

Personalbestimmung nach DRG

Die Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus ist ein Thema, das alle im Krankenhaus Tätigen bewegt. Dabei kann über die Sinnhaftigkeit von Anhaltszahlen, Minutenwerten und/oder den richtigen bzw. falschen Berechnungsverfahren trefflich diskutiert werden. Nicht zuletzt durch die in den letzten Jahrzehnten immer wieder Anpassungen erfordernde Gesetzgebung und deren Folgen (z.B. Budgetdeckelung, DRG-Finanzierung, Arbeitszeitgesetzgebung) nimmt die Personalbedarfsermittlung trotz Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips (Gesundheitsstrukturgesetz 1993) unverändert einen erheblichen Stellenwert im Krankenhaus ein. Insbesondere für die interne Budgetierung ist die Nutzung von Kennzahlen und Leistungswerten ein wichtiges Instrument.

Konnte vor der Einführung der DRG über den jeweiligen Personalbedarf auf der Basis der tatsächlich erbrachten Leistungen durchaus kontrovers diskutiert werden, erhalten die Erlöse, die sich über die DRGs erzielen lassen, auch hinsichtlich des Personal- und Sachaufwandes, nunmehr fast normativen Charakter.

Dabei stellt sich die Frage, ob nicht durch die Kalkulation der DRG, die auf der Basis von Ist-Kosten und Ist-Leistungen erfolgt, ein Soll-Zustand definiert wird, der den durchschnittlichen Ressourceneinsatz bei durchschnittlich erbrachten Leistungen widerspiegelt. Und unabhängig von der Repräsentanz dieser Daten sind dies die Voraussetzungen für das jährliche Budget.

In der Konsequenz heißt dies, daß den erwirtschafteten DRG-Erlösen realistische Kosten- und Leistungsgrößen gegenüberstehen sollten, will man nicht in eine wirtschaftliche Problemlage geraten.

Umso notwendiger ist es, die Personalanteile, die mit dem Erlös der DRG realisiert werden, genauer zu analysieren. Damit wird im wesentlichen das Personal finanziert, dass unabhängig vom tatsächlichen Aufwand für die Versorgung stationärer Patienten vorgehalten werden kann.

Losgelöst von den tatsächlich oder notwendigerweise erbrachten Leistungen, die zur Realisierung der DRG-Erlöse aufgebracht wurden, ist entscheidend, welche normativen Personalanteile den am Leistungsprozess beteiligten Berufsgruppen gegenüberstehen.

Kalkulationsmethodik

Jede der mittlerweile über tausend DRG wird nach dem gleichen Schema kalkuliert. Für jeden der einzelnen Organisationsbereiche wird mittels Verrechnungssätzen (Kosten je Leistungseinheit) jeweils ein Kostenanteil auf der Basis der erbrachten Leistungen z.B. für den Arztdienst der Allgemeinstation zugeordnet. Alle an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser müssen dabei nach einem einheitlichen Zuordnungs- und Verrechnungsschema verfahren.

Abbildung 1: Kalkulationsmodell der DRG

Kostenbereich	Personalkosten			Sachkosten				Personal- und Sachkosten		Summe
	Arzt-dienst	Pflege-dienst	Med.-Techn. Dienst u. Funktions.	Arznei-mittel	Implan-tate/ Transplan-tate	übriger med. Bedarf		med. Infra-struktur	nicht-med. Infra-struktur	
Normalstation										
Intensivstation										
OP-Bereich										
Anästhesie										
Kardiologische Diagnostik / Therapie										
Endoskopische Diagnostik / Therapie										
Radiologie										
Laboratorien										
Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche										
Basiskostenstelle										

Quelle: InEK

Wie aus der Abbildung 1 ersichtlich, ist für einige Bereiche eine eindeutige Zuordnung von Kosten und Organisationsbereichen vorgesehen. Darüber hinaus sind direkte Zuordnungen von Kosten und Organisationsbereichen nicht möglich, da diese nur verdichtet aufgeführt sind, wie z.B. „Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche“ oder „Medizinische und nichtmedizinische Infrastruktur“. Im Bereich der „Übrigen diagnostischen und therapeutischen Bereiche“ werden die Personalkosten der Organisationseinheiten wie z.B. die Physikalische Therapie, die Funktionsdiagnostik, EEG, EKG, Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), Lithotriper, Audiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie u.ä. subsummiert.

