
2.1 Vorstellung des ausgewählten Krankenhauses

Das Modellkrankenhaus verfügt über rund 320 Planbetten in sieben medizinischen Fachabteilungen: Innere Medizin (113 Betten), Allgemeinchirurgie (40 Betten), Unfallchirurgie (35 Betten), Gefäßchirurgie (30 Betten), Orthopädie (35 Betten), Neurologie (71 Betten) und Anästhesie. Jährlich werden rund 12.500 stationäre und doppelt so viele ambulante Patienten versorgt; der effektive Casemix-Index lag bei 1,035.

Heute zählt das Krankenhaus zu den größten Akutkrankenhäusern und Arbeitgebern des Kreises.

2.2 Durchführung des Benchmarking-Prozesses

Im Folgenden wird der Benchmarking-Prozess durchgeführt. Er gliedert sich in die Phasen „Vorbereitung“, „Analyse der ausgewählten DRG“ und „Handlungsempfehlungen für die Umsetzung“.

2.2.1 Vorbereitung

Untersuchungsgegenstand der Benchmarking-Studie ist die DRG G67D der Internistischen Fachabteilung des Modellkrankenhauses. Die Klinik für Innere Medizin behandelt das Gesamtgebiet der internistischen Erkrankungen, schwerpunktmäßig jedoch Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (Magen-, Darm-, Leber-, Gallenwegs- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen), Herz- und Kreislauferkrankungen, sowie Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Übergewicht).

Die Klinik für Innere Medizin verfügt über mehr als 100 Planbetten. Im Jahr 2009¹ wurden rund 4000 stationäre Fälle behandelt. Hierfür standen im Durchschnitt 14,1 Vollkräfte des Ärztlichen Dienstes, 64,7 Vollkräfte des Pflegedienstes², 14,5 Vollkräfte des Funktionsdienstes und 9,0 Vollkräfte des medizinisch-technischen Dienstes zur Verfügung. Der effektive Casemix-Index lag bei 0,801.

Da die Klinik für Innere Medizin mit ihrer stationären Fallzahl über ein Drittel der Gesamtfallzahl abdeckt und somit einen bedeutenden Anteil an den Gesamterlösen einnimmt, wurde diese Fachabteilung als Untersuchungsbereich gewählt. Innerhalb der gewählten Fachabteilung wurde eine weitere Eingrenzung des Benchmarking-Gegenstandes auf eine einzelne DRG vorgenommen. Es handelt sich um die DRG G67D „Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierte Diagnose/Dialyse/komplexe Eingriffe, Alter > 2 Jahre, ohne äußerst schwere CC oder gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 75 Jahre, außer bei Para-/Tetraplegie.“³ Diese DRG wurde mit 430 Fällen⁴ am häufigsten innerhalb der Internistischen Fachabteilung erbracht. Die DRG hat eine Bewertungsrelation von 0,434 und eine mittlere Verweildauer von 3,7 Tagen.⁵

Da eine DRG das Produkt eines Krankenhauses darstellt⁶, kann hier von einem Produktbenchmarking gesprochen werden. Die Zielgröße, die durch das Benchmarking beeinflusst werden soll, sind die Kosten. Das Ziel ist es, finanzielle Defizite der genannten DRG zu beseitigen und den gewählten Vergleichspartner zu übertreffen.⁷

2.2.2 Auswahl des Benchmarking-Partners

Als Benchmarking-Partner wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gewählt. Im Folgenden wird das Institut und die Kalkulationsmethodik der Relativgewichte vorgestellt. Darauf folgt die Begründung für die Wahl des InEK als geeigneten Benchmarking-Partner.

2.2.2.1 Vorstellung des InEK

Das InEK wurde im Mai 2001 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gegründet. Die hauptsächliche Aufgabe des Instituts liegt in der Unterstützung der Vertragspartner der Selbstverwaltung und deren Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen

¹ Da die Benchmarking-Studie auf den Daten 2009 basiert (Systemjahr 2011, Datenjahr 2009), wird auch die Klinik für Innere Medizin mit den Fakten und Daten aus dem Jahr 2009 vorgestellt.

² Von 64,7 Vollkräften waren 16,7 Vollkräfte auf der Intensivstation tätig.

³ Vgl. Fallpauschalen-Katalog (2011, S. 33 Online im Internet).

⁴ Die Fallzahl umfasst Normal-, Lang- und Kurzlieger sowie Fälle, die im Jahr 2009 entlassen wurden.

⁵ Vgl. Fallpauschalen-Katalog (2011, S. 33 Online im Internet).

⁶ Vgl. Doege und Martini (2008, S. 36).

⁷ Vgl. Zapp und Oswald (2009, S. 219).

Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen auf der Grundlage des § 17b KHG. Dabei unterscheiden sich die Aufgaben in zwei Arbeitsfelder. Das Arbeitsfeld „Medizin“ beinhaltet die Fallgruppenpflege⁸, die Weiterentwicklung von Kodierrichtlinien, die Zusammenarbeit mit Institutionen, Gremien und Organisationen sowie die Unterstützung anderer Staaten bei der Entwicklung, Einführung und Pflege pauschalierender Entgeltsysteme. Das Arbeitsfeld „Ökonomie“ umfasst neben der Kalkulation der Relativgewichte und der Zu- und Abschläge die Einführung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sowie die Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen für leistungsorientierte Investitionspauschalen.⁹

2.2.2.2 Vorgehensweise für die Kalkulation von DRGs

Die jährliche Kalkulation der Relativgewichte der DRGs wird auf der Basis von Daten sogenannter Kalkulationskrankenhäuser vorgenommen.¹⁰ Im Jahr 2010 haben 263 Krankenhäuser an der Kalkulation teilgenommen.¹¹ Die Kalkulation dieser Kosten erfolgt auf Grundlage des vom InEK veröffentlichten Kalkulationshandbuchs.¹² Dort wird die Methodik zur Kalkulation der Kosten eines stationären Patienten im Krankenhaus umfassend, verständlich und anwendungsorientiert beschrieben. Somit ist das Kalkulationshandbuch die methodische Grundlage für die Ermittlung von fallbezogenen Behandlungskosten im Krankenhaus und ist für die teilnehmenden Krankenhäuser eine verbindlich umzusetzende Vorgabe. Mithilfe der auf dieser Weise erzielten Kalkulationsergebnisse erfolgt die Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems.¹³

Die Ermittlung der fallbezogenen Behandlungskosten unterteilt sich in mehrere Kalkulationsschritte, die in Abb. 2.1 im Überblick dargestellt sind.

