

Stand der Kosten- und Erlösverteilung in deutschen Krankenhäusern

2

Nils Crasselt, Christian Heitmann und Björn Maier

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird der Stand der Kosten- und Erlösverteilung in deutschen Krankenhäusern auf der Grundlage von seit 2011 jährlich ermittelten Befragungsergebnissen präsentiert. Bezüglich der Gemeinerlöse zeigt sich, dass viele Krankenhäuser den administrativen Aufwand der Schlüsselung scheuen. Rund zwei Drittel der Häuser setzen auf pauschale Zuordnungen der Erlöse, zumeist zur Entlassabteilung. Eine Verteilung von Gemeinkosten erfolgt häufiger, jedoch verzichten fast 30 % der Krankenhäuser auch hierauf. Dabei ist – wie zu erwarten – ein sehr starker Einfluss der InEK-Kalkulationsteilnahme feststellbar. Bei den vorgelagerten Schritten der Kostenarten- und Kostenstellenrechnung setzt rund die Hälfte der Krankenhäuser nur die gesetzlichen Mindeststandards um. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine aussagekräftige Ergebnisanalyse auf der Ebene einzelner Fälle oder zumindest Fallgruppen in vielen Krankenhäusern heute noch nicht möglich ist.

Prof. Dr. Nils Crasselt ✉

Bergische Universität Wuppertal, Schumpeter School of Business and Economics, Lehrstuhl für Controlling, Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal, Deutschland
e-mail: crasselt@wiwi.uni-wuppertal.de

Dr. Christian Heitmann

zeb, Partner, Leiter Bereich Health Care, Hammer Straße 165, 48153 Münster, Deutschland
e-mail: cheitmann@zeb.de

Prof. Dr. Björn Maier

DVKC Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling e.V., Management und Controlling in der Gesundheitswirtschaft, Alt-Moabit 91, 10559 Berlin, Deutschland
e-mail: bjoern.maier@dhbw-mannheim.de

2.1 Design der empirischen Studie

Die im Folgenden dargestellten empirischen Ergebnisse basieren auf einer Befragung deutscher Krankenhäuser, die der Deutsche Verein für Krankenhaus-Controlling (DVKC) e. V. in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Controlling an der Bergischen Universität Wuppertal und der Managementberatung zeb seit mehreren Jahren regelmäßig durchführt. Dabei ist die jährliche Wiederholung ein Alleinstellungsmerkmal gegenüber vergleichbaren Studien. Hierdurch kann nicht nur der jeweils aktuelle Status quo des Controllings in deutschen Krankenhäusern erhoben, sondern es können auch Entwicklungstrends identifiziert werden. Damit ermöglicht die Befragung Krankenhäusern eine Einschätzung der eigenen Controlling-Prozesse und die Ableitung von Handlungsfeldern, denen bei der Weiterentwicklung des Controllings besondere Beachtung geschenkt werden sollte.

Die Befragung wurde erstmals im Herbst 2011 durchgeführt und seitdem mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung zweimal wiederholt. Sie umfasst Fragen zu folgenden Themenbereichen:

- Organisation des Controllings,
- Berichtswesen,
- operative und strategische Planung,
- Erlös-, Kosten- und Ergebnissteuerung,
- Liquiditätsplanung,
- Risiko-Controlling,
- Ziel- und Anreizsysteme sowie
- Steuerung in Konzernen und Verbünden.¹

Die in diesem Beitrag im Vordergrund stehende Kosten- und Erlösverteilung wurde in jeder der drei Befragungsrunden ausführlich adressiert.

Angeschrieben wurden jeweils die kaufmännischen Geschäftsführer beziehungsweise Vorstände aller deutschen Akutkrankenhäuser sowie aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser. Die Anzahl der verwertbaren Antworten lag in den ersten beiden Befragungsrunden bei 96 beziehungsweise 107 und ist 2013 deutlich auf 168 gestiegen. Die Stichprobe in der dritten Befragungsrunde umfasst somit rund 8 % der deutschen Krankenhäuser.