Im Bereich der „Medizinischen und nichtmedizinischen Infrastruktur“ sind Organisationsbereiche und Kostenstellen zusammengeführt, die neben den Personalkosten auch Sachkostenanteile enthalten. Leistungsstellen im Bereich der medizinischen Infrastruktur sind u.a. die Zentralsterilisation, die Apotheke, die Pflegedienstleitung und der medizinische Schreibdienst. Im Bereich der nichtmedizinischen Infrastruktur sind es u.a. die Verwaltung, die Küche und die Technik.

Im weiteren sollen der Thematik wegen ausschließlich die Personalkostenanteile des Arztdienstes, des Pflegedienstes und des Med.-Techn.-Dienstes/Funktionsdienstes als sogenannter „Weißer Bereich“ analysiert werden:

Jede der DRG weist ein spezielles Kostenverteilungsmuster auf, wie es nachfolgend bei den Beispielen für die G23A „Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre“ und F10Z „Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD) Ein-Kammer-Simulation“ dargestellt ist.

Tabelle 1: Modulare Kostenanteilen G23A

G23A Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre

Kostenbereich	Arztdienst	Pflege-dienst	Med.-Techn. Dienst u. Funktions-dienst	Sachmittel	med. und nichtmed. Infrastruktur	Summe
Normalstation	135,2	331,7	32,8	143,6	294,7	937,9
Intensivstation	38,0	82,5	3,1	39,0	35,1	197,7
OP-Bereich	199,2	-	134,3	8.999,6	226,3	9.559,5
Anästhesie	151,4	-	107,9	74,5	89,8	423,5
Kardiologische Diagnostik / Therapie	61,4	-	75,6	3.899,5	93,1	4.129,6
Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,2	-	0,2	0,1	0,2	0,7
Radiologie	15,3	-	23,5	10,4	28,6	77,8
Laboratorien	7,1	-	41,3	41,9	22,4	112,7
Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	28,7	2,5	55,7	70,3	32,2	189,3
Basiskostenstelle	-	-	-	-	85,9	85,9
Summe	636,5	416,7	474,2	13.278,9	908,3	15.714,5

Quelle: InEK, eigene Berechnungen

Tabelle 2: Modulare Kostenanteilen F10Z

**F10Z Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD),
Ein-Kammer-Stimulation**

Kostenbereich	Arztdienst	Pflege- dienst	Med.-Techn. Dienst u. Funktions- dienst	Sachmittel	med. und nichtmed. Infrastruktur	Summe
Normalstation	208,3	497,0	49,5	67,0	291,4	1.113,3
Intensivstation	1,2	2,9	0,3	0,8	1,5	6,5
OP-Bereich	106,1	-	138,8	106,5	94,0	445,4
Anästhesie	111,0	-	89,0	34,6	31,6	266,3
Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,2	-	0,2	0,0	0,2	0,6
Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,6	-	0,7	0,1	0,5	1,9
Radiologie	3,7	-	4,6	2,1	3,8	14,1
Laboratorien	5,4	-	22,0	15,2	8,7	51,3
Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	12,4	0,9	13,9	3,7	10,5	41,4
Basiskostenstelle	-	-	-	-	262,4	262,4
Summe	448,8	500,8	319,0	229,9	704,7	2.203,3

Quelle: InEK, eigene Berechnungen

Danach sind in der DRG G23A Personalkosten in Höhe von 636,50 Euro und in der DRG F10Z Personalkosten in Höhe von 448,80 Euro für die gesamte ärztliche Versorgung in den jeweiligen Organisationseinheiten des Falles enthalten.

Für die DRG ist ein Relativgewicht von 0,777 und für die DRG F10Z ein Relativgewicht von 5,541 im Fallpauschalenkatalog 2006 festgelegt. Daraus folgt, daß der Kalkulation des InEK ein Basisfallwert von 2.835,62 € zugrunde liegt (z.B. $0,777 \times 2.203,3$).