Zunächst sind jedoch einige methodische Grundsätze zu beachten. So wird bei der Kostenzurechnung auf den Kostenträger „stationärer Behandlungsfall“ als kalkulatorischer Ansatz ein Vollkostenansatz auf Istkostenbasis zugrunde gelegt.¹⁴ Das bedeutet, dass alle Behandlungsfälle, Leistungen und Kosten des Krankenhauses, die rechtlichen Bestimmungen zufolge zu dem Vergütungsrahmen des G-DRG-Systems gehören, berücksichtigt werden. Der Bezugszeitraum der Kalkulation ist ein abgeschlossenes Kalenderjahr.¹⁵ Die Datengrundlage für die Kalkulation bilden sowohl fallbezogene Daten als auch Kostendaten und Verrechnungsschlüssel.¹⁶

⁸ Die Fallgruppenpflege beinhaltet die Definition der DRG-Fallgruppen, die Pflege der Basis-Fallgruppen und die Pflege des Schweregrad-Systems.

⁹ Vgl. InEK (2011a, o. S. Online im Internet).

¹⁰ Vgl. Keun und Prott (2008, S. 234).

¹¹ Vgl. InEK (2010, S. 1).

¹² Vgl. Papenhoff und Schmitz (2009, S. 91 f.); vgl. Keun und Prott (2008, S. 234).

¹³ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 2).

¹⁴ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 5).

¹⁵ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 2).

¹⁶ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 5).

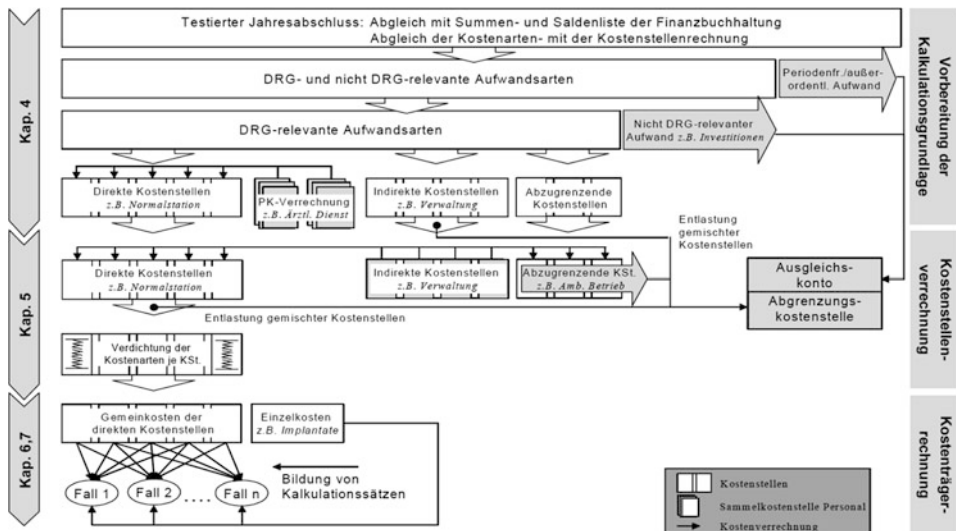


Abb. 2.1 Übersicht der Kalkulationsschritte zur Ermittlung der Fallkosten (Kalkulationshandbuch 2007, S. 221)

Ausgangspunkt der Kalkulation bildet die Summen- und Saldenliste der Finanzbuchhaltung, die der Erstellung des testierten Jahresabschlusses zugrunde gelegt wurde. Die Aufwandsarten werden in der Kostenstellenrechnung je nach Kostenstelle ausgewiesen. Sowohl in der Kostenarten- als auch in der Kostenstellenrechnung werden die Gesamtkosten des Krankenhauses um nicht DRG-relevante Kostenbestandteile bereinigt.¹⁷

Das Kalkulationsschema differenziert zwischen direkten Kostenstellen, die Leistungen unmittelbar am Patienten erbringen, und indirekten Kostenstellen, die ihre Leistungen ohne Patientenbezug an direkte Kostenstellen abgeben. Im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung werden die Kosten der indirekten auf die direkten Kostenstellen verteilt. Hierzu gibt das Kalkulationshandbuch anzuwendende Verrechnungsschlüssel mit eventuellen Alternativen vor.¹⁸

In der Kostenträgerrechnung erfolgt nun die Zuordnung der Kosten der direkten Kostenstellen auf die einzelnen Behandlungsfälle. Hier wird eine Differenzierung zwischen Einzel- und Gemeinkosten vorgenommen. Während die Einzelkosten für teure Sachgüter dem einzelnen Kostenträger anhand der fallbezogenen Dokumentation direkt zugerechnet werden, erfolgt die Gemeinkostenzurechnung über verschiedene Bezugsgrößen.¹⁹

Nachdem die Kostenzurechnung auf den Kostenträger erfolgt ist, ergeben sich die Behandlungskosten je Fall. Dieses Kalkulationsergebnis wird in einer einheitlichen modularen Struktur zusammengefasst. Somit ergibt sich pro DRG eine Kostenmatrix, bei der sich

¹⁷ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 2).