Für jede der drei Befragungsrunden ergeben sich ähnliche Schlüsse zur Repräsentativität. Im Großen und Ganzen spiegelt sich die Grundgesamtheit gut in den Stichproben wider (vgl. Abb. 2.1 für die Stichprobe im Jahr 2013). Dies gilt auch hinsichtlich der geografischen Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser. Deren Betrachtung zeigt, dass alle Teile Deutschlands abgedeckt und auch Ballungszentren als solche in der Stichprobe

¹ Eine vollständige Darstellung der Ergebnisse jeder Befragungsrunde ist bei den Autoren erhältlich und kann online unter www.zeb-healthcare.de bestellt werden. Vgl. Crasselt et al. 2012b, Crasselt et al. 2013a, Crasselt et al. 2013b. Zu den Ergebnissen der ersten Befragungsrunde vgl. auch Crasselt et al. 2012a.

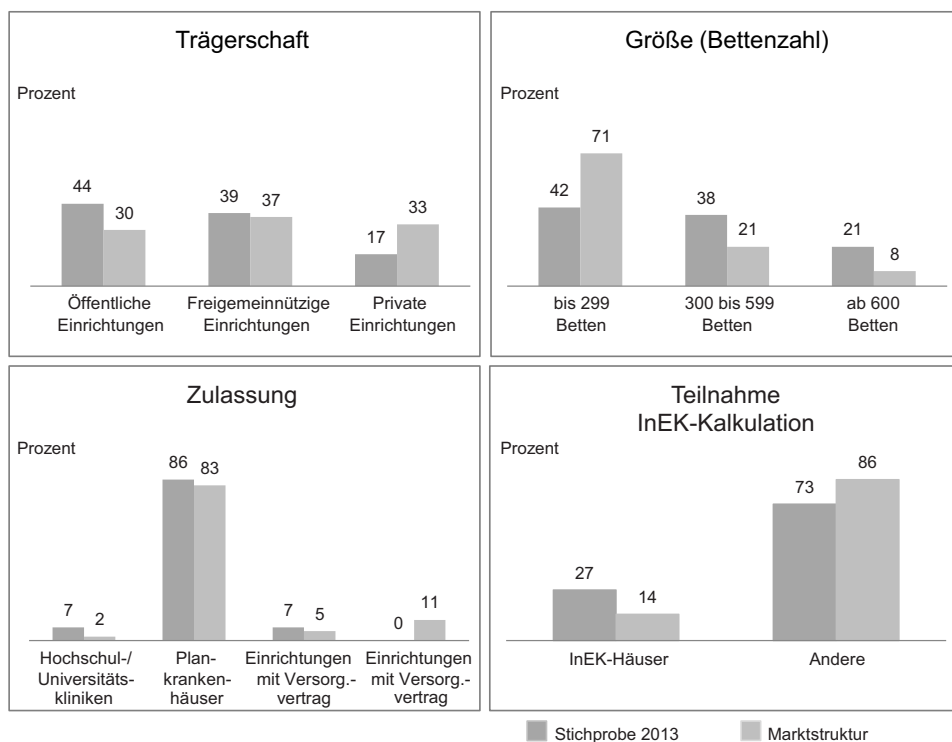


Abb. 2.1 Repräsentativität der Stichprobe im Jahr 2013²

erkennbar sind. Einige Besonderheiten sollten aber bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden: So sind Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft in allen drei Stichproben überrepräsentiert. Das Gleiche gilt für mittelgroße (300 bis 599 Betten) und große (ab 600 Betten) Einrichtungen, für Universitätskliniken sowie für Einrichtungen, die an der InEK-Kalkulation teilnehmen.

Für den hier behandelten Themenbereich ist vor allem der letztgenannte Punkt wichtig, weil die Ergebnisse aller drei Befragungsrunden zeigen, dass sich Teilnehmer an der InEK-Kalkulation ganz überwiegend durch ein ausgefeiltes und weit entwickeltes Kostenrechnungssystem auszeichnen. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist also mit einer gewissen Vorsicht vorzunehmen und sollte die Unterschiede zwischen InEK-Häusern und anderen Einrichtungen berücksichtigen. Weiterhin sind auch Zusammenhänge zwischen den Merkmalen zu beachten. So handelt es sich bei den InEK-Häusern in der Stichprobe nahezu ausschließlich um Häuser in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft.

² Für die Referenzdaten zur Marktstruktur vgl. Statistisches Bundesamt 2013, Fachserie 12, Reihe 6.1.1.

