

Dr. Michael Greiling

Prozesskostenrechnung im Krankenhaus – Instrument und Umsetzung zur Kalkulation von DRGs

Der Autor beschreibt das Modell einer mehrstufigen Prozesskostenrechnung. Eines der künftig bedeutenden Handlungsfelder liegt in der externen Leistungs- und der internen Kostentransparenz. Alle Krankenhäuser müssen sich eine Vorstellung davon verschaffen, wo und in welchem Umfang Kosten entstehen und wie diese in Relation zu den Erlösen zu bewerten sind. Die interne Leistungs- und Kostenverrechnung sowie der immer notwendiger werdende externe Vergleich mit anderen Krankenhäusern bzw. Abteilungen ist ohne eine behandlungs- bzw. prozessorientierte Quantifizierung der Kosten nicht umsetzbar.

Weil in dem künftigen DRG-System der Preis für die Behandlung eines Patienten vorgegeben ist, ist der wirtschaftliche Erfolg über die Kosten steuerbar.¹⁾ Die Krankenhäuser müssen sich fragen, ob sie die einzelnen DRGs wirtschaftlich abwickeln können. Wirtschaftlich bedeutet, dass die gesamten Kosten des Krankenhauses, die anteilig auf die DRGs entfallen, die festgelegten Einnahmen nicht übersteigen dürfen. Voraussetzung, um in diesem Sinne wirtschaftlich zu arbeiten, ist, dass die Krankenhäuser die Prozesse zur Behandlung der DRGs inklusive ihrer Kosten kennen, sie überwachen und steuern. Daher führt die Reform des Entgeltsystems zu einer systematischen Prozessorientierung.

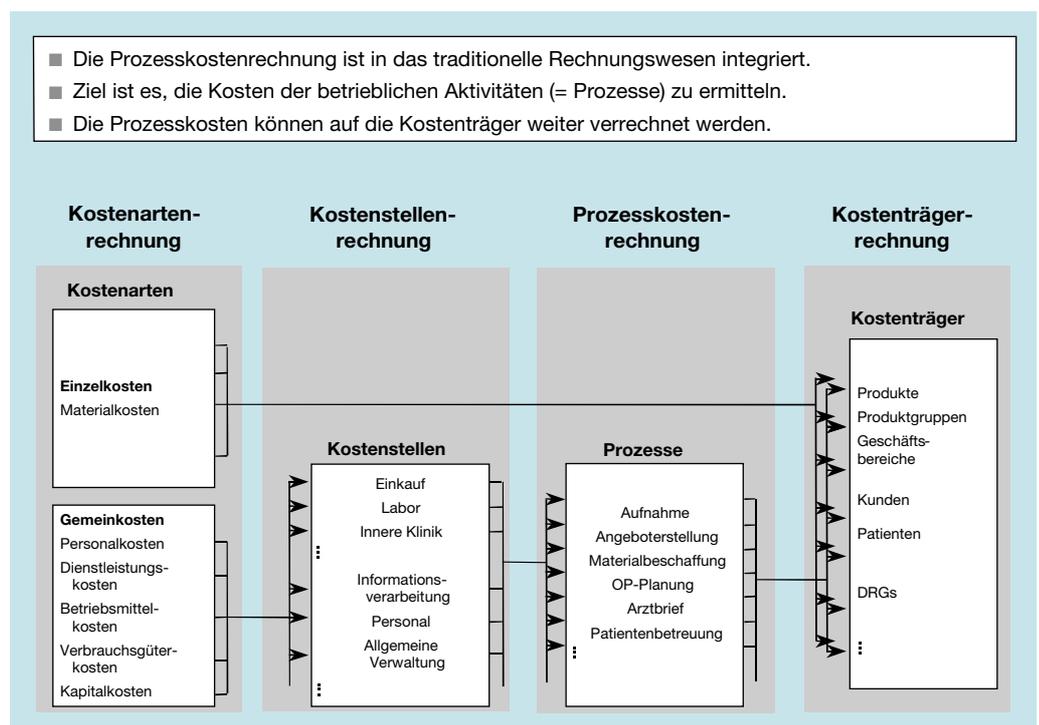
Prozessmanagement und Prozesskostenrechnung sind auf Grund der neuen Rahmenbedingungen durch das beschlossene Vergütungssystem geeignete Methoden zur Bewältigung des anstehenden Wandels.²⁾ Jedoch ist dieser Ansatz in den Krankenhäusern noch nicht ausreichend umgesetzt. Vertreter und Architekten der Prozesskostenrechnung sind unter anderem Robert S. Kaplan, Robin Cooper, Peter Horvath oder Reinold Mayer. Sie sehen in ihr neue Möglichkeiten, Kosteninformationen zu gewinnen, die über erheblich mehr Aussagekraft verfügen als andere Management Accounting Systeme.³⁾ „Prozesskostenrechnung verstehen wir als eine Methodik, mit deren Hilfe die Kosten der indirekten Bereiche des Unternehmens (Ge-

