

## **Vortragsveranstaltung**

**des Deutschen Vereins für Krankenhaus Controlling (DVKC)**

**anlässlich des 33. Deutschen Krankenhaustags**

**am 19. November 2010 in Düsseldorf**