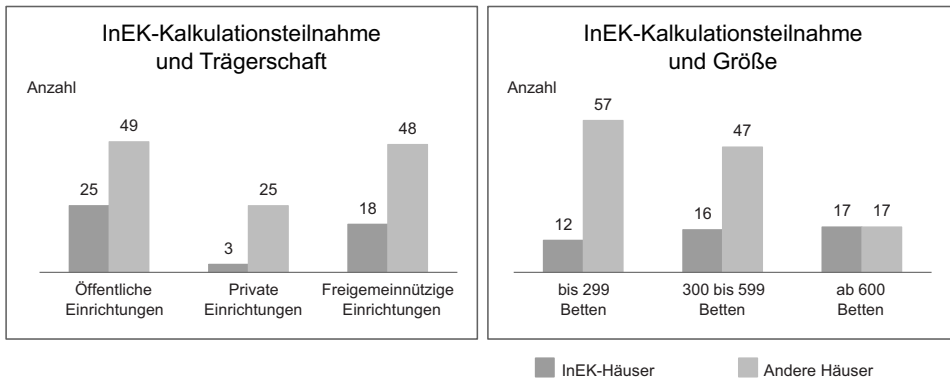


Abb. 2.2 Besonderheiten der InEK-Kalkulationshäuser

Weiterhin ist der Anteil der InEK-Kalkulationshäuser unter den großen Häusern deutlich höher als unter den kleinen Häusern (vgl. Abb. 2.2).

2.2 Verteilung von Gemeinerlösen

Für eine effektive Ergebnissteuerung ist es notwendig, mit Hilfe einer fachabteilungsbezogenen Ergebnisrechnung das Gesamtergebnis eines Krankenhauses auf die einzelnen Fachabteilungen aufzuspalten. Hierbei steht vor allem die Frage im Fokus, wie Gemeinerlöse und Gemeinkosten verursachungsgerecht zugerechnet werden können. Gemeinerlöse fallen im stationären Bereich von Krankenhäusern aufgrund des DRG-Systems an, nachdem in Abhängigkeit von Diagnose und Behandlung ein pauschales Entgelt je Behandlungsfall ermittelt wird. Da dieses Entgelt fallbezogen ist, ist es dann nicht mehr eindeutig zuordenbar, wenn mehrere Fachabteilungen an der Behandlung eines Falls mitgewirkt haben. In diesem Falle sind die pauschalen Fallerlöse auf die Fachabteilungen aufzuteilen. Hierzu lassen sich pauschale und differenzierte Methoden unterscheiden. Bei den pauschalen Methoden wird der gesamte Fallerlös immer nur einer beteiligten Fachabteilung zugeordnet. Dabei werden in der Regel drei Möglichkeiten der Erlösverteilung unterschieden:

- Aufnehmende Fachabteilung
- Überwiegend behandelnde Fachabteilung (Hauptabteilung)
- Entlassende Fachabteilung

Für die differenzierte Erlösverteilung wurden bereits verschiedene Methoden entwickelt und in der Literatur veröffentlicht.³ Als Alternativen stehen im Wesentlichen folgende Methoden zur Verfügung:

³ Zu den verschiedenen Methoden siehe Kap. 3 in diesem Buch sowie des Weiteren Bunzemeier et al. 2010, Focke et al. 2006, Rapp und Wahl 2007, Rapp und Wahl 2010.