Allerdings liegen die Landesbasisfallwerte, die derzeit vereinbart sind, größtenteils deutlich unter dem Wert, der der Kalkulation zugrunde liegt.

Daher müssen die hier kalkulierten Werte entsprechend korrigiert werden, wenn man einen realistischen Erlösanteil aus den erwirtschafteten DRG herausfiltern will, der für die Finanzierung der jeweiligen Berufsgruppen und Organisationseinheiten zur Verfügung steht. Hier können nur relative Anteile auf der Basis des jeweilig festgelegten Basisfallwertes in Frage kommen.

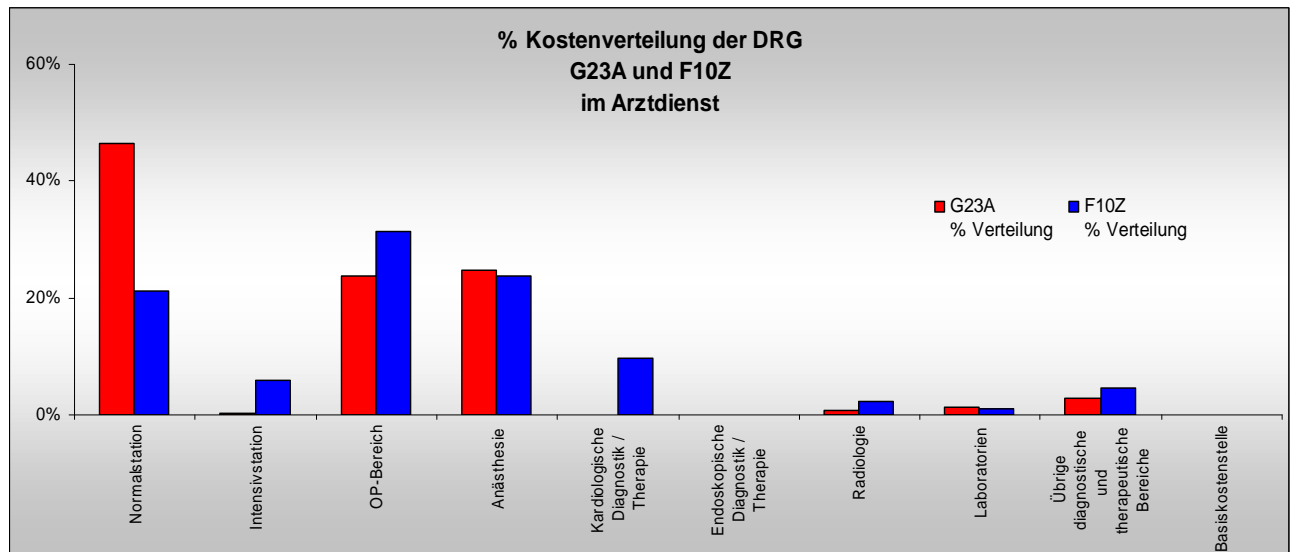
Auch innerhalb einer Dienstart bzw. Berufsgruppe variieren die Erlösanteile je nach Organisationseinheit deutlich.

Tabelle 3: Vergleichende Kostenverteilung im Arztdienst

Kostenbereich	Arztdienst	
	G23A % Verteilung	F10Z % Verteilung
Normalstation	46,4%	21,2%
Intensivstation	0,3%	6,0%
OP-Bereich	23,6%	31,3%
Anästhesie	24,7%	23,8%
Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,0%	9,6%
Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,1%	0,0%
Radiologie	0,8%	2,4%
Laboratorien	1,2%	1,1%
Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	2,8%	4,5%
Basiskostenstelle	0,0%	0,0%
Summe	100,0%	100,0%

Quelle: eigene Berechnungen

Abbildung 2: Prozentuale Kostenverteilung der DRG



© DKI GmbH, Wuppertal

Wem steht nun welcher Erlösanteil aus dem DRG-Erlös zu?

Der DRG-Erlös wird zwar der jeweiligen entlassenden Fachabteilung zugeschrieben. Allerdings dient dieser Erlös darüber hinaus zur Finanzierung fachabteilungsfremder Bereiche, z.B. Radiologie, Anästhesie, Labor.