meinkostenbereiche) besser geplant und gesteuert bzw. auf das Produkt verrechnet werden können.“⁴⁾ Die Prozesskostenrechnung ist eine Vollkostenrechnung und bedient sich des aus der traditionellen Kostenrechnung bekannten Prinzips der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung. Wie sie in die Elemente der traditionellen Kostenrechnung einzuordnen ist, zeigt Abbildung 1.

Um die Kostenentstehung transparenter zu machen, verrechnet man die Kostenstellen über Prozesse. Die Einzelkosten werden im herkömmlichen Sinne direkt den Kostenträgern zugerechnet, indem im Krankenhaus mit Hilfe von strukturierten Interviews die direkten Kosten für eine DRG ermittelt werden. Die Gemeinkosten werden von der stellenorientierten in eine prozessorientierte Aufteilung überführt. Mayer⁵⁾ beschreibt die PKR durch eine Prozesshierarchie.⁶⁾ Der hierarchische Aufbau ist in Abbildung 2 dargestellt.

Die Prozesskostenrechnung erhebt nicht den Anspruch, für jede einzelne Prozessdurchführung die Kosten hundertprozentig genau zu verrechnen, jedoch ermöglicht sie insgesamt eine genauere Umlage des Ressourcenverbrauchs über die Prozessbetrachtung als herkömmliche Kostenrechnungssysteme.⁷⁾ Mayer gliedert den Ablauf der Prozesskostenrechnung in 3 Schritte⁸⁾ (siehe Abbil-

Abbildung 1: Einstufung Prozesskostenrechnung



Schritt 1: Aufstellen eines Prozessmodells der Geschäfts- und Hauptprozesse

In einem ersten Schritt der PKR wird eine Hypothese bezüglich der Hauptprozesse aufgestellt. Hierfür müssen die heterogenen Geschäftsprozesse in homogene Hauptprozesse mit jeweils einem Cost Driver zerlegt werden. Die Hauptprozesse werden anhand von Prozessmodellen und Workshops in multifunktionalen Teams erarbeitet.

Schritt 2: Tätigkeits- und Teilprozessanalyse

Mittels einer Tätigkeitsanalyse werden einzelne Aktivitäten erhoben und zu Teilprozessen zusammengefasst. Die Teilprozesse werden jeweils genau einer Kostenstelle zugeordnet. Durch eine Teilprozessanalyse werden die Teilprozesse, ihre „Kostenverursacher“ (Maßgrößen), das auszuführende Volumen der Maßgröße und der hierdurch resultierende Mitarbeiterinsatz erhoben. Den Teilprozessen werden die Kosten der Kostenstellen zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt über die Maßgrößen.

Schritt 3: Verdichtung zu Hauptprozessen

Die Kosten der Teilprozesse sind nun zu wenigen kostenstellenübergreifenden Hauptprozessen zu verdichten. Für jeden Hauptprozess ist ein Cost Driver zu ermitteln. Die Verdichtung wird in der Hauptprozessanalyse durchgeführt und richtet sich danach, wie stark die Teilprozesse von den Hauptprozessen in Anspruch genommen werden. Nach Inanspruchnahme werden die einzelnen Teilprozesse auf einen Hauptprozess komplett oder auf verschiedene Hauptprozesse verteilt.