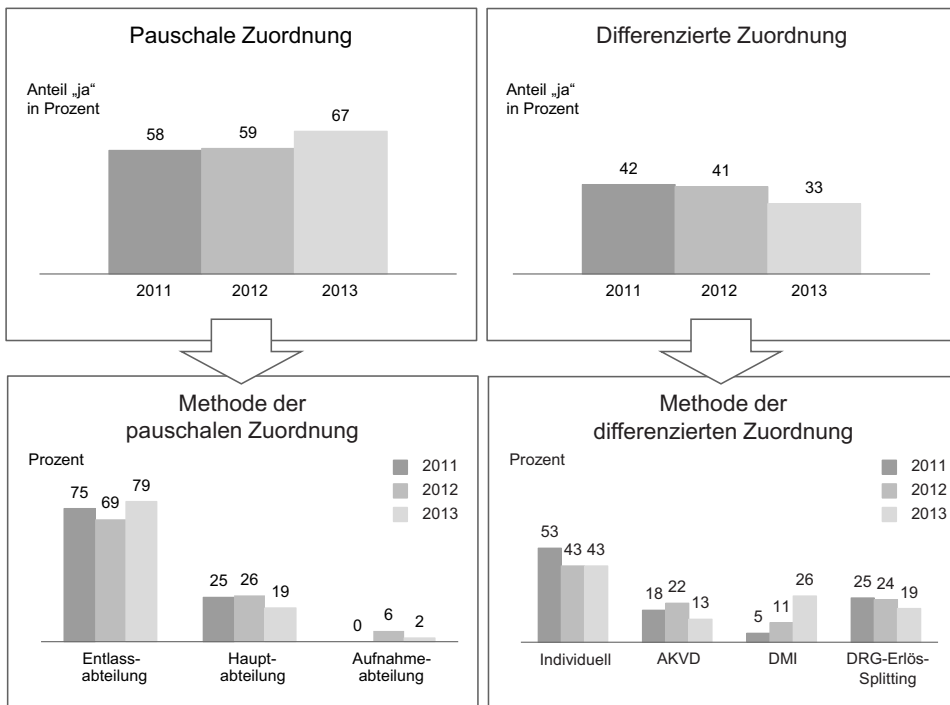


Abb. 2.3 Zuordnung von Gemeinerlösen

- Day-Mix-Index-Methode (DMI)
- Aufwandskorrigierte Verweildauermethode (AKVD)
- Erlössplittung auf Basis der InEK-Kalkulationsmatrix (DRG-Erlössplittung)
- Individuelle Methoden

Die Studienergebnisse aus allen drei Jahren zeigen, dass der größere Anteil der Krankenhäuser auf eine differenzierte Verteilung der Erlöse verzichtet (siehe Abb. 2.3). Dabei deuten die Ergebnisse im Zeitablauf auf einen – statistisch allerdings nicht signifikanten – Trend zu einer stärkeren Nutzung pauschaler Zuordnungen hin. Während in den Jahren 2011 und 2012 jeweils knapp 60 % der Befragungsteilnehmer, bei denen Fälle mit mehreren beteiligten Fachabteilungen auftreten, angegeben haben, pauschale Zuordnungen zu nutzen, sind es 2013 sogar fast 70 %. Dabei handelt es sich überwiegend um die Entlassabteilung, weitaus seltener um eine als Hauptabteilung identifizierte Abteilung und nur in Ausnahmefällen um die Aufnahmeabteilung.

Zu vermutende Einflüsse der Größe – sowohl gemessen an der Bettenzahl als auch an der Anzahl der Fachabteilungen – lassen sich aufgrund der Daten nicht bestätigen. Zwar hängt der Anteil der Häuser, bei denen das Problem der Erlösverteilung nach eigener Angabe gar nicht auftritt, stark von der Größe ab. Zumeist handelt es sich bei den nicht betroffenen

Häusern um solche mit einer oder maximal zwei Fachabteilungen. Für die Wahl der Vorgehensweise unter den betroffenen Häusern lässt sich aber kein Zusammenhang mit der Größe feststellen. Ebenso wenig lässt sich feststellen, dass die Teilnahme an der InEK-Kalkulation und das damit vorhandene Methodenwissen in Bezug auf die Kostenschlüsselung eine Schlüsselung der Erlöse begünstigt.

Die Teilnehmer wurden weiterhin auch nach den Gründen gefragt, aus denen sie auf eine differenzierte Erlöszuordnung verzichten. Mehr als die Hälfte der Häuser verweist dabei auf den zu hohen Aufwand einer differenzierten Verrechnung. Als weitere, teils gleichzeitig vorliegende Gründe werden von jeweils mehr als einem Viertel der Häuser das Fehlen einer adäquaten Verrechnungskonzeption und der geringe Anteil der betroffenen Fachabteilungen genannt. Dabei überrascht es nicht, dass der letztgenannte Grund überwiegend von kleinen und mittelgroßen Häusern angegeben wird. Das Fehlen einer adäquaten Verrechnungskonzeption wird demgegenüber eher von großen Häusern angeführt.