Auch bei scheinbar eindeutigen Erlösanteilen wie z.B. „Arztdienst OP“ bei der DRG F10Z sollte eine Leistungsanalyse erfolgen, da im OP-Bereich je nach Organisationsstruktur des Hauses sowohl der Chirurg als auch der Internist tätig sein kann.

Der Grundsatz muß also sein, daß demjenigen Fachbereich der Erlösanteil zusteht, der die Leistung erbracht hat. So sind z.B. die Erlösanteile der DRG der endoskopischen Diagnostik und Therapie der Abteilung zugeordnet, die die Leistung erbringt. In diesem Fall ist die Zuordnung noch relativ einfach. Aufwendiger wird es im OP-Bereich, in dem die schneidende Fachdisziplin als „Dienstleister“ für die Abteilung tätig wird, die den Erlös erwirtschaftet. Hier muß eine aufwandgerechte Zuordnung über die Leistungsstatistik des OP erfolgen.

Tabelle 4: Beispielhafte aufwandgerechte Erlöszuordnung

Innere Medizin enthaltende DRG-Erlösanteile Arztdienst OP	147.000
--	----------------

erbringende Fachabteilung	gleistete OP-Minuten für die Innere Medizin	Zuordnung zur leistungs- erbringenden Fachabteilung	Erlöszuordnung
Chirurgie	21.768	89%	130.667
Gynäkologie	2.721	11%	16.333
Summe	24.489	100%	147.000

© DKI GmbH, Wuppertal

Für das verdichtete Modul der „Übrigen diagnostischen und therapeutischen Bereiche“ gelingt eine aufwandsgerechte Zuordnung des Erlösanteiles nur über eine entsprechende leistungsbezogene Zuordnung.

Eine Personalkalkulation auf der Basis der DRG muß demnach folgende Parameter berücksichtigen:

- Berücksichtigung des individuellen und/oder Landesbasisfallwertes
- Zuordnung der Erlösanteile zur leistungserbringenden Organisationseinheit
- Leistungsgerechte Zuordnung der Erlösanteile verdichteter Module

Hierzu nachfolgend eine beispielhafte Personalkalkulation:

Es wird exemplarisch eine Personalkalkulation für den Arztdienst eines virtuellen Krankenhauses dargestellt. Die Kalkulation für alle anderen Berufsgruppen und Organisationseinheiten würde analog in ähnlicher Weise erfolgen.

Das Beispielkrankenhaus verfügt über ein DRG-Erlösbudget von 25.000.000 Euro. Nach der bereits beschriebenen Systematik werden den jeweiligen Bereichen die nachfolgenden Personalerlösanteile je DRG zugeordnet.

Tabelle 5: DRG-Erlösanteile

Abteilung	Organisationsbereich	DRG-Erlösanteile
Anästhesie	Anästhesie	545.000
	Intensiv	144.000
Anästhesie -Summe-		689.000
Chirurgie	Allgemeinstation	540.000
	OP	422.000
	Übrige	57.000
Chirurgie -Summe-		1.019.000
Gynäkologie	Allgemeinstation	313.000
	Kreißaal	72.000
	OP	214.000
	Übrige	40.000
Gynäkologie -Summe-		639.000
Innere Medizin	Allgemeinstation	1.451.000
	Intensiv	342.000
	Endoskopie	155.000
	Übrige	221.000
	Kard. Diagn. und Therapie	36.000
Innere Medizin -Summe-		2.205.000
Radiologie		238.000
Labor		135.000

© DKI GmbH, Wuppertal

Im nächsten Schritt werden nun die ermittelten Personalerlösanteile mit den durchschnittlichen Personalkosten des Arztdienstes der Abteilung abgeglichen, um die Anzahl der Vollkräfte zu erhalten, die durch die DRG-Erlösanteile finanziert sind.

