

Gemeinsam besser werden.



Leistungsorientierte Interne Budgetierung im DRG-Zeitalter

Erstellt von Christian Drees (2002)
an der Fachhochschule Mainz

dfkm.de

Deutsches Forum für Krankenhaus-Management

Informations- und Kommunikationsportal Krankenhausmanager

Die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung weg vom 'pricemaker' hin zum 'pricetaker' hat bereits in der Vergangenheit eine konsequente interne Budgetierung im Krankenhaus notwendig gemacht. Spätestens seit der Bundespflegesatzverordnung von 1995 und der damit verbundenen Einführung leistungsorientierter Entgelte (Fallpauschalen und Sonderentgelte) sollten Krankenhäuser eine interne Budgetierung praktizieren (vgl. § 17 (4) BPfIV).

Grundlagen zum Führungssystem der internen Budgetierung

Zwecke der internen Budgetierung sind in diesem Zusammenhang zum einen die Vorbereitung und konsequente Realisierung des externen Teilbudgets, das im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen festgesetzt wird (Pflegesätze, Fallpauschalen, Sonderentgelte, sowie Erlöse aus vor- und nachstationäre Behandlung etc. sowie die dadurch entstandenen Kosten). Dieses externe Teilbudget bildet mit ca. 80% den Löwenanteil des internen Gesamtbudgets. Ungefähr 20% des internen Gesamtbudgets stellt das interne Teilbudget dar (Einnahmen aus Wahlleistungen, ambulanter Behandlung, Serviceleistungen, Behandlung ausländischer Patienten, für Forschung & Lehre, Investitionen etc. sowie damit in Verbindung stehende Kosten). Die interne Budgetierung verdeutlicht also jedem Budgetverantwortlichen die ökonomischen Grenzen, innerhalb derer das Unternehmen Krankenhaus wirtschaftlich geführt werden soll.

Zum anderen dient die interne Budgetierung aber auch der internen betriebswirtschaftlichen Steuerung eines Krankenhauses und ist somit Führungsinstrument. Die Krankenhausleitung delegiert Verantwortung an die betreffenden Budgetverantwortlichen und schafft somit Kostenbewusstsein und Transparenz. Dabei ist zu beachten, dass Kostenverantwortung stets mit entsprechenden Entscheidungsspielräumen und Weisungsbefugnissen einher gehen muss. Im einzelnen lassen sich die Funktionen wie folgt beschreiben:

- **Bewilligungsfunktion:**
Mit der 'Bewilligung' eines Budgets werden den Budgetverantwortlichen Entscheidungsspielräume gegeben und ein höherer Identifikationsgrad geschaffen.
- **Koordinationsfunktion:**
Mit Hilfe der internen Budgetierung ist ein zielorientierter Mitteleinsatz gewährleistet.
- **Motivationsfunktion:**
Die Durchsetzung eines internen Budgets kann nur mit einem geeigneten Anreizsystem funktionieren, das die Motivation der Mitarbeiter erhöht.

- **Prognosefunktion:**
Mit den gewonnenen Daten aus der internen Budgetierung ist das Krankenhaus in der Lage, zukünftige Leistungs-, Kosten- und Erlösentwicklungen zu prognostizieren und zu planen.
- **Steuerungsfunktion:**
Im Rahmen der Budgeterstellung kann das Unternehmen Krankenhaus in eine bestimmte Richtung gesteuert werden, Formalziele können operationalisiert werden.
- **Kontrollfunktion:**
Mit Hilfe des Informations- und Berichtswesens als Teil der internen Budgetierung wird der Erreichungsgrad der dokumentierten Ziele festgestellt.

Die interne Budgetierung hat also nicht nur zum Zweck, das aus den Pflegesatzverhandlungen hervorgegangene externe Teilbudget in die einzelnen Abteilungen fortzuschreiben, sondern stellt im Wesentlichen ein attraktives Hilfsmittel zur betriebswirtschaftlichen Führung eines Krankenhauses dar.

Vorraussetzungen der internen Budgetierung

Bezüglich der Realisierung der internen Budgetierung sind allerdings einige Vorraussetzungen zu beachten.

