um einen repräsentativen Abteilungs-Casemix-Index zu ermitteln. Noch gravierender erscheint der zweite Kritikpunkt: Das Verfahren bietet einer Abteilung keinerlei Anreiz, die Verweildauer ihrer Patienten zu verkürzen. Der Abteilungs-Casemix-Index, der sich aus Casemix und Fallzahl errechnet, ist unabhängig von der Verweildauer. Bemühungen einer Abtei-

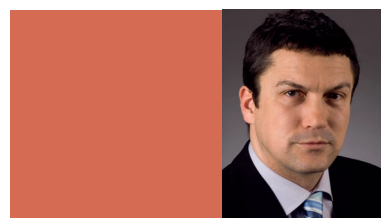
lung, die Liegezeiten zu verkürzen, werden daher nicht durch eine höhere Erlöszuteilung belohnt.

Auf elegante Weise löst dieses Anreizproblem die nach der heutigen Leiterin des Klinikums Hanau, Monika Thiex-Kreye, benannte Erlösorientierte Budgetierung. Der Abteilungs-Casemix wird nicht durch die Fallzahl, sondern durch die in Tagen angegebenen Verweildauern der Patienten dividiert. Hieraus ergibt sich ein Abteilungs-Day-Mix-Index (Abteilungs-DMI), dessen Höhe von der Verweildauer der Patienten abhängt. Gelingt es einer Abteilung, die Verweildauern zu senken, steigt der Abteilungs-DMI und damit auch der Erlösanteil, den die Abteilung erhält.

Noch ein Stück genauer ist die hierauf aufbauende Dual-Day-Mix-Index-Methode (DDMI). Das Verfahren berücksichtigt explizit den kostenintensiven Operationsanteil eines Behandlungsfalles. Zunächst wird für jede Fallpauschale (DRG) gemäß der InEK-Kostenmatrix der prozentuale Anteil der Kostenstellengruppen 4 (OP), 5 (Anästhesie), 6 (Kreißaal) und 7 (Kardiologie) an den Gesamtkosten der DRG berechnet. Dieser prozentuale Anteil wird mit dem Katalog-Relativgewicht der DRG multipliziert und ergibt den OP-Relativgewichtsanteil. Das effektive Relativgewicht des Falles wird um diesen OP-Relativgewichtsanteil verringert. Es werden nun je Fachabteilung zwei Abteilungs-DMIs berechnet: Die OP-Relativgewichtsanteile der nicht intern verlegten Fälle ergeben die OP-Abteilungs-DMIs und die verbleibenden Nicht-OP-Relativgewichtsanteile die Nicht-OP-Abteilungs-DMIs, mithilfe derer der Nicht-OP-Erlösbestandteil auf die beteiligten Fachabteilungen verteilt wird. Der OP-Erlösbestandteil wird, abhängig davon, ob für den jeweiligen Fall keine, eine oder mehrere vom Grouper als DRG-relevant eingestufte Prozeduren kodiert sind, verteilt. Ist keine solche Prozedur vorhanden, erfolgt die Verteilung mithilfe der OP-Abteilungs-DMIs über alle beteiligten Fachabteilungen. Bei einer Prozedur wird der OP-Erlösbestandteil der Abteilung zugeordnet, auf der der Patient am Tag des Eingriffs lag. Bei mehreren grouping-relevanten Prozeduren erfolgt die Zuordnung auf alle an der Erbringung der DRG-relevanten Leistungen beteiligten Fachabteilungen. Der Grundgedanke liegt also darin, die vergleichsweise hohen OP-Kosten eines Behandlungsfalles herauszugreifen und der richtigen Abteilung zuzuordnen. Das Verfahren orientiert sich hierbei an den InEK-Referenzkosten und nutzt die Informatio-

nen des Datensatzes nach § 21 KHEntgG sowie der InEK-Kostenmatrix.