Von den derzeit gut 30 % der Häuser, die eine differenzierte Zuordnung von Gemeinerlösen vornehmen, geben rund zwei Drittel an, dass die Verrechnung nur zwischen den medizinischen Fachabteilungen erfolgt, denen nach dem DRG-System der Erlös originär zugerechnet wird. Die übrigen ziehen darüber hinaus auch medizinische Leistungsbereiche in die Erlösverteilung mit ein, die am Behandlungsprozess beteiligt sind, aber keine direkte Erlöszuordnung erhalten (z. B. Radiologie oder Labor). An dieser Stelle ist ein Einfluss der Größe zu erkennen, der sich darin äußert, dass große Häuser mit mehr als 600 Betten mit 46 % weit überdurchschnittlich häufig auch die medizinischen Leistungsbereiche in die Verteilung einbeziehen.

Die Verteilung selbst erfolgt jeweils ungefähr zur Hälfte mit standardisierten und individuellen Verteilungsansätzen. Unter den standardisierten Ansätzen hat die Day-Mix-Index-Methode deutlich an Bedeutung gewonnen und ist 2013 der am häufigsten genannte standardisierte Verteilungsansatz. In den ersten beiden Befragungsrunden war dies das DRG-Erlössplitting, dicht gefolgt von der AKVD-Methode. Einschränkend muss allerdings an dieser Stelle auf den recht kleinen Umfang der Teilstichprobe der Häuser mit einer differenzierten Erlösverrechnung hingewiesen werden. Aufgrund dessen wird auch auf eine weitergehende Analyse von Einflussfaktoren an dieser Stelle verzichtet.

Bei einer zusammengefassten Betrachtung aller Häuser lässt sich abschließend feststellen, dass die pauschale Zuordnung von Gemeinerlösen zur Entlassabteilung eindeutig die dominierende Methodik unter deutschen Krankenhäusern ist. Sie wird 2013 von mehr als 50 % der Häuser als Vorgehensweise genannt. Mit weitem Abstand folgen die differenzierte Zuordnung mit individuellen Ansätzen (14 %) und die pauschale Zuordnung zur Hauptabteilung (13 %). Alle standardisierten Verfahren zur differenzierten Erlösverteilung kommen bei weniger als 10 % der Häuser zum Einsatz.

2.3 Verteilung von Gemeinkosten

Voraussetzung für eine Verteilung von Gemeinkosten sind gut strukturierte Kostenarten- und Kostenstellenrechnungen. Für diese liegt für Krankenhäuser mit § 8 KHBV eine gesetzliche Mindestgliederung vor. In allen drei Befragungsrunden wurden die Studienteilnehmer danach gefragt, ob eine über diese Mindestgliederung hinausgehende Kostenarten- und Kostenstellenrechnung vorliegt. Dabei zeigt sich, dass dies jeweils für ungefähr die Hälfte der teilnehmenden Krankenhäuser zutrifft (vgl. Abb. 2.4).⁴

Bei näherer Betrachtung ist zu erkennen, dass sich der Anteil der Krankenhäuser mit einer detaillierteren Gliederung bei der Kostenartenrechnung kontinuierlich von 42 % auf 53 % erhöht hat. Bei der Kostenstellenrechnung ist hingegen keine solche Tendenz zu erkennen. Werden die Antworten zur Kostenarten- und zur Kostenstellenrechnung kombiniert, zeigt sich, dass der ganz überwiegende Teil der Häuser entweder beide Rechnungen tiefer gliedert (49 %) oder in beiden darauf verzichtet (43 %). Nur ein kleiner Teil (8 %) nutzt in einer der beiden Rechnungen die Mindestgliederung, in der anderen aber eine stärker differenzierte.

Weiterhin kann bereits an dieser Stelle ein deutlicher Einfluss der Teilnahme an der InEK-Kalkulation festgestellt werden. Sowohl bei der Kostenartenrechnung als auch bei der Kostenstellenrechnung liegt der Anteil der InEK-Häuser mit einer über § 8 KHBV hinausgehenden Gliederung bei gut 70 % und damit weit über dem Durchschnitt (vgl. Abb. 2.5). Ein ähnliches Bild hat sich mit geringen Abweichungen auch in den Vorjahren ergeben.