Zum einen ist die Akzeptanz bei allen Beteiligten absolut notwendig. Sämtliche betroffenen Mitarbeiter müssen von der internen Budgetierung überzeugt sein und entsprechend motiviert am Budgetierungsprozess mitwirken.

Eine weitere Vorraussetzung ist eine geeignete Organisation des Krankenhauses. Innerhalb der Budgetbereiche muss sich Budgetverantwortung stets mit entsprechenden Entscheidungsspielräumen und Weisungsbefugnissen koppeln. Bei den budgetierten Kosten bzw. Leistungen muss es sich zwingend um seitens der Verantwortlichen beeinflussbare Größen handeln. Die Letztverantwortung des Krankenhausträgers sowie die Budgetgesamtverantwortung der Krankenhausleitung bleiben im Übrigen unberührt. Beeinflussbare Kosten- und Leistungszahlen können beispielsweise folgende sein:

- im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit (Budgetverantwortung beim Chefarzt):
Personalkosten (Überstunden, Bereitschaftszeiten, Ausfallzeiten etc.), Sachkosten, verrechnete Kosten der medizinischen Institutionen (Zeitpunkt der Inanspruchnahme), Belegungs- und Fallzahlen, Verweildauer, Kosten für Fort- und Weiterbildung etc.
- im Rahmen der pflegerischen Tätigkeit (Budgetverantwortung bei der PDL):
Personalkosten (Überstunden, Aushilfskräfte, Ausfallzeiten etc.), Sachkosten, Pflegeplanung, Pflegestandards etc.

Dies sollen nur zwei ausgewählte Beispiele zur Veranschaulichung sein. Im Rahmen der Budgetverantwortlichkeit ist hier noch auf die divisionale Organisation hinzuweisen, die i.d.R. auf den bettenführenden Stationen als dem klassischen Ort der Leistungserbringung vorherrscht (gewachsene 3-Säulen-Organisation der Krankenhäuser). Dies ist für die interne Budgetierung insbesondere bezüglich der Weiterentwicklung im Sinne der Profit-Center-Idee hinderlich, da sich auf der Station als Budgetbereich keine eindeutige Verantwortung und Weisungsbefugnis festlegen lässt. Für den Pflegedienst ist die PDL weisungsbefugt, für den ärztlichen Dienst der Chefarzt. Für eine konsequente Weiterführung der internen Budgetierung hin zum Profit-Center wäre statt einer divisionalen eine prozessorientierte Organisation notwendig.

Die wichtigsten Voraussetzungen müssen jedoch im Bereich des Rechnungswesens geschaffen werden. In diesem Zusammenhang lässt sich das Rechnungswesen in die Kosten- und Leistungsrechnung, die Finanzbuchhaltung und das Informations- und Berichtswesen gliedern. Der Einsatz von geeigneter EDV in diesen Bereichen ist selbstverständlich.

Eine differenzierte Leistungserfassung ist unverzichtbar. Auf der oben bereits erwähnten bettenführenden Station als Budgetbereich wären beispielsweise Leistungsdaten wie Pflgetage, Verweildauer, ICD- und PPR-Dokumentationen zu erfassen. Der Kostenstellenplan müsste ebenso wie der Kostenartenplan weit über die Mindestanforderungen der KHBV hinausgehen. Bezüglich der Kostenarten müsste beispielsweise eine homogene Struktur im Hinblick auf die Beeinflussbarkeit der Kosten gegeben sein.

In der Finanzbuchhaltung sind das Materialinformationssystem, das Personalinformationssystem sowie das System der Leistungsabrechnung zu erwähnen. Das Materialinformationssystem sollte die variablen (und damit beeinflussbaren) Sachkosten nach Artikel, Preis, Menge, Datum und anfordernder Kostenstelle erfassen sowie eine artikelgruppenbezogene Auswertung ermöglichen. Im Personalinformationssystem, welches im Wesentlichen fixe Personalkosten erfasst, die ca. 70 % der Gesamtkosten darstellen, sollte eine Auswertung der beeinflussbaren Überstunden, Bereitschaftsstunden, Ausfallzeiten und Aushilfeinsätze möglich sein. Das Leistungsabrechnungssystem sollte die oben bereits erwähnte differenzierte Leistungserfassung nach Budgetbereichen ermöglichen.