¹⁸ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 2).

¹⁹ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 2).

Anlage 5	Personal- kosten ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflegedienst	Personal- kosten med.- techn. Dienst/ Funktions- dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
	1	2	3	4a	4b ¹	5 ¹	6a	6b ¹	7	8
Normalstation	1	Pflegelage PPR-Minuten ²	Pflegelage PPR-Minuten ²	Pflegelage PPR-Minuten ²	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	PPR-Minuten ²	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Pflegelage	Pflegelage
Intensivstation	2	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung ³	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Intensivstunden	Intensivstunden
Dialyse- abteilung	3	Gewichtete Dialysen ⁴	Gewichtete Dialysen ⁴	Gewichtete Dialysen ⁴	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	Gewichtete Dialysen ⁴	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Gewichtete Dialysen ⁴	Gewichtete Dialysen ⁴
OP-Bereich	4	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit ⁵	nicht relevant	Schnitt-Naht- Zeit/HLM-Zeit mit GZF ⁵ und Rüstzeit ⁵	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit ⁵	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit ⁵	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit ⁵
Anästhesie	5	Anästhesio- logiezeit ⁶ und GZF ⁵	nicht relevant	Anästhesio- logiezeit ⁶	Anästhesio- logiezeit ⁶	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	Anästhesio- logiezeit ⁶	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Anästhesio- logiezeit ⁶
Kreislauf	6	Aufenthaltszeit Patientin im Kreislauf	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreislauf	Aufenthaltszeit Patientin im Kreislauf	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreislauf	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Aufenthaltszeit Patientin im Kreislauf
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog
Radiologie	9	Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs- katalog	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte lt. Leistungs- katalog
Laboratorien	10	Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs- katalog	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte lt. Leistungs- katalog
Übrige diagnost. und therapie. Bereiche	11	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog

- 1) Bewertung der Einzelkosten über Anschaffungspreise bzw. Durchschnittspreise
- 2) Neben der PPR sind ähnliche sachgerechte Systeme zugelassen
- 3) In Einzelfällen relevant
- 4) Gewichtete Dialysen nach Dialysearten
- 5) Hausindividuelle Standards der Rüstzeiten können gebildet werden
- 6) In der Regel GZF 2 (bei HLM GZF 1)
- 7) Anästhesiologiezeit: Übernahme/Übergabe des Patienten, d.h. unter Einbezug eventueller Rüstzeiten
- 8) GZF ist standardisiert 1,0; in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch höher
- 9) Nur für Transplantatkosten bei Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion

Abb. 2.2 Kostenmatrix (Kalkulationshandbuch 2007, S. 239)

die einzelnen Kostenmodule sowohl durch eine Kostenarten- als auch eine Kostenstellen-
gruppe definieren lassen. Dabei sind in der Vertikalen die Kostenstellen aufgeführt und
in der Horizontalen die Kostenarten abgebildet.²⁰ Die Kostenarten umfassen Personal-,
Sach- und Infrastrukturkosten, wobei im Sachkostenbereich nach Einzel- und Gemeinkos-
ten unterschieden wird. Die Kostenstellen bilden die Leistungsbereiche des Krankenhauses
in Gruppen ab.²¹ In Abb. 2.2 sind die Kostenmatrix und die für die Kostenträgerrechnung
benötigten Bezugsgrößen dargestellt.

²⁰ Vgl. Papenhoff und Schmitz (2009, S. 92); vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 3).

²¹ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 6).

Die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser stellen ihre Daten gemäß der modularen Gliederung bereit.²² Zunächst versenden die Krankenhäuser den festgeschriebenen Datensatz an die DRG-Datenstelle. Von dort aus werden die gesammelten Daten an das InEK weitergeleitet.²³ Neben der Bereitstellung der Behandlungskosten je Fall werden die Krankenhäuser verpflichtet, ergänzende fallbezogene Daten und Informationen zur Kalkulationsgrundlage dem InEK zu übermitteln.²⁴ Die übermittelten Daten werden dann zunächst von der Datenstelle technisch und schließlich vom InEK inhaltlich hinsichtlich ökonomischer, medizinischer und medizinisch-ökonomischer Plausibilität und Konformität geprüft.²⁵ Danach erfolgt die Datenaufbereitung. Diese beinhaltet verschiedene Bereinigungen und Korrekturen mit dem Ziel, verzerrende Einflüsse aus ungleichen Voraussetzungen der Krankenhäuser auszugleichen und einen einheitlichen Periodenbezug herzustellen. Es wird eine Fallzusammenführung²⁶, sowie eine Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz²⁷, eine Herkunftskorrektur²⁸, eine Überliegerbereinigung²⁹ und eine Korrektur von Zusatzentgelten³⁰ vorgenommen.³¹

Jedes Jahr werden diese Daten in aggregierter Form veröffentlicht. Die Daten der zur Verfügung gestellten Kostenmatrix sind das arithmetische Mittel der Fallkosten der Normallieger aller teilnehmenden Kalkulationskrankenhäuser. Sie bilden die zentrale Grundlage für die Festlegung der Bewertungsrelationen.³²

²² Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 6).

²³ Vgl. Papenhoff und Schmitz (2009, S. 92).

²⁴ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 6).

²⁵ Vgl. InEK (2010, S. 3 f.).

²⁶ Unter bestimmten Bedingungen wird eine Zusammenführung mehrerer Aufenthalte eines Patienten in einem Krankenhaus zu einem gemeinsamen Aufenthalt vorgenommen, vgl. hierzu InEK (2010, S. 4).

