

01.01.2015 Stationär

Innerklinische Leistungsverrechnung (ILV) – Transparentes Führungsinstrument oder Dampfkessel zwischen Administration und Ärzten?

H.-P. Bruch



Problemstellung

Dem Gesundheitssystem war zu allen Zeiten ein ökonomischer Rahmen gegeben. Ein ungeordnetes Systemwachstum in den letzten Jahrzehnten, der demographische Wandel, die exponentiell zunehmenden medizinischen Erkenntnisse bzw. Möglichkeiten und die Anspruchshaltung der Patienten haben zu einer merklichen Verknappung der Mittel geführt. Und man geht davon aus, dass der finanzielle Rahmen, in welchem sich das System bewegen muss, in den nächsten Jahren noch deutlich enger werden wird. Diese grundsätzliche Begrenztheit

der Mittel muss von allen Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere auch von Ärzten akzeptiert werden.

Ärztliche Bedenken – rotes Tuch für Krankenhausmanager

Eine Diskussion über die verantwortungsvolle Verwendung der Mittel ist dadurch unausweichlich. In vielen Krankenhäusern wird diese wichtige Diskussion allerdings nicht mehr mit am Patienten tätigen Ärzten geführt. Dies ist insofern erstaunlich, als nur diese Ärzte erkennen und definieren können, wann aufgrund ökonomischer Zwänge Qualitätsverluste oder gar Patientengefährdung drohen, die für die jeweilige Einrichtung enorme – auch ökonomische – Konsequenzen haben. Die ärztlichen Bedenken, werden von Krankenhausmanagern häufig als Hemmschuh für die ökonomisch-optimierte Führung der Einrichtung empfunden, so dass für das Patientenwohl wesentliche Entscheidungen dann von Nichtmedizern getroffen werden. Medizinische Erwägungen werden dem Profitabilitätsziel untergeordnet. Wenn es nicht um die Gesundheit von Menschen ginge, könnte man diese Argumentation sogar verstehen. Denn mit der Einführung der DRG, erreichen die finanziellen Zuweisungen für die Kliniken aus dem System sehr häufig mehr als neunzig Prozent der betrieblichen Erträge. Da neben den Notfallambulanzen auch andere Bereiche mit hohen Vorhalte- und Behandlungskosten in der Regel eine Unterdeckung aufweisen und die Zuweisungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz kontinuierlich abnehmen, muss ein Jahresüberschuss angestrebt werden, um Mittel für Investitionen und für unterdeckte Bereiche bereitzustellen.

Träges DRG-System, Fehlkalkulationen, Mengenausweitungen – der Finanzdruck steigt extrem

Implizit geht man davon aus, das DRG-System sei so ausgelegt, dass die Leistungsträger bei geeignetem Personal- und Prozessmanagement in jedem Falle den erwarteten positiven Beitrag erwirtschaften können. Das DRG-System ist ein lernendes System, das jedoch eine erhebliche Trägheit besitzt und so den schnellen Veränderungen wissenschaftlicher Erkenntnis und allgemeiner Kostensteigerungen nicht folgen kann. In vielen Fällen mangelt es den Verantwortlichen auch am Vermögen primäre Fehlkalkulationen schnell zu beseitigen, die ökonomiegetriebene Mengenausweitungen oder Upcoding zur Folge haben müssen. Dies wird besonders evident, wenn man das Patientengut von Primärversorgern, Sekundärversorgern und Universitätsklinika betrachtet. Alle Kliniken werden derzeit InEK konform abgebildet. Die Sekundär- und Maximalversorger geraten damit bei wachsender Unterdeckung unter einen immer stärkeren finanziellen Druck und können ihre Aufgaben in Zukunft wohl nur noch eingeschränkt wahrnehmen, wollen sie nicht unkalkulierbare finanzielle Risiken und Defizite in Kauf nehmen.

Immer mehr Leistung mit immer weniger Ressourcen – Optimierung auf Kosten des Patienten

Insgesamt induziert dies einen Zwang zur permanenten Effizienzsteigerung. Sie wird zum alles bestimmenden Gesetz. Die Leistungsträger müssen dem hohen medizinischen Qualitätsanspruch mit immer niedrigerem Ressourcenverbrauch gerecht werden. Denn der mögliche Ressourcenverbrauch wird bestimmt von den Zuweisungen aus dem DRG-System. Wird dann aber mit immer niedrigerem Ressourcenverbrauch dennoch ein positiver Deckungsbeitrag erwirtschaftet, macht das „lernende“ DRG-System diesen optimierten Ressourceneinsatz zur Grundlage für Neuberechnungen, so dass weitere Optimierungen erfolgen müssen, um erneut positive Beiträge zu erzielen. Folglich geht nach Ausschöpfung der Optimierungsspielräume in diesem Prozess zwingend irgendwann der positive Deckungsbeitrag verloren oder die medizinische Qualität kann nicht mehr dem leitliniengerechten Optimum entsprechen. Sie entspricht dann maximal noch dem mit den gegebenen Ressourcen Möglichen.

Dieser Optimierungsdruck führt zu einer weit verbreiteten Praxis, die auf Dauer nicht zielführend sein kann. Die sekundären Dienstleister sind vielfach gezwungen sog. Vollkosten zu berechnen, um den Betrieb aufrechterhalten zu können. Der aufnehmenden Klinik dagegen wird allein der entsprechende DRG-Anteil zuerkannt. Besonders hart trifft das die kapitalintensiven Fächer. Im Extremfall muss eine Leistung in Einzelbereichen nach ILV praktisch kostenfrei erbracht werden.

Veröffentlichte ILV contra Patientenwohl

Jede verantwortungsvolle Klinikleitung muss daher danach streben, das eigene Betriebsergebnis möglichst positiv zu gestalten. Bedenklich werden die Auswirkungen dieses Verfahrens spätestens dann, wenn es z. B. um die Entscheidung geht, ob ein Patient auf die teure Intensivstation verlegt werden soll oder nicht. Eine innerklinisch veröffentlichte ILV kann so dem Patientenwohl entgegenwirken. Sie schafft schnell tief greifende Auseinandersetzungen zwischen den Vertretern verschiedener medizinischer Fachdisziplinen und sie wirkt damit demotivierend auf wichtige Leistungsträger. Darüber hinaus stört ein derartiges System massiv die Motivation der Leistungsträger und die kollegiale interdisziplinäre Zusammenarbeit, als essentielle Voraussetzung für eine gute Behandlungsqualität und dies ganz besonders in den maximalversorgenden Einrichtungen.

Wozu die ILV?

Dabei ist die innerklinische Leistungsverrechnung oder ILV für viele Administrationen ein unverzichtbares Steuerungsinstrument. Sie wird zur Leistungskontrolle, Ressourcensteuerung und zur gerechten Mittelzuweisung im „Unternehmen“ eingesetzt. Die Innenleistungen werden mit einem Preis versehen, der als Verrechnungspreis bezeichnet wird. Er bildet die Grundlage der wertmäßigen Verrechnung zwischen Kostenstellen. Die Errichtung von Kostenstellen und die Kostenartenrechnung müssen dabei verschiedenen Grundsätzen genügen:

- Grundsatz der Eindeutigkeit
- Grundsatz der Wirtschaftlichkeit
- Grundsatz der Identität der Kostenstellen und Verantwortungsbereiche
- Grundsatz der eindeutigen Bezugsgrößenfindung

Damit sollen einerseits die „Stückkosten“ definiert, andererseits ein gerechter monetärer Ausgleich zwischen den Teilbereichen eines Krankenhauses sichergestellt werden. Hinzu kommen dann noch die sog. Gemein- und Fixkosten, die nach einem jeweils festzulegenden Schlüssel verteilt werden. Die Probleme ergeben sich hier in den allermeisten Fällen aus der ungenügenden intellektuellen Durchdringung des sog. Gemeinkostenschlüssels und einer daraus resultierenden willkürlichen über- oder unterproportionalen Verteilung von Allgemein- und Fixkosten (Graumann 2007). Vor allem die Fixkosten sind unabhängig von der Leistung einer Abteilung oder Klinik. Oder allgemeiner ausgedrückt, je höher der Allgemein- und Fixkostenanteil, je variabler das Mengengerüst einzelner Leistungen, umso schwieriger wird eine verursachergerechte Kostenzuordnung. In diesem Sachzusammenhang ist ein hohes Problembewusstsein der Administration unabdingbar.

Abhängigkeiten und Verflechtungen – „richtige“ ILV ist hochkomplex und kompliziert

Letztlich soll die ILV ja dazu dienen, Anforderungswirtschaftlichkeit und Produktionswirtschaftlichkeit transparent zu machen. „Sie soll die Kosten der innerbetrieblichen Leistungen möglichst verursachergerecht“ zuordnen, um eine ökonomisch sinnvolle Wirtschaftsführung zu gewährleisten. Sie ist besonders an größeren Häusern in ihrer Komplexität für einen Arzt kaum durchschaubar. Und hier sei an die Aussagen des obersten bayerischen Rechnungshofes erinnert: Sie ist nur dann wirklich gerecht, wenn sie auf der Grundlage einer Kostenträgerrechnung erfolgt. Die damit verbundenen Probleme werden sofort sichtbar, wenn man die sehr unterschiedliche Größe, Organisationsstruktur, Spezialisierung und Aufgabenzuordnung von Kliniken bedenkt. Einfache gut steuerbare bis hochkomplexe Abhängigkeiten und Verflechtungen von Leistungen unterschiedlicher Kostenstellen voneinander und miteinander werden dabei sichtbar. Zur Abbildung komplexer Leistungsverflechtungen und Kosten zwischen verschiedenen Kostenstellen eines Krankenhauses kann man sich heute zwar mathematischer Modelle bedienen, aber letztlich müsste man jeder Handlung einen administrativen Akt unterlegen, um eine perfekte Kostenträgerrechnung erstellen zu können. Der Aufwand ist immens und er wird sinnvoller Weise wohl nur dort betrieben, wo dies zur Steuerung unbedingt erforderlich ist und wo es gelingt, hochprofessionelle, administrative Strukturen zu etablieren.

Eine zweite und weniger aufwändige Methode eröffnet sich, wenn die Erlöse nach InEK Kostenmatrix zugeordnet werden. Die Gesamtkosten werden dabei auf zehn Kostenarten und elf Kostenstellen aufgeteilt. Dabei sollte jedoch ins Kalkül einfließen, dass die Struktur einer Klinik oder eines Klinikums nicht unbedingt mit den Zuordnungsvorgaben des InEK übereinstimmt. Es muss daher ein mehr oder weniger individueller Weg für jedes einzelne Krankenhaus beschritten werden.

Für kleine, überschaubare Einrichtungen mit einem engen Leistungsspektrum mag sogar eine reine Leistungsdarstellung mit anhängenden Kosten im Sinne einer vereinfachten Prozesskostenrechnung hinreichend sein.

Fazit: Regelmäßiger Dialog zwischen Administration und medizinischen Leistungsträgern, angepasste Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, die von allen Beteiligten verstanden und akzeptiert wird

Es muss anerkannt werden, dass ein Klinikum in der Regel Abteilungen beherbergt, deren Leistungen vom DRG-System in sehr unterschiedlicher Weise kostendeckend oder nicht kostendeckend abgebildet werden.

Eine angepasste ILV ist für die ökonomische Steuerung eines Krankenhauses somit weitgehend unverzichtbar. Sie sollte an die Struktur der Häuser adaptiert sein. Verschiedene erprobte Verfahren bieten sich an. Allgemein gültige Handlungsanweisungen gibt es nicht.

Jedoch muss sich die Administration darüber im Klaren sein, welche Ziele mit dem Instrument ILV erreicht werden sollen:

Welche Strategie verfolgt eine Klinik mit den verschiedenen Darstellungs- und Auswertungsmethoden?

Wie sollen deren Ergebnisse im Tagesgeschäft eingesetzt werden?

Sind die gewählten Parameter für die Steuerung einer Einzelklinik überhaupt sinnvoll?

Welche Ziele sollen damit erreicht werden?

Welche Parameter können durch die Leistungsträger beeinflusst werden und stimmen diese mit den, von der Administration dargestellten, Parametern überein?

Wie viel Entscheidungsfreiheit kann den Leistungsträgern gewährt werden?

Wie intensiv soll die Administration in das klinische Tagesgeschäft eingreifen?

Und schließlich und letztlich muss die Frage beantwortet werden, ob rein ökonomische Parameter allein, in einem gegebenen Umfeld überhaupt geeignet sind, die Motivation der Leistungsträger/innen dauerhaft zu erhalten?

Bedarf es nicht vielmehr zusätzlicher Anreize, wie etwa die risikoadjustierte Behandlungsqualität, die dem ärztlichen Ethos sehr viel näher ist? Die Mortalitäts- und Komplikationsstatistik, die Liegedauer und die Patientenzufriedenheit könnten im Sinne eines Benchmarks ebenso mit einbezogen werden.

Die zahlreichen Schnittstellen zwischen den Disziplinen, den Dienstarten und den Verwaltungen bedürfen verantwortlicher „Team Player“. Aus einem regelmäßigen Dialog zwischen Administration und medizinischen Leistungsträgern sollte eine angepasste Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten entwickelt werden, die von allen Beteiligten verstanden und akzeptiert wird. In Monats- und Zielleistungsgesprächen lassen sich positive und negative Entwicklungen einsehbar adressieren und geeignete Maßnahmen vereinbaren. Rein ökonomiegetriebene Zahlenreihen aber sollten nur mit außerordentlicher Sensibilität als Führungsinstrument eingesetzt werden.

Autor des Artikels



Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch

ehem. Präsident

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