Nicht zuletzt muss das Informations- und Berichtswesen als Teil des Rechnungswesens auf- bzw. ausgebaut werden. Zeitnahe, zuverlässige, verständliche, aussagefähige, adressatenindividuelle und kontinuierliche Berichterstattung der Budgetverantwortlichen, der Krankenhausleitung sowie des Krankenhausträgers ist unbedingt notwendig. Ein Berichtssystem muss eine Ursachenanalyse sowie einen Periodenvergleich zulassen, es dient der Kommunikation und Koordination im Rahmen des Budgetierungsprozesses und soll nur die wesentlichen Daten für den entsprechenden Adressaten enthalten. Sinnvoll ist ein sogenanntes gestuftes Berichtssystem, das auf der einen Seite verschiedene Adressaten-Ebenen und auf der anderen Seite verschiedene Detaillierungsstufen der enthaltenen Informationen unterscheidet.

Als weitere Voraussetzung für die interne Budgetierung ist ein funktionierendes Anreizsystem zu nennen.

Der Budgetierungsprozess

Grundsätzlich unterscheidet man bei der Budgeterstellung den top-down-Ansatz vom bottom-up-Ansatz. Im Krankenhaus bedingen beide einander, eine Mischform von beidem wird Gegenstromverfahren genannt. Chronologisch kann man die Bildung eines internen Gesamtbudgets (Gegenstromverfahren) vor den Pflegesatzverhandlungen von der Realisierung des verhandelten externen Teilbudgets (top-down-Ansatz) nach den Pflegesatzverhandlungen unterscheiden. Die folgende Betrachtung des Budgetierungsprozesses bezieht sich zunächst auf die Erstellung des internen Gesamtbudgets vor den Pflegesatzverhandlungen. Nach einer Leistungsplanung folgt die Kosten- und Erlösplanung sowie die Aggregation zum Gesamtbudget. Zu beachten ist in besonderem Maße die Einbeziehung der Budgetverantwortlichen in jeden Schritt des Budgetierungsprozesses (Budgetkonferenz).

Die Leistungsplanung gliedert sich in die Definition des Leitungsprogramms, abhängig von der personellen und technischen Infrastruktur, vom Versorgungsauftrag und von den strategischen Zielsetzungen (Leitbild etc.). Dem schließt sich eine Konkretisierung in Form von Leistungsspektren der einzelnen Leistungsbereiche an. Dies geschieht in Form einer Prognose anhand von Istwerten (Leistungsstatistiken etc.). Anschließend findet die Leistungsplanung ihren höchsten Konkretisierungsgrad in der Planung der Leistungsmengen. Im Zuge der Leistungsplanung sind auch sog. Sekundärleistungen zu berücksichtigen (bspw. Beköstigungstage der Küche).

Die Kostenplanung findet auf der Grundlage der nun erfolgten Leistungsplanung statt. Die zu erwartende Kostenentwicklung ist zu berücksichtigen. Ebenso sind die Sekundärleistungen zu bewerten.

In einem dritten Schritt werden die zu erwartenden Erlöse geplant. Im Rahmen einer kritischen Kostendeckungsprüfung wird dann die Realisierbarkeit der geplanten Tätigkeit überprüft. Gegebenenfalls werden Veränderungen bei der Leistungsplanung vorgenommen.

Mit diesen drei Schritten ist die Budgeterstellung abgeschlossen. Das externe Teilbudget bildet nun die Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen. Nachdem diese erfolgt sind, werden evtl. Veränderungen im Rahmen des top-down-Ansatzes auf die Abteilungsbudgets heruntergebrochen.

Im Anschluss daran findet die Budgetüberwachung mit Hilfe des bereits erwähnten Informations- und Berichtswesens statt. Es werden Leistungs-, Kosten- und Erlösabweichungen festgestellt. Eine Ursachenanalyse schließt sich in Zusammenarbeit mit den Budgetverantwortlichen an. Unter Umständen müssen entsprechende Maßnahmen bzw. Budgetanpassungen vorgenommen werden. Zur Vermeidung eines Etat-Denkens ist die Festlegung von Budgetanpassungsmechanismen unvermeidbar. In Frage kommen hier z.B. Kostenarten-, Kostenstellen- oder intertemporäre Ausgleichs. Bezüglich der Analyse

von Ursachen und der Konsequenzen ist darauf hinzuweisen, dass diese Aufgaben im Kompetenzbereich der Budgetverantwortlichen liegen. Das Controlling respektive das Rechnungswesen liefert nur die dafür nötigen Daten, kann aber u.U. auch Hilfestellung dabei geben.