Ein mit der Kostengliederung einhergehender organisatorischer Aspekt ist die Frage nach der Definition von Kostenarten- und Kostenstellenverantwortlichen. Dieser wurde nur in der ersten Befragungsrunde im Jahr 2011 angesprochen. Dabei hat sich gezeigt, dass

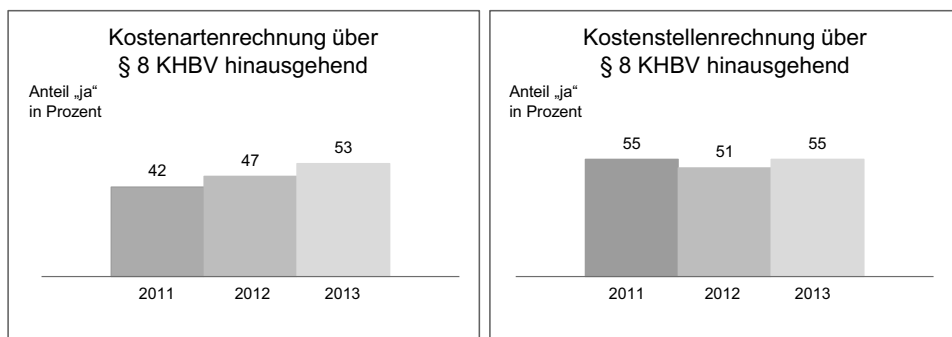


Abb. 2.4 Detaillierungsgrad der Kostenarten- und Kostenstellenrechnung

⁴ Zur Gliederung der Kostenstellenrechnung kommt Lachmann zu einem ähnlichen Befund. Für eine über § 8 KHBV hinausgehende Kostenstellengliederung findet er nur eine mittlere Nutzungsintensität. Vgl. Lachmann 2011, S. 130.

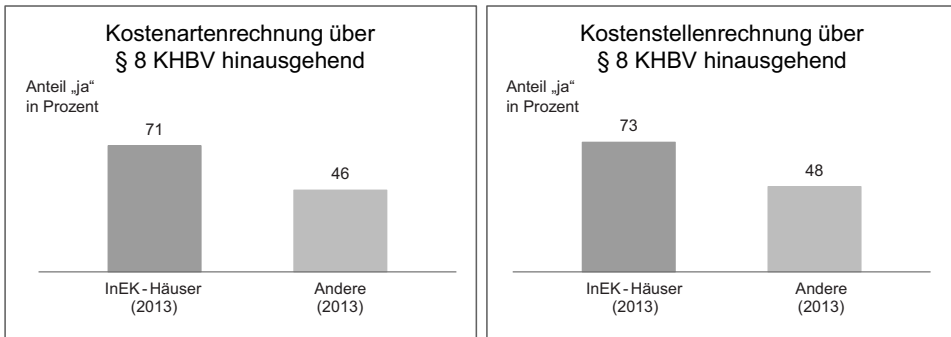


Abb. 2.5 Einfluss der InEK-Kalkulationsteilnahme auf die Kostengliederung

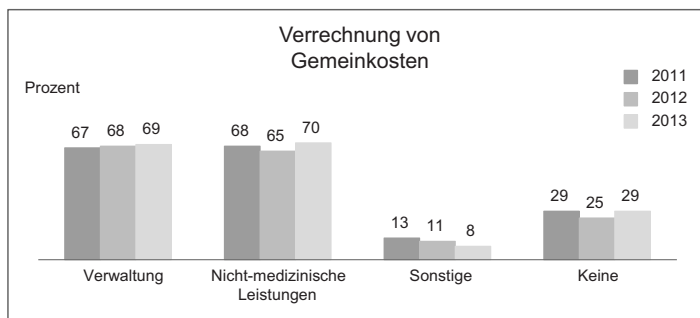


Abb. 2.6 Gemeinkostenverrechnung auf Fachabteilungen

rund drei Viertel der Häuser Kostenstellenverantwortliche, nur knapp die Hälfte Kostenartenverantwortliche festlegt.