²⁷ Fälle, die Leistungen der in der Psychiatrie-Personalverordnung aufgeführten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin erhalten haben, werden in eine separate Datenhaltung überführt, vgl. hierzu InEK (2010, S. 4).

²⁸ Aufgrund von unterschiedlichen Tarifstrukturen zwischen den neuen und alten Bundesländern ergeben sich auch unterschiedliche Personalkosten. Die Datensätze werden mithilfe eines Korrekturfaktors angeglichen, vgl. hierzu InEK (2010, S. 4).

²⁹ Überlieger sind Behandlungsfälle, die vor dem 01.01.2009 aufgenommen wurden, aber erst 2009 entlassen wurden. Diese werden nur berücksichtigt, wenn das Kalkulationskrankenhaus eine Erklärung über die Vollständigkeit des auf das Vorjahr entfallenden Kostenanteils im Datensatz abgegeben hat, vgl. hierzu InEK (2010, S. 4).

³⁰ Es werden für bestimmte Leistungen Zusatzentgelte berücksichtigt, die das Krankenhaus ergänzend zu den Fallpauschalen abrechnen kann. Diese werden jedoch nicht berücksichtigt. Somit werden die Falldaten mit entsprechenden Leistungen um die darauf entfallenden Kostenanteile korrigiert, vgl. hierzu InEK (2010, S. 5).

³¹ Vgl. InEK (2010, S. 4 f.).

³² Vgl. InEK (2010, S. 5).

Zusätzlich werden der Öffentlichkeit standardisierte medizinische Leistungs- und Strukturdaten der Krankenhäuser, die unter das Krankenhausentgeltgesetz fallen, unter dem Begriff „Begleitforschung“ zur Verfügung gestellt.³³

2.2.2.3 Bedeutung des InEK als Benchmarking-Partner

Ein Benchmarking mit dem InEK als Vergleichspartner kann dem externen branchenbezogenen Benchmarking zugeordnet werden. Dies liegt darin begründet, dass die InEK-Kostendaten auf den Daten mehrerer externer Unternehmen, die in der gleichen Branche tätig sind, basieren.

Die Auswahl des InEK als geeigneten Benchmarking-Partner erweist sich aus mehreren Gründen als vorteilhaft. Die Schwierigkeit im Krankenhaussektor besteht aufgrund des steigenden Wettbewerbsdruck darin, einen offenen Daten- und Wissensaustausch mit anderen Krankenhäusern vorzunehmen.³⁴ Hingegen ist die Kostenmatrix, die die Vergleichsdaten liefert, öffentlich verfügbar. Zudem weisen die Daten eine hohe Aktualität auf.³⁵

Die Vergleichsdaten spiegeln, wie bereits erwähnt, die durchschnittlichen Kosten aller Kalkulationskrankenhäuser für eine DRG wider. Dieser Durchschnittswert weist mit steigender Anzahl von teilnehmenden Krankenhäusern eine zunehmende Genauigkeit hinsichtlich des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs auf.³⁶ Aufgrund der Problematik der Informationsbeschaffung und der Ermittlung des „Besten“ stellt dieser Durchschnittswert somit einen mit höherer Aussagekraft verbundenen Vergleichswert dar als der Vergleich mit einem anderen Krankenhaus.

Ein weiteres wichtiges Argument für die Auswahl des InEK als geeigneten Benchmarking-Partner ist die Tatsache, dass die Daten der Kalkulationskrankenhäuser die Basis für die Kalkulation der DRGs darstellen. Das bedeutet, dass diese Daten der Vergütung für die stationäre Krankenhausversorgung entsprechen. Somit ist der Vergleich mit diesen Daten vor allem vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Leistungserstellung sinnvoll, da der Vergleich Bereiche aufdeckt, in denen nicht kostendeckend gearbeitet wird. Zudem bietet diese Kalkulation gerade in Bezug auf die Aussagekraft dieses Vergleichs eine überzeugende Motivationsgrundlage im Hinblick auf mögliche Veränderungen bei den Mitarbeitern.³⁷

³³ Vgl. Papenhoff und Schmitz (2009, S. 91).

³⁴ Vgl. Wrobel et al. (2011, S. 15).

³⁵ Vgl. Papenhoff und Schmitz (2009, S. 92).

³⁶ Zu Anfang nahmen 125 Krankenhäuser teil, aktuell nehmen 332 Krankenhäuser an der Kalkulation teil, vgl. dazu InEK (2002, S. 8); vgl. InEK (2011c, S. 1).

³⁷ Vgl. Papenhoff und Schmitz (2009, S. 92).

2.2.3 Informationsbeschaffung, -aufbereitung und -anpassung

In dieser Phase werden die Daten zur DRG G67D der eigenen Organisation und die des Vergleichspartners beschafft, aufbereitet und entsprechend angepasst, um eine Vergleichbarkeit herzustellen.

2.2.3.1 Beschaffung und Aufbereitung der Informationen des Modellkrankenhauses

Das Modellkrankenhaus ist seit dem Jahr 2004³⁸ ein Kalkulationskrankenhaus. Die Ist-Kosten der DRG G67D des Modellkrankenhauses sind in Tab. 2.1 dargestellt.³⁹ Die durchschnittlichen Ist-Kosten pro Fall sind in Tab. 2.2 abgebildet. Dabei handelt es sich um die Datengrundlage 2009. Im Jahr 2009 lag der krankenhausesindividuelle Basisfallwert des Modellkrankenhauses bei 2847,52 €. Insgesamt fließen 324 Fälle in die dargestellte Kostenmatrix ein. Hierbei handelt es sich um stationäre Fälle, die im Jahr 2009 aufgenommen und entlassen sowie innerhalb der unteren und oberen Grenzverweildauer (Normallieger) behandelt wurden. Die mittlere Verweildauer der Normallieger beträgt 4,4 Tage.