Der Budgetierungsprozess ist ein sich ständig wiederholender Regelkreis, dessen Schritte sich gegenseitig bedingen. Mit der Hilfe der internen Budgetierung wird das betriebswirtschaftliche Denken in die Budgetbereiche gebracht.

Im Folgenden soll nun auf die Krankenhausfinanzierung nach § 17 KHG, den Diagnosis Related Groups als durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem, und deren Einfluss auf die interne Budgetierung eingegangen werden.

Der Einfluss der Diagnosis Related Groups

Es lässt sich vorwegnehmen, dass sich mit der Einführung der DRG und der damit verbundenen Änderung der Erlösstruktur von Krankenhäusern eine Vielzahl von Chancen ergeben wird. Hierzu gehören unter anderem die Möglichkeiten, die sich innerhalb der internen Budgetierung ergeben werden.

Mit Einführung des neuen Entgeltsystems werden die Leistungen der Krankenhäuser i.d.R. unabhängig von krankenhausindividuellen Kosten vergütet. Dies bedeutet, dass bestimmte Leistungen unter Umständen nicht kostendeckend erbracht werden können. Daraus müssen sich dann entsprechende Konsequenzen ziehen lassen. In Frage kommen neben einer Änderung der Leistungsplanung oder einer Optimierung der betroffenen Prozesse wettbewerbliche Konsequenzen (Kooperationen, Subventionierung aus anderen Leistungsbereichen etc.).

Abgesehen von den zu treffenden Entscheidungen sind in jedem Fall die entscheidungsrelevanten Informationen notwendig. Diese werden über das Führungssystem der internen Budgetierung zugänglich, welche die Transparenz von Kosten und Leistungen gewährleistet.

Im Zuge der DRG-Einführung wird im Rahmen des Budgetierungsprozesses die Leistungsrechnung bzw. Leistungsplanung wesentlich detaillierter möglich. Eine Leistungsplanung der umsatzstärksten Fallgruppen tritt an die Stelle der Planung von Pflegesätzen etc..

Mit Hilfe der Rohfallkostenkalkulation als Vollkostenrechnung auf Basis von Ist-Kosten (Kalkulationshandbuch) kann eine detailliertere kostenmäßige Bewertung der geplanten Leistungen im Rahmen der Kostenplanung durchgeführt werden. Auf Basis der Rohfallkostenkalkulation besteht die Chance, eine managementorientierte Kostenträgerrechnung als Teilkostenrechnung für die umsatzstärksten Fallgruppen zu implementieren. Dies würde bei dispositiven Fragestellungen, Plankostenrechnungen und Bewertungen von Alternativen eine nicht zu unterschätzende Entscheidungshilfe geben.

Im Rahmen des Informations- und Berichtswesens und der damit verbundenen Kennzahlensysteme ergeben sich eine Vielzahl neuer Möglichkeiten zur differenzierteren Leistungsbewertung von Budgetbereichen. Dies hängt mit den Daten zusammen, die im DRG-System ohnehin erfasst werden. Bislang war ein zu hoher Erfassungsaufwand das Argument gegen eine zunehmend leistungsorientierte Budgetierung.

Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang u.a. der Casemix als Summe aller Relativgewichte, der Casemix-Index als durchschnittliche Fallschwere (Casemix / Anzahl der Fälle), budgetbereichindividuelle Basisfallwerte etc.. In Zukunft werden im Informations- und Berichtswesen völlig neue Kennzahlen, z.B. die Qualität betreffend, Einzug halten müssen. In diesem Zusammenhang wird auf den Ansatz der Balanced Scorecard verwiesen. Des weiteren ebnet diese Daten den Weg zu einem aussagefähigeren Krankenhausbetriebsvergleich (Benchmarking-Projekte).

Zum Autor: Christian Drees ist seit dem Wintersemester 1999 an der Fachhochschule Mainz Student der Gesundheits- und Sozialökonomie mit Studienschwerpunkt Krankenhausmanagement.