Die Ergebnisse der PKR können zum Beispiel, wie in Abbildung 4 dargestellt, ausfallen. Für jede DRG sind detaillierte Angaben über Personal- und Sachkosten erhoben worden. Die Behandlung der DRG D11Z setzt sich aus mehreren Hauptprozessen zusammen. Neben den Hauptprozessen wurden noch Zuschläge gebildet. Für die Hauptprozesse und Zuschläge ergaben sich konkrete Kostensätze bzw. -anteile an den Gesamtkosten.⁹⁾

Abbildung 2: Prozesshierarchie

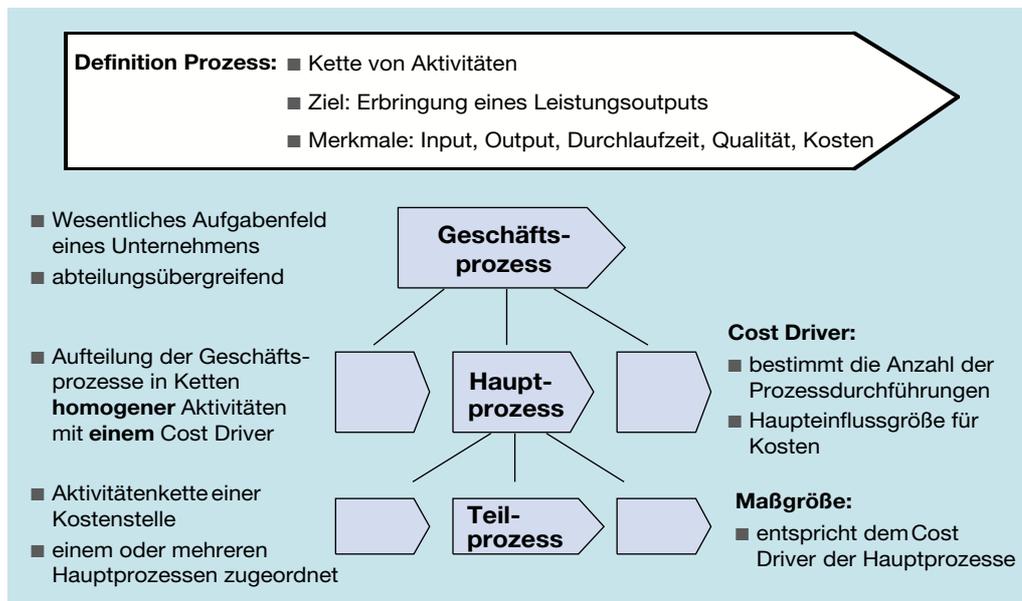
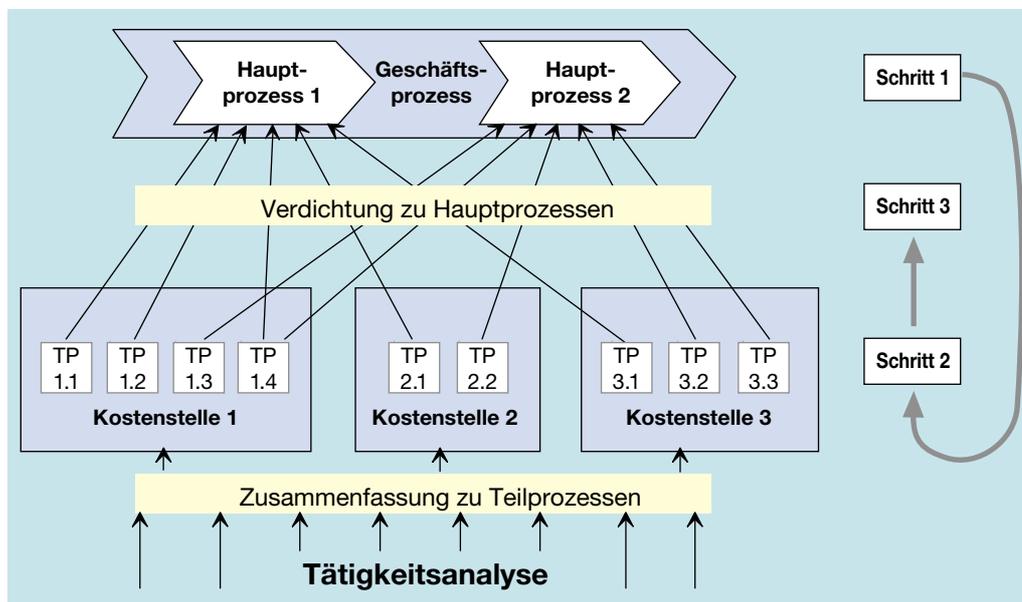