Zum eigentlichen Vorgang der Gemeinkostenverrechnung wurden die Teilnehmer gebeten anzugeben, welche Kosten den Fachabteilungen zugeschlüsselt werden. Dabei zeigt sich über alle drei Jahre, dass knapp 30 % der Häuser auf eine solche Schlüsselung ganz verzichten (vgl. Abb. 2.6). Wird hingegen eine Schlüsselung vorgenommen, bezieht sich diese fast immer sowohl auf die Verwaltung als auch auf nicht medizinische Bereiche (z. B. Kantine, Wäscherei). Unter den sonstigen Gemeinkosten werden von einigen Teilnehmern medizinische Leistungsbereiche (z. B. Labor, Radiologie) als Bestandteil der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung genannt. Eine solche Vorgehensweise ist als Alternative zur Zurechnung von Gemeinerlösen zu diesen Abteilungen zu sehen, da an die Stelle der direkt zugerechneten anteiligen DRG-Erlöse bei der innerbetrieblichen Leistungsrechnung kalkulatorische Erlöse in Höhe kostenbasierter Verrechnungspreise den medizinischen Leistungsabteilungen zugerechnet werden.

Bei der Gemeinkostenverrechnung zeigt sich wie erwartet ein sehr starker Einfluss der InEK-Kalkulationsteilnahme. Von den InEK-Teilnehmern geben weniger als 10 % an, auf eine Gemeinkostenverrechnung zu verzichten, bei den übrigen Häusern liegt der Anteil

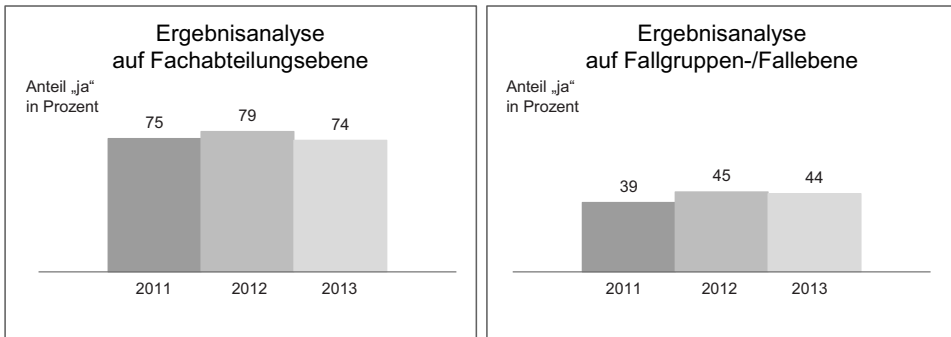


Abb. 2.7 Abteilungs- und fallbezogene Ergebnisrechnungen

hingegen bei 36 %. Die Gründe dafür, dass auch einige der InEK-Häuser auf eine Gemeinkostenschlüsselung verzichten, wurden nicht erfragt. Möglicherweise handelt es sich schlichtweg um fehlerhafte Eingaben.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der sich anschließenden Frage, ob eine Kostenträgerrechnung (Kalkulation), die einen fall- beziehungsweise fallgruppenbezogenen Ergebnisausweis ermöglicht, durchgeführt wird (vgl. Abb. 2.7). Auch hier liegt der Anteil bei den InEK-Kalkulationshäusern bei über 90 %, bei den übrigen Häusern hingegen nur bei ungefähr einem Viertel. Im Mittel aller Häuser liegt der Anteil bei 44 %.⁵

InEK-Kalkulationshäuser, die angegeben haben, über keine Kostenträgerrechnung zu verfügen, waren überwiegend psychiatrische beziehungsweise psychosomatische Einrichtungen. Bei diesen müssen unter Umständen die Abläufe zur Durchführung der InEK-Kalkulation erst noch etabliert werden, da in diesem Bereich eine InEK-Kalkulation erst seit 2011 durchgeführt wird und die Ausgestaltung der Verrechnungs- und Kalkulationsmodelle noch relativ neu und teilweise anders als im somatischen Bereich ist.