Doch genau da liegt auch der Schwachpunkt des Verfahrens – nämlich in diesem Rückgriff auf die InEK-Referenzkosten. Hierbei handelt es sich um Durchschnittskosten, die aus den Daten der rund 200 Krankenhäuser gebildet werden, die freiwillig an der InEK-Kalkulation teilnehmen. Diese Durchschnitte sagen über die tatsächliche Kostenverteilung eines bestimmten Hauses nur wenig aus. Ein Maximalversorger hält beispielsweise wesentlich höhere Infrastrukturkosten vor als ein kleines Krankenhaus. Somit muss ein großes Haus wie die Uniklinik Köln davon ausgehen, dass die aus der InEK-Referenzkostenmatrix errechnete Kostenverteilung zu niedrigeren als den tatsächlichen verweildauerunabhängi-



Dirk Reddel,
Geschäftsführer der RedCom GmbH,
Mannheim

gen Kostenanteilen führt. Die InEK-Referenzkosten – so lässt sich festhalten – sind für ein einzelnes Haus nicht repräsentativ und führen damit zu Fehlern bei der Erlöszuteilung.

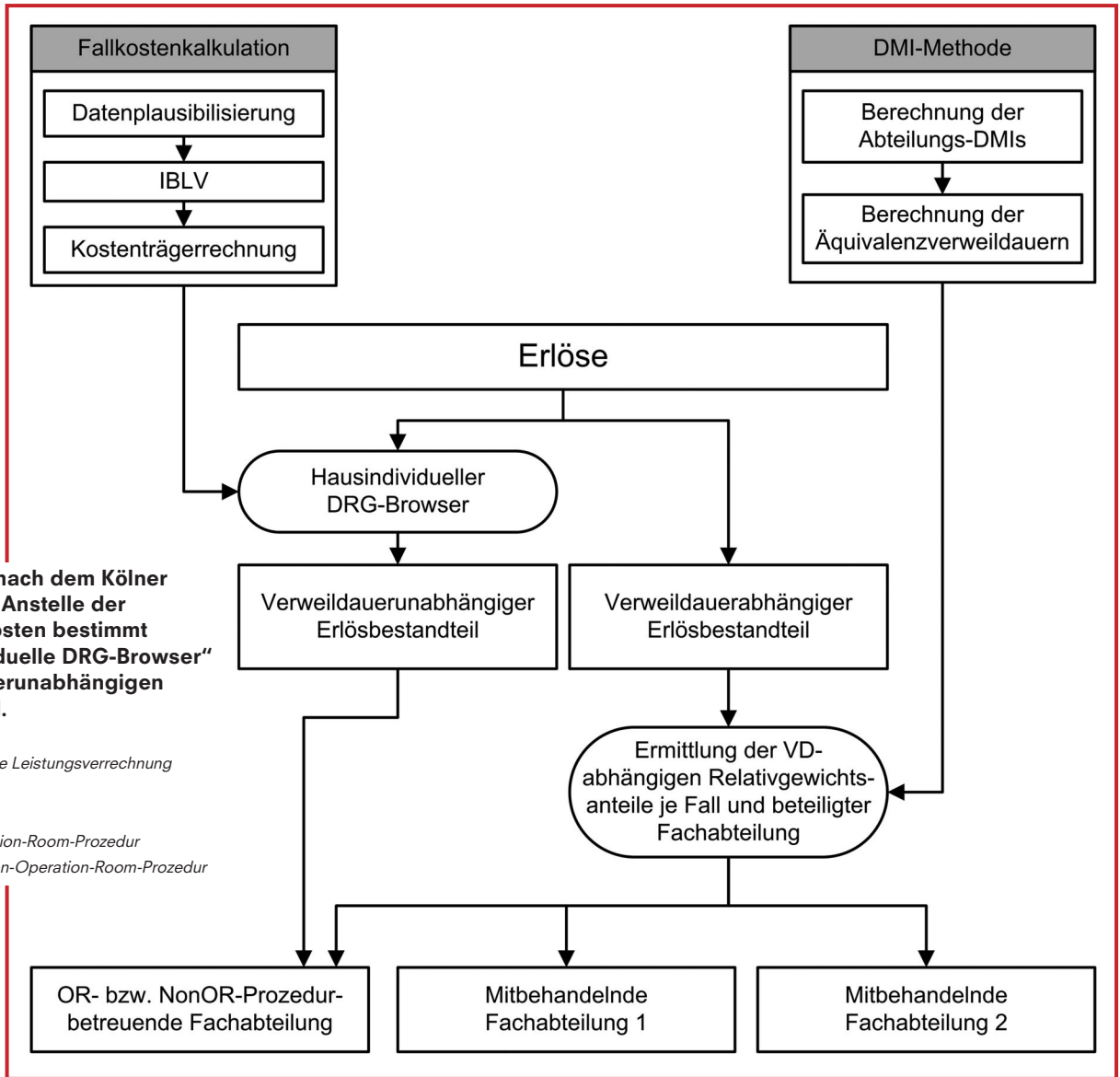
Das Kölner Splittingmodell

Um auch diesen Nachteil zu beseitigen, entschied sich die Uniklinik für ein Verfahren, das in 2008 auf dem Ansatz einer renommierten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft aufbaut, jedoch nach der Einführung einer Kostenträgerrechnung einen entscheidenden Schritt weitergeht. Der Kerngedanke dabei: An-



Björn Dettmar,
Geschäftsführer der RedCom GmbH,
Mannheim

stelle der InEK-Durchschnittswerte sollen in das Verfahren die tatsächlichen Kosten und die an den Fällen erbrachten Leistungen eingehen (s. **Abbildung S. 16**). Dies setzt natürlich voraus, dass diese Leistungen auch hinreichend ge- ▶



Erlösaufteilung nach dem Kölner Splittingmodell. Anstelle der InEK-Referenzkosten bestimmt der „hausindividuelle DRG-Browser“ den verweildauerunabhängigen Erlösbestandteil.

IBLV = Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
 VD = Verweildauer
 DMI = Day-Mix-Index
 OR-Prozedur = Operation-Room-Prozedur
 NonOR-Prozedur = Non-Operation-Room-Prozedur