Der durchschnittliche PCCL⁴⁰ der Normallieger liegt bei 0,9. Die einzelnen PCCLs verteilen sich wie in Tab. 2.3 dargestellt.

Es wurden 209 Frauen (64,5 %) und 115 Männer (35,5 %) behandelt.

Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 62,4 Jahren. Entsprechend der Alterskategorien des InEK ergibt sich die Häufigkeitsverteilung (siehe Tab. 2.4).

Die Tab. 2.5 und 2.6 zeigen die Haupt- und Nebendiagnosen der Patienten mit der DRG G67D.

Die am häufigsten durchgeführten Operationen und Prozeduren sind in Tab. 2.7 abgebildet.

³⁸ Systemjahr 2005 bzw. Datenjahr 2003.

³⁹ Bei der Darstellung soll der Beispielcharakter besonders hervorgehoben werden, indem das hier dargestellte Krankenhaus als Modellklinik zu betrachten ist. Es handelt sich bei den Daten um realistische Zahlen, diese sind aber gerundet und entsprechen nicht unbedingt den realen Verhältnissen. Sie dienen der Demonstration der Vorgehensweise; insoweit ist das Datenmaterial in sich schlüssig. Rückschlüsse auf das hier behandelte Krankenhaus sind aber nicht möglich.

⁴⁰ Der PCCL stellt den kumulierten Schweregrad der Nebendiagnosen dar. Hierdurch werden Komplexitäten (Mehrfacherkrankungen) und Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) in fünf Schweregradgruppen abgebildet, vgl. Schmidt-Rettig (2008, S. 410).

Tab. 2.1 Ist-Kosten der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Kostenart Kostenstelle	Personal- kosten		Personal- kosten Pflege- dienst	Personal- kosten med. tech. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Arzneimittel Einzelkosten	Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten überiger med. Bedarf	Sachkosten überiger med. Bedarf Einzelkosten	Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur	Gesamt
	Ärztlicher Dienst	1234a 1234b										
Normalstation	1	41.000	108.000	5.000	9.000	0	0	6.000	1.000	16.000	112.000	298.000
Intensivstation	2	3.000	13.000	0	0	1.000	0	1.000	0	1.000	4.000	23.000
OP-Bereich	4	0	0	0	0	0	0	0	1.000	0	0	1.000
Anästhesie	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kreislauf	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kardiolog. Diagn./ Therapie	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endoskop. Diagn./ Therapie	8	21.000	0	15.000	0	0	0	9.000	0	9.000	7.000	61.000
Radiologie	9	2.000	0	5.000	0	0	0	1.000	6.000	1.000	2.000	17.000
Laboratorien	10	0	0	0	0	2.000	0	0	25.000	0	0	27.000
Übrige diagn./ therap. Bereiche	11	0	0	0	0	0	0	1.000	0	0	2.000	8.000
Gesamt		67.000	121.000	30.000	9.000	3.000	0	18.000	33.000	27.000	127.000	435.000

Angaben in €

Tab. 2.2 Durchschnittliche Ist-Kosten der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Kostenart Kostenstelle	Personal- kosten Ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflege- dienst	Personal-kosten med. tech. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Arzneimittel Einzelkosten	Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten überiger med. Bedarf	Sachkosten überiger med. Bedarf Einzelkosten	Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur	Gesamt
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8	
Normalstation	126,5	333,3	15,4	27,8	0,0	0,0	18,5	3,1	49,4	345,7	919,8
Intensivstation	9,3	40,1	0,0	0,0	3,1	0,0	3,1	0,0	3,1	12,3	71,0
OP-Bereich	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	3,1
Anästhesie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kreitsaal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kardiolog. Diagn./ Therapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Endoskop. Diagn./ Therapie	64,8	0,0	46,3	0,0	0,0	0,0	27,8	0,0	27,8	21,6	188,3
Radiologie	6,2	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0	3,1	18,5	3,1	6,2	52,5
Laboratorien	0,0	0,0	0,0	0,0	6,2	0,0	0,0	77,2	0,0	0,0	83,3
Übrige diagn./ therap. Bereiche	0,0	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	6,2	24,7
Gesamt	206,8	373,5	92,6	27,8	9,3	0,0	55,6	101,9	83,3	392,0	1.342,6

Angaben in €

Tab. 2.3 PCCL-Verteilung der DRG G67D des Modellkrankenhauses

PCCL	Anzahl der Fälle	Anteil an Gesamtfallzahl
0	196	60,5%
1	2	0,6%
2	76	23,5%
3	50	15,4%
4	0	0,0%
Summe	324	100,0%

Tab. 2.4 Altersverteilung der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Alter	Anzahl der Fälle	Anteil an Gesamtfallzahl
< 28 Tage	0	0,0%
28 Tage - < 1 Jahr	0	0,0%
1-2 Jahre	0	0,0%
3-5 Jahre	0	0,0%
6-9 Jahre	0	0,0%
10-15 Jahre	1	0,3%
16-17 Jahre	1	0,3%
18-29 Jahre	33	10,2%
30-39 Jahre	21	6,5%
40-49 Jahre	31	9,6%
50-54 Jahre	22	6,8%
55-59 Jahre	15	4,6%
60-64 Jahre	18	5,6%
65-74 Jahre	83	25,6%
75-79 Jahre	27	8,3%
80 Jahre und älter	72	22,2%
Summe	324	100,0%

2.2.3.1.1 Beschaffung, Aufbereitung und Anpassung der Informationen des InEK

Die Daten des ausgewählten Vergleichspartners werden in einem DRG-Report-Browser auf der Homepage des InEK zur Verfügung gestellt.⁴¹ Wie bereits in Abschn. 2.2.2.2 beschrieben, handelt es sich um Durchschnittskosten, die als Grundlage für die Festlegung der Bewertungsrelationen und damit der Fallpauschalen dienen. Die InEK-Kostenmatrix bezieht sich auf Normallieger.⁴²

Wie aus den Daten des DRG-Report-Browser (Abb. 2.3) ersichtlich wird, sind mit der Erbringung der DRG G67D durchschnittliche Soll-Kosten in Höhe von 1150 € verbunden.⁴³ In die Kalkulation fließen 43.806 Fälle (Normallieger) ein. Dieses entspricht einem

⁴¹ Vgl. InEK (2011b, o. S. Online im Internet).