Ein anderes Bild zeigt sich auf der Ebene von Fachabteilungen (vgl. Abb. 2.7). Hier nutzen über 70 % der Häuser die Möglichkeit, Erlöse und Kosten regelmäßig gegenüberzustellen. Dabei liegt der Anteil unter den InEK-Häusern mit 78 % nur geringfügig höher als bei anderen Häusern mit 72 % und als der Durchschnitt über alle Häuser von 74 %. Auf den ersten Blick überraschend ist dabei, dass von den Häusern, die auf eine Gemeinkostenschlüsselung ganz verzichten, fast die Hälfte doch regelmäßig ein Ergebnis auf Abteilungsebene ausweist. Offensichtlich werden hier – betriebswirtschaftlich durchaus sinnvolle – Teilkostenrechnungen auf Basis der den Abteilungen einzeln zurechenbaren Kosten vorgenommen. Auch mit diesen Ansätzen kann über die Entwicklung der Kosten im Zeitablauf eine Aussage getroffen werden und ein Vergleich mit Fachabteilungen anderer Krankenhäuser erfolgen.

⁵ Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen von Lachmann, wonach 41 % der Krankenhäuser eine vollkostenbasierte Kalkulation zumindest „des Öfteren“ nutzen. Vgl. Lachmann 2011, S. 130. Gegenüber den älteren Ergebnissen von Bednarek et al., die nur von einer Implementierungsquote von 15 % berichten, ist hingegen ein deutlicher Anstieg festzustellen. Vgl. Bednarek et al. 2007, S. 314.

In der ersten Befragungsrunde wurde ergänzend auch nach der IT-Unterstützung der Erlös- und Kostensteuerung gefragt. Dabei hat sich gezeigt, dass Tabellenkalkulationsprogramme wie Excel eine dominante Rolle spielen. Solche in der Regel individuell erstellten Lösungen werden von 73 % der Häuser genutzt. Häufig und oftmals parallel zu Excel-Lösungen kommen – Stand 2011 – auch die Softwareprodukte SAP CO (35 %) und Orbis (32 %) zum Einsatz.

2.4 Zusammenfassung

Auf der Grundlage einer seit 2011 jährlich durchgeführten Befragungsstudie zum Krankenhauscontrolling in Deutschland wurden empirische Ergebnisse zur Verteilung von Gemeinerlösen und Gemeinkosten präsentiert. Hieraus lassen sich die folgenden zentralen Ergebnisse festhalten:

- Eine Verteilung von Gemeinerlösen erfolgt vorwiegend durch die pauschale Zuordnung zur Entlassabteilung. Ansätze zur differenzierten Verteilung auf mehrere beteiligte Abteilungen werden nur von einem Drittel der Krankenhäuser angewandt. Von diesen Häusern nutzt wiederum fast die Hälfte individuelle Verteilungsmethoden.
- Bei den als Grundlage für eine zweckmäßige Gemeinkostenschlüsselung benötigten Kostenarten- und Kostenstellenrechnungen geht ungefähr die Hälfte der Häuser über die Mindestanforderungen des § 8 KHBV hinaus. Bei InEK-Kalkulationshäusern ist dies weit häufiger der Fall als bei anderen Häusern.
- Eine Verrechnung von Gemeinkosten auf Fachabteilungen nehmen rund 70 % der Krankenhäuser vor. Dabei werden typischerweise sowohl Verwaltungskosten als auch Kosten der nicht medizinischen Leistungsbereiche im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung verteilt. Auch hier ist ein deutlicher Einfluss der InEK-Kalkulationsteilnahme feststellbar.

Insgesamt zeigt sich, dass viele Krankenhäuser den administrativen Aufwand einer Schlüsselung von Gemeinerlösen offensichtlich vermeiden wollen. Dadurch entsteht die Gefahr von Fehlanreizen, z. B. zur Vermeidung von Verlegungen, um eine Erlöszuordnung zu erreichen. Die Schlüsselung von Gemeinkosten ist hingegen weit verbreitet. Zuordnungen auf Ebene der Abteilungen werden von allen Häusern häufig vorgenommen. Fallbezogene Kostenzuordnungen sind demgegenüber eine Domäne der InEK-Kalkulationsteilnehmer. Von den übrigen Häusern verzichten rund drei Viertel auf solche Kalkulationen.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist festzustellen, dass eine aussagekräftige Ergebnisanalyse auf der Ebene einzelner Fachabteilungen in vielen Krankenhäusern heute noch nicht möglich sein dürfte. Um aus Ergebnisanalysen zielgerechte Steuerungsimpul-

Kosten- versus Erlösverteilung im DRG-System

Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele

Zapp, W.; Terbeck, J. (Hrsg.)

2014, XIX, 200 S. 69 Abb., 1 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-06130-2