nau bekannt sind. Hierzu wird die Uniklinik Köln eine Kostenträgerrechnung einsetzen, deren Detaillierungsgrad bis hinunter auf Fallebene reicht – wobei das Klinikum im Zuge des aktuell laufenden Controlling-Projektes diese Kostenträgerrechnung ohnehin einführt.

Die Umsetzung des Kölner Splittingmodells erfolgt in drei Stufen:

1. Solange die Daten der Kostenträgerrechnung noch nicht vorliegen, werden die Erlöse nach dem Ansatz einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft gemäß der InEK-Kostenmatrix aufgeteilt.
2. Sobald die Kostenträgerrechnung etabliert ist, erfolgt das Erlössplitting anhand hausindividueller Kostenanteile. Alle Fälle einer bestimmten DRG werden zusammengefasst, die Kosten für die Kostenstellengruppen OP und Anästhesie festgestellt und der Fachabteilung zugeordnet, die die Operation erbracht hat; die restlichen Kosten werden

nach der DMI-Methode auf die beteiligten Fachabteilungen verteilt. Die Berechnung des prozentualen Kostenanteils der OP-Bereiche an den gesamten DRG-Kosten erfolgt dann also nicht mehr auf Grundlage der InEK-Kostenmatrix, sondern anhand der in der Kostenträgerrechnung hausindividuell errechneten und auf DRG-Ebene aggregierten Fallkostenbestandteile.

3. Anstelle der Durchschnittswerte gehen nun die tatsächlichen Fallkostenbestandteile in die Berechnung ein, wodurch sich die Genauigkeit des Verfahrens noch einmal verbessert. Dies setzt jedoch eine sehr zuverlässige Kostenträgerrechnung voraus, die nach einer ein- bis zweijährigen Optimierungsphase erreicht sein wird.

An dieser Stufe angekommen, hat die Genauigkeit des Kölner Splittingmodells einen hohen Stand erreicht. Da hierbei allerdings vergangene IST-Werte herangezogen werden, besteht

die Möglichkeit ggf. Unwirtschaftlichkeiten fortzuschreiben bzw. sogar zu verstärken. Lösen lässt sich dieses Problem nur mit einem prozessorientierten Plankostenansatz, wobei eine implementierte und zuverlässig arbeitende Kostenträgerrechnung für die Ermittlung von Plankostenwerten eine unverzichtbare Basis darstellt. (kassen) dies übernimmt.