Abbildung 3: Schritte der Prozesskostenrechnung



Zusammenfassend kann der Vorteil einer solchen Vorgehensweise wie folgt beschrieben werden:

- Bildung einer Schnittstelle zwischen den Projekten zur Einführung der DRGs und des Qualitätsmanagements.
- Schaffung einer Datenbasis, die eine Transparenz zu Kosten, Zeiten sowie Qualität aufzeigt und somit eine Diskussionsmöglichkeit zur kontinuierlichen Verbesserung fördert.
- Ermittelte Schwierigkeiten aus einem Problemspeicher der Teilprozesse, die abweichend zur typischen Vorgehensweise sind, können in Optimierungsworkshops bearbeitet werden.
- Durch die erhobenen Zeit- und Kostendaten entsteht eine Kalkulation der zukünftigen DRG-Fallgruppen.
- Mengensimulationen werden möglich: Wie entwickelt sich der Kostensatz bei 300 Fällen bzw. bei 150 Fällen?
- Aus den Teilprozessangaben der beteiligten Mitarbeiter/innen entsteht ein erster „Haus“-Behandlungspfad.
- Letzterer bildet die Grundlage weiterer Optimierungen: Ist der medizinische Sachmittelverbrauch opti-

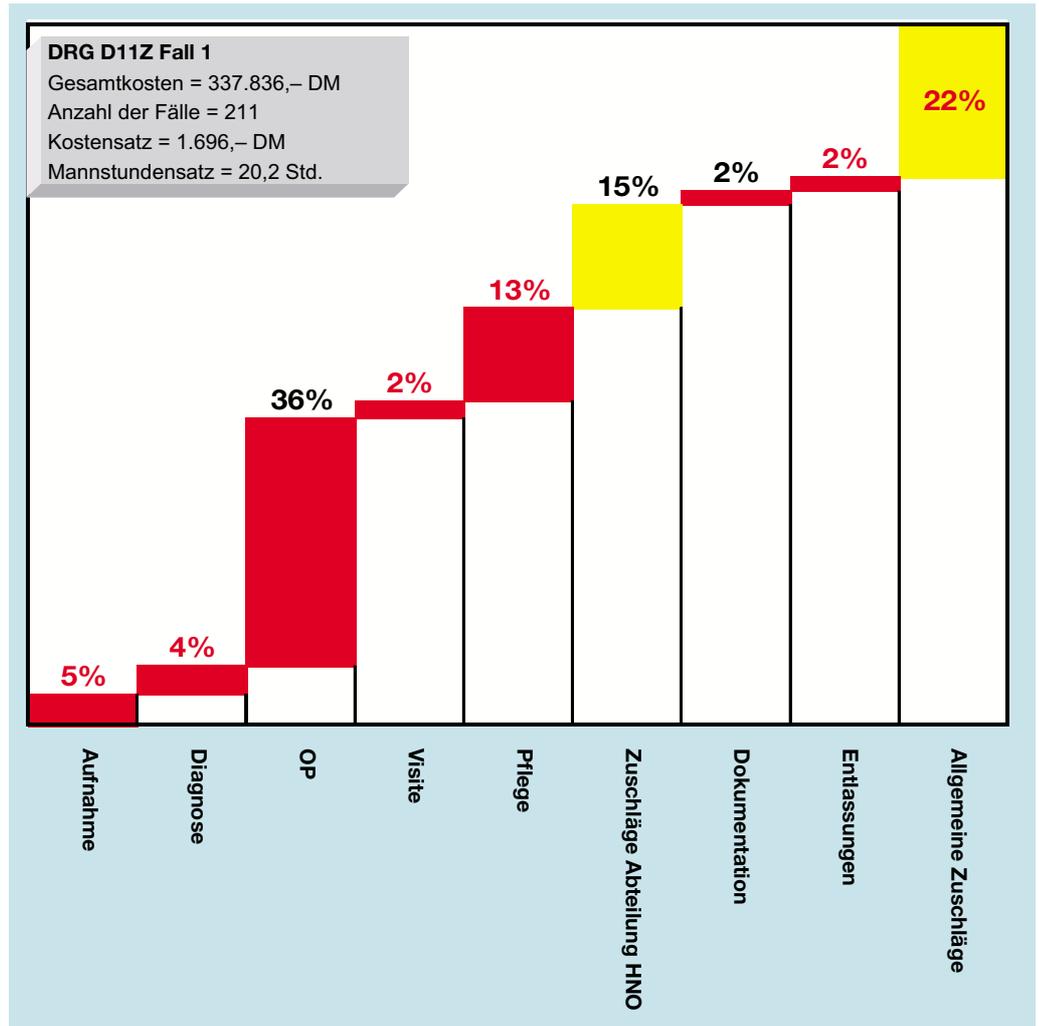
mal? Wird die beste Medikation für eine typische Mandelentfernung angewendet? Sind die Zeiten für Aufnahme, OP und Entlassung auf einem guten Niveau etc.?