Tabelle 6: DRG-finanzierte Vollkräfte

Organisationsbereich	DRG-Erlösanteile	Durchschn. Personalkosten je Vollkraft	DRG-finanzierte Vollkräfte
Anästhesie -Summe-	689.000	82.000	8,40
Chirurgie -Summe-	1.019.000	94.000	10,84
Gynäkologie -Summe-	639.000	88.000	7,26
Innere Medizin -Summe-	2.205.000	92.000	23,97
Radiologie	238.000	85.000	2,80
Labor	135.000	78.000	1,73

© DKI GmbH, Wuppertal

Stellt man die tatsächlich vorgehaltenen den DRG-finanzierten Vollkräften gegenüber, kann sich hier möglicherweise eine positive oder negative Abweichung ergeben, wie nachfolgendes Beispiel zeigt:

Tabelle 7: Beispielhafte Darstellung der erlösgedeckten Vollkräfte

Organisationsbereich	DRG-finanzierte Vollkräfte	Vollkräfte -Ist-	Abweichung	Kosten-äquivalent
Anästhesie -Summe-	8,40	9,00	0,60	49.000
Chirurgie -Summe-	10,84	14,00	3,16	297.000
Gynäkologie -Summe-	7,26	8,50	1,24	109.000
Innere Medizin -Summe-	23,97	26,00	2,03	187.000
Radiologie	2,80	3,50	0,70	59.500
Labor	1,73	1,00	- 0,73	- 57.000
Summe	55,00	62,00	7,00	644.500

© DKI GmbH, Wuppertal

Insgesamt sind in diesem Beispiel sieben Vollkräfte des Arztdienstes mit einem Kostenäquivalent von 644.500 Euro nicht durch die DRG-Erlöse gedeckt.

Den DRG-Erlösanteilen müssen selbstverständlich noch weitere personalrelevante Erlösanteile aufwandsgerecht zugeordnet werden, die aus anderen Leistungsbereichen – also nicht DRG-bezogen -, wie zum Beispiel dem ambulanten Operieren oder sonstiger ambulanter Tätigkeit, Erlöse werden. Da diese in aller Regel je Abteilung nur in einer Summe zur Verfügung stehen, müssen die personalrelevanten Erlöse auf der Basis differenzierter Leistungsdaten den beteiligten Berufsgruppen und Organisationseinheiten zugeordnet werden, um mögliche Über-/oder Unterdeckungen im Personalbereich zu identifizieren. Der Erlösanteil für den Arztdienst müsste, wie im Beispiel dargestellt, 644.500 Euro betragen, um ein ausgeglichenes Kosten-/Erlösverhältnis zu erzielen.

Fazit

Die in den letzten Jahren in vielen deutschen Krankenhäusern durchgeführten Analysen zu den DRG-Erlösen und deren Auswirkungen auf die Kostenstruktur zeigen immer wieder eine Tendenz auf:

Die über die DRG-Systematik erzielbaren stationären Erlöse decken nicht den für die komplette Patientenversorgung eines Hauses eingesetzten Ressourcenaufwand ab. Bis zu 20 % nicht gedeckte Kosten durch DRG-Erlöse sind bei vielen Krankenhäusern der unterschiedlichsten Versorgungsstufen festzustellen, die nicht selten auch nicht durch die Zuordnung ambulanter und sonstiger personalrelevanter Erlösanteile aufgefangen werden können.

Da eine zusätzliche Finanzierung nicht-erlösgedeckter Personalstellen – durch wen auch immer - wohl eher ausscheidet, sind hier dann eher intelligente Lösungen gefordert, die sowohl durch gemeinsame Dienstpläne – auch interdisziplinär - , Entlastung von berufsfremden Tätigkeiten, Zentralisierung gemeinsamer Leistungsbereiche (z.B. Ambulanzen), bessere Leistungsplanung mit verursachungsgerechten Personaleinsatz (z.B. OP, Endoskopie) und nicht zuletzt stärkerer Standardisierung zumindest der TOP 20 DRG realisiert werden können.

Dipl.-oec. Wolfgang Plücker, Betriebswirt (grad.)
Franz Wolkinger, Krankenhausbetriebswirt (VKD)

DKI GmbH

Friedrich-Engels-Allee 256
42285 Wuppertal
Tel.: 0202 – 74 75 76 0
Fax: 0202 – 49 69 88 1
e-mail: DKI-GmbH@t-online.de
www.dkigmbh.de