⁴² Vgl. InEK (2010, S. 5 Online im Internet); vgl. auch Abschn. 2.2.2.2.

⁴³ Vgl. InEK (2011b, o. S. Online im Internet).

Tab. 2.5 Top-20-Hauptdiagnosen der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Hauptdiagnose		Anzahl der Fälle	Anteil an Gesamtfallzahl
Code nach ICD-10-GM	Bezeichnung		
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	77	23,77%
K29.1	Sonstige akute Gastritis	65	20,06%
K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	34	10,49%
K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	30	9,26%
K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	17	5,25%
K29.3	Chronische Oberflächengastritis	14	4,32%
K59.0	Obstipation	13	4,01%
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	12	3,70%
K29.6	Sonstige Gastritis	6	1,85%
R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie	6	1,85%
K26.3	Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation	5	1,54%
K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	5	1,54%
K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	4	1,23%
K22.7	Barrett-Ösophagus	3	0,93%
K26.9	Ulcus duodeni: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation	3	0,93%
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	3	0,93%
K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet	3	0,93%
K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	3	0,93%
R11	Übelkeit und Erbrechen	3	0,93%
K29.4	Chronische atrophische Gastritis	2	0,62%

Anteil von 68,78 % an der Gesamtfallzahl. 23,43 % der Gesamtfälle sind hingegen Kurzlieger, 7,80 % Langlieger. Die mittlere Verweildauer der Normalliegender liegt bei 3,7 Tagen.⁴⁴

Des Weiteren stellt das InEK Informationen über den patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL) sowie das Geschlecht und das Alter der Patienten zur Verfügung (siehe Abb. 2.3). Zudem weist das InEK die 20 häufigsten Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren in absteigender Reihenfolge nach Anzahl der Fälle aus (siehe Abb. 2.3).

Die in Abb. 2.3 ausgewiesenen Kosten in Höhe von 1150 € entsprechen dem Erlös, den ein Krankenhaus mit einem Basisfallwert von 2651,10 €⁴⁵ (Bezugsgröße des InEK 2009) für die Erbringung der DRG G67D erzielen würde.⁴⁶ Da der Basisfallwert des Modellkrankenhauses im Jahr 2009 bei 2847,52 € lag, müssen die Soll-Kosten angepasst werden.⁴⁷ Die

⁴⁴ Vgl. InEK (2011b, o. S. Online im Internet).

⁴⁵ Der Basisfallwert errechnet sich, indem die Soll-Kosten in Höhe von 1150 € durch die Bewertungsrelation von 0,434 dividiert werden.

⁴⁶ Vgl. InEK (2010, S. 37).

⁴⁷ Vgl. Püllen et al. (2005, S. 54).

Tab. 2.6 Top-20-Nebendiagnosen der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Nebendiagnose		Anzahl der Fälle	Anteil an Gesamtfallzahl
Code nach ICD-10-GM	Bezeichnung		
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	89	27,47%
E86	Volumenmangel	87	26,85%
Z29.0	Isolierung als prophylaktische Maßnahme	74	22,84%
E87.6	Hypokaliämie	57	17,59%
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	37	11,42%
E03.8	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose	34	10,49%
E78.2	Gemischte Hyperlipidämie	26	8,02%
B96.81	Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	21	6,48%
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	18	5,56%
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	17	5,25%
K29.1	Sonstige akute Gastritis	17	5,25%
R11	Übelkeit und Erbrechen	15	4,63%
K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	13	4,01%
K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	13	4,01%
R15	Stuhlinkontinenz	12	3,70%
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	11	3,40%
K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	10	3,09%
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	9	2,78%
I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch	9	2,78%
K29.3	Chronische Oberflächengastritis	9	2,78%

an den Basisfallwert angepassten Soll-Kosten sowie die durchschnittlichen Soll-Kosten pro Fall sind in Tab. 2.8 und 2.9 dargestellt.

Neben der Anpassung des Basisfallwertes müssen weitere Bereinigungen der Soll-Kosten vorgenommen werden, um die Daten vergleichbar zu machen. Das InEK nimmt – wie in Abschn. 2.2.2.2 beschrieben – Korrekturen der Kostenanteile vor, die auf Leistungen mit Zusatzentgelten entfallen.⁴⁸ Das bedeutet, dass die Ist-Kosten entsprechende Kostenanteile beinhalten, während die Soll-Kosten um diese Kostenanteile reduziert wurden. Vor diesem Hintergrund müssen die Soll-Kosten um Zusatzentgelte erhöht werden. Innerhalb der DRG G67D konnte ein Zusatzentgelt ermittelt werden. Es handelt sich um das Zusatzentgelt 30.03 „Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral, 4500 IE bis unter 5000 IE“ in Höhe von 1674,90 €. ⁴⁹ Dieses Zusatzentgelt ist der Kostenartengruppe 4b „Sachkosten Arzneimittel Einzelkosten“ und der Kostenstellengruppe 2 „Intensivstation“ zuzuordnen.

⁴⁸ Vgl. InEK (2010, S. 5 Online im Internet).

⁴⁹ Vgl. Fallpauschalen-Katalog (2009, S. 125 Online im Internet).