Hohe Anforderungen

Das Modell stellt hohe Anforderungen an die Datenerfassung und – ebenso wichtig – die Plausibilisierung der Daten. Es genügt nicht, die Daten zu erheben, in das IT-System einzuspielen und dann auf die darauf basierende Kostenträgerrechnung zu vertrauen. Erfahrungsgemäß beeinträchtigen fehlerhafte Eingaben oder unvollständige Daten die Ergebnisse so stark, dass sie für die Ziele einer transparenten und nachvollziehbaren Budgetierung kaum mehr brauchbar sind. Wenn beispielsweise bei einem signifikanten Anteil der Operationen die Anästhesiezeiten feh-

len, liegt der Widerspruch auf der Hand. Mit solchen Zahlen weiter zu kalkulieren, macht wenig Sinn.

Ein Verfahren, das Daten bis hinunter zu den Einzelkosten auf Plausibilität prüft, ist zwangsläufig komplex und aufwändig. Am Markt ist hierfür keine Standardsoftware erhältlich. Um den eigenen Entwicklungsaufwand und unnötig hohe IT-Kosten zu vermeiden, übertrug die Uniklinik Köln der Mannheimer RedCom GmbH die Aufgabe, für die Uniklinik die Kostenträgerrechnung zu erstellen und mit Hilfe spezieller Softwaretools deren Datenqualität sicherzustellen.

Vierteljährliches Reporting

Das Kölner Splittingmodell steht unmittelbar vor der Einführung. Bereits im vergangenen Jahr analysierte das Projektteam die Qualität und Struktur der vorhandenen Daten und legte Anfang des Jahres einen Report vor, der den aktuellen Stand zusammenfasste und notwendige Maßnahmen beschrieb: Welche Daten werden bereits erfasst? In welcher Qualität? Und welche Daten müssen zusätzlich oder auf andere Weise erfasst werden? Damit ist die Basis gelegt, um schrittweise eine detaillierte und zuverlässige Kostenträgerrechnung erstellen zu können.

Parallel zur Kostenträgerrechnung steigt die Uniklinik in das Erlössplitting ein, indem zunächst der Ansatz einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft eingeführt wird. Sobald dann die Kostenträgerrechnung die hauseigenen Zahlen liefert, wird das „Kölner Splittingmodell“ starten. Ziel ist es, alle Daten so weit zu erfassen, dass die Kalkulation über die Kostenträgerrechnung möglich wird. Die softwaregestützte Methodik der RedCom GmbH erlaubt es, über Interpolationsmechanismen noch bestehende Datenlücken zunächst durch statistisch valide Werte zu füllen und deren Plausibilität laufend anhand der realen Daten zu überprüfen. So ist es möglich, eine qualitativ hochwertige Kostenträgerrechnung zügig einzuführen und anschließend weiter zu optimieren.

Um die Qualität der Datenerfassung sicherzustellen und stetig zu verbessern, baut die Uniklinik ein Reporting-System auf. Es sieht vor, die Leistungs- und Kostendaten vierteljährlich einer Plausibilisierung zu unterziehen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Ergebnisse und Optimierungsziele werden in Quartalsberichten zusammengefasst und in vierteljährlichen Projektsitzungen kontrolliert.

Fazit

Im Unterschied zu den gängigen Verfahren betrachtet das Kölner Splittingmodell nicht nur die Erlöse, sondern bezieht über eine Kostenträgerrechnung auch die Kostenseite mit ein. Auf diese Weise erreicht die Uniklinik stufenweise eine sachgerechte Aufteilung der Erlöse auf die einzelnen Fachabteilungen. Das neue Verfahren, verbunden mit einer detaillierten Kostenträgerrechnung, ermöglicht es der Uniklinik Köln, auf Abteilungsebene Transparenz in den Erlös- und Kostenstrukturen zu schaffen. Die Verteilung der Budgets kann auf nachvollziehbare Weise erfolgen, Entscheidungen des Vorstandes sind damit transparenter und finden schneller Akzeptanz. Diskussionen zwischen Vorstand und Chefarzten werden versachlicht, weil sie nicht auf Hochrechnungen oder Schätzungen beruhen, über deren Richtigkeit sich trefflich streiten lässt. ■

Silvan Uick,
Leiter der Abteilung Controlling
des Klinikums der Universität zu Köln
E-Mail: silvan.uick@uk-koeln.de

Dirk Reddel · Björn Dettmar,
Geschäftsführer der RedCom GmbH,
Unternehmensberatung im
Gesundheitswesen, Mannheim
E-Mail: dirk.reddel@redcom-online.de
E-Mail: bjoern.dettmar@redcom-online.de