● Das Krankenhaus erhält sehr pragmatisch durch die Verbesserung eine erste Standardisierung des Behandlungsablaufs, ohne in wissenschaftliche und philosophische Diskussion viel Zeit und Kosten zu investieren. Beispiele belegen, dass nicht selten 6 bis 12 Monate über standardisierte Behandlungsabläufe in Krankenhäusern losgelöst von der Haussituation diskutiert wird.

● Es entsteht die Möglichkeit, ein prozessbezogenes Controlling zu entwickeln.

● Das Krankenhaus kann sein Leistungsspektrum besser analysieren und strategisch planen.

Abbildung 4: Kosten DRG D11Z



Anmerkungen

- 1) Salfeld, R./ Wettke, J. 2001
- 2) Greiling, M., 1998
- 3) Glaser H., 1993, Seite 1644
- 4) Mayer R., 1991, Seite 75
- 5) Glaser, H., 1993, Seite 1644
- 6) Mayer R., 1998
- 7) Mayer R. 1991, Seite 75 und Seite 87
- 8) Mayer R. 1991, Seite 75 und Seite 85
- 9) Vergleiche auch die ausführliche Darstellung in: Greiling, M./Thomas, F. 2002

Literatur

Baum, G.: „Die Krankenhäuser unter dem Zwang zur Anpassung“ in: f&w Ausgabe 02/2000, Seite 118–124

Glaser, H. (1993): „Handwörterbuch des Rechnungswesens“, Hrsg. Chiemlewicz K., Schweitzer M., 3. Auflage Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart

Greiling, M. (1998): „Das Innovationssystem – Eine Analyse zur Innovationsfähigkeit von Unternehmungen“. Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main

Greiling, M./Thomas, F. (2002): „Prozessorientierung im Krankenhaus – Die Einführung der Prozesskostenrechnung als Grundlage zur Kalkulation der DRGs“. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf

König, H. (03/2001): „Unternehmensziele messbar machen, DRGs und moderne Managementmethoden – neue Herausforderungen an das Controlling“, Krankenhaus Umschau, Ausgabe 03/2001

Mayer, R. (1991): „Prozesskostenmanagement, Methodik, Implementierung“, Erfahrung, Hrsg. IFUA Horváth & Partner, Verlag Franz Vahlen GmbH, München

Ollesch, A.(1998): „Australian Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual“, Version 4.1, Hrsg. Diekmann F., © Commonwealth of Australia

Peter, Hans-Joachim (02/2001): „Diagnosen bestimmen Erlöse, Medizincontrolling begleitet Übergang in eine neue Ära der Abrechnung“, Puls Schlag Informationsblatt des Universitätsklinikums Münster, Ausgabe 02/20001

Rochell B., Roeder N.: „Starthilfe DRGs, Aktueller Stand und Perspektiven der Einführung eines DRG-Systems in Deutschland und die notwendige Vorbereitung des Krankenhauses“, das Krankenhaus 2000, Sonderheft „Starthilfe DRGs“

Salfeld, R/Wettke, J. (2001): „Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens: Perspektiven und Konzepte“, Springer-Verlag

Wulf-Dietrich L. (04/1999): „DRG-Fallpauschalen als Kern einer Reform der Krankenhausentgelte“, erschienen in: Arbeit und Sozialpolitik, 3. Ausgabe 04/1999

Anschrift des Verfassers:

Dr. Michael Greiling,
 Unternehmensgruppe Evangelische Treuhand/APB,
 Leiter des Geschäftsbereichs Controlling,
 APB Unternehmensberatung GmbH, Münster,
 Wüllnerstraße 3, 48149 Münster ■