Tab. 2.7 Top-20-Prozeduren der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Code nach OPS 2009	Prozeduren	Anzahl der Fälle	Anteil an Gesamtfallzahl
	Bezeichnung		
1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	218	67,28%
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1-5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	103	31,79%
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	62	19,14%
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	47	14,51%
1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	37	11,42%
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	36	11,11%
3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	30	9,26%
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	28	8,64%
1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1-5 Biopsien	21	6,48%
3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	18	5,56%
8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	9	2,78%
8-800.7f	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	8	2,47%
1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	7	2,16%
3-200	Native Computertomographie des Schädels	6	1,85%
5-452.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	5	1,54%
1-313	Ösophagusmanometrie	4	1,23%
1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	4	1,23%
1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	4	1,23%
3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	4	1,23%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	3	0,93%

Eine weitere Besonderheit des Modellkrankenhauses ist, dass die Leistungen „Computertomographie“ (CT) und „Magnetresonanztomographie“ (MRT) sowie die Laborleistungen im Jahr 2009 outgesourct waren. Die konventionelle Radiologie wurde hingegen vom Modellkrankenhaus selbst erbracht. Die für diese ausgegliederten Leistungen angefallenen Kosten werden mit der Kostenart „Untersuchungen in fremden Instituten“ unter der Kostenartengruppe 6b ausgewiesen.⁵⁰ Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit müssen daher

⁵⁰ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 215).

Tab. 2.8 Soll-Kosten der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Kostenart Kostenstelle		Kostenstellen																	
		Personal- kosten Ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflege- dienst	Personalkosten med. tech. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	4a	Sachkosten Arzneimittel Einzelkosten	4b	5	Sachkosten überiger med. Bedarf	6a	Sachkosten überiger med. Bedarf Einzelkosten	6b	Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur	Gesamt			
		1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8								
	Normalstation	1	49.144	95.075	6.933	9.774	1.591	0	8.570	1.468	21.783	90.919	285.257						
	Intensivstation	2	770	1.759	53	246	56	0	250	4	246	904	4.289						
	OP-Bereich	4	239	0	271	10	7	0	155	10	141	221	1.055						
	Anästhesie	5	334	0	229	31	0	0	81	7	46	88	816						
	Kreislaßsaal	6	7	0	18	0	0	0	4	0	0	7	36						
	Kardiolog. Diagn./ Therapie	7	77	0	88	7	0	4	42	113	31	56	419						
	Endoskop. Diagn./ Therapie	8	12.227	0	12.625	665	25	35	5.969	384	5.374	8.778	46.082						
	Radiologie	9	3.495	0	5.624	64	35	7	1.538	2.341	1.759	3.636	18.499						
	Laboratorien	10	2.172	0	10.914	295	781	0	8.166	5.395	1.109	5.075	33.908						
	Übrige diagn./ therap. Bereiche	11	7.141	500	9.386	334	14	0	1.330	1.102	1.454	4.783	26.044						
	Gesamt		75.607	97.335	46.141	11.427	2.509	46	26.106	10.823	31.944	114.467	416.406						

Erläuterungen
- Angaben in €.
- Aufgrund der geringen Bedeutung der Nachkommastellen
werden die Zahlen aus Vereinfachungsgründen auf ganze Zahlen gerundet.

Tab. 2.9 Durchschnittliche Soll-Kosten der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Kostenstelle	Kostenart		Personal- kosten Ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflege- dienst	Personalkosten med. tech. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Arzneimittel/ Transplantate	Sachkosten überiger med. Bedarf	Sachkosten überiger med. Bedarf	Einzelkosten	Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur	Gesamt
	1	2											
Normalstation	1	151,7	293,4	21,4	30,2	4,9	0,0	26,5	4,5	67,2	280,6	880,4	
Intensivstation	2	2,4	5,4	0,2	0,8	0,2	0,0	0,8	0,0	0,8	2,8	13,2	
OP-Bereich	4	0,7	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4	0,7	3,3	
Anästhesie	5	1,0	0,0	0,7	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,3	2,5	
Kreißsaal	6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Kardiolog. Diagn./ Therapie	7	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2	1,3	
Endoskop. Diagn./ Therapie	8	37,7	0,0	39,0	2,1	0,1	0,1	18,4	1,2	16,6	27,1	142,2	
Radiologie	9	10,8	0,0	17,4	0,2	0,1	0,0	4,7	7,2	5,4	11,2	57,1	
Laboratorien	10	6,7	0,0	33,7	0,9	2,4	0,0	25,2	16,7	3,4	15,7	104,7	
Übrige diagn./ therap. Bereiche	11	22,0	1,5	29,0	1,0	0,0	0,0	4,1	3,4	4,5	14,8	80,4	
Gesamt		233,4	300,4	142,4	35,3	7,7	0,1	80,6	33,4	98,6	353,3	1285,2	

Erläuterungen
- Angaben in €.
- Aufgrund der hohen Bedeutung der Nachkommastellen und um gleichzeitig die Lesbarkeit nicht zu beeinträchtigen, werden die Werte auf eine Nachkommastelle gerundet.

die Soll-Kosten bereinigt werden. Das bedeutet, dass die Kostenartengruppe 6b belastet und die anderen Kostenartengruppen entsprechend entlastet werden müssen. Im Jahr 2009 sind innerhalb der DRG G67D Kosten in Höhe von 4577,44 € für CTs angefallen. MRTs wurden hingegen nicht für diese DRG erbracht. Da die konventionelle Radiologie vom Krankenhaus selbst erbracht wurde, müssen die Kostenartengruppen 1, 3, 4a, 4b, 5, 6a, 7 und 8 anteilig entlastet werden. Die anteilige Entlastung erfolgt in dem Verhältnis, wie sich die InEK-Kosten verteilen. Der Anteil der Kosten der einzelnen Kostenartengruppen an den Gesamtkosten der Radiologie sowie der entsprechende Betrag, um dem die Kostenartengruppen bereinigt werden müssen, sind in Tab. 2.10 abgebildet.

Die Laborleistungen waren hingegen komplett outgesourct. Deshalb wurden die Kostenartengruppen 1, 3, 4a, 6a, 7 und 8 vollständig entlastet. Die Kosten wurden der Kostenartengruppe 6b zugerechnet. Die Kostenartengruppe 4b wurde nicht bereinigt. Hierbei handelt es sich um Kosten bezogener Blutprodukte. Auch wenn Blutprodukte von Dritten bezogen werden, werden diese Kosten in Modul 10.4b ausgewiesen.⁵¹

Die bereinigten Soll-Kosten sind in Tab. 2.11 und 2.12 dargestellt.

⁵¹ Vgl. Kalkulationshandbuch (2007, S. 115).

Tab. 2.10 Bereinigung der Radiologie

Kostenart Kostenstelle	Personal- kosten Arztlicher Dienst	Personal- kosten Pflege- dienst	Personalkosten med. tech. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Arzneimittel Einzelkosten	Sachkosten Arzneimittel Einzelkosten	Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten überiger med. Bedarf	Sachkosten überiger med. Bedarf	Sachkosten überiger med. Bedarf	Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur	Gesamt
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8			
Soll-Kosten der Radiologie*	3.495	0	5.624	64	35	7	1.538	2.341	1.759	3.636			18.499
Anteil an Gesamt-Soll-Kosten	18,89%	0,00%	30,40%	0,34%	0,19%	0,04%	8,31%	12,65%	9,51%	19,65%			100,00%
anteilige Kosten für CT	864,76	0,00	1391,65	15,75	8,68	1,83	380,56	579,17	435,35	899,69			4577,44

* vgl. Tabelle 2.9

Tab. 2.11 Bereinigte Soll-Kosten der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Kostenart Kostenstelle	Personal- kosten Ärztlicher Dienst		Personal- kosten Pflege- dienst		Personalkosten med. tech. Dienst/ Funktionsdienst		Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Arzneimittel + ZE30.03: 1674,90€		Sachkosten Implantate/ Implantate		Sachkosten überiger med. Bedarf		Sachkosten überiger med. Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur		Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur		Gesamt
	1	2	3	4a	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Normalstation	1	49.144	95.075	6.933	9.774	1.591	1.731	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	285.257
Intensivstation	2	770	1.759	53	246	1.731	1.731	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5.964
OP-Bereich	4	239	0	271	10	7	7	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	1.055
Anästhesie	5	334	0	229	31	0	0	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	816
Kreislaufs	6	7	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36
Kardiolog. Diagn./ Therapie	7	77	0	88	7	0	0	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	419
Endoskop. Diagn./ Therapie	8	12.227	0	12.625	665	25	25	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	46.082
Radiologie	9	2.630	0	4.232	48	26	26	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	18.499
Laboratorien	10	0	0	0	0	781	781	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33.908
Übrige diagn./ therap. Bereiche	11	7.141	500	9.386	334	14	14	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	1.330	26.044
Gesamt		72.570	97.335	33.835	11.116	4.176	4.176	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	418.081

Erläuterungen

- Angaben in €.

- Aufgrund der geringen Bedeutung der Nachkommastellen werden die Zahlen aus Vereinfachungsgründen auf ganze Zahlen gerundet.

Tab. 2.12 Durchschnittlich bereinigte Soll-Kosten der DRG G67D des Modellkrankenhauses

Kostenart Kostenstelle	Personal- kosten			Personal- kosten Pflege- dienst	Personal- kosten med. tech. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel 4a	Sachkosten Arzneimittel Einzelkosten + ZE30.03; 5.17€/Fall	Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten überiger med. Bedarf	Sachkosten für CT (14,13€/Fall) wurden der Kostenartengruppe 6b zugerechnet; die Kostenartengruppen 1,3, 4a, 4b, 5, 6a, 6b, 7 und 8 wurden anteilig entlastet.	Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur	Gesamt
	1	2	3										
Normalstation	1	151,7	293,4	21,4	30,2	4,9	0,0	0,0	1,5	0,0	7	8	880,4
Intensivstation	2	2,4	5,4	0,2	0,8	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	7	8	18,4
OP-Bereich	4	0,7	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7	8	3,3
Anästhesie	5	1,0	0,0	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7	8	2,5
Kreislauf	6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7	8	0,1
Kardiolog. Diagn./ Therapie	7	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	7	8	1,3
Endoskop. Diagn./ Therapie	8	37,7	0,0	39,0	2,1	0,1	0,1	0,1	1,2	1,2	7	8	142,2
Radiologie	9	8,1	0,0	13,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,2	1,2	7	8	57,1
Laboratorien	10	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	7	8	104,7
Übrige diagn./ therap. Bereiche	11	22,0	1,5	29,0	1,0	1,0	0,0	0,0	3,4	3,4	7	8	80,4
Gesamt		224,0	300,4	104,4	34,3	12,9	0,1	0,1	131,3	54,2	93,8	334,9	1290,4

Erläuterungen
- Angaben in €. - Aufgrund der hohen Bedeutung der Nachkommastellen und um gleichzeitig die Lesbarkeit nicht zu beeinträchtigen, werden die Werte auf eine Nachkommastelle gerundet.

Benchmarking im Krankenhaus
Controlling auf der Basis von InEK-Kostendaten
Hesse, S.; Leve, J.; Goerdeler, P.; Zapp, W.
2013, XIV, 80 S. 45 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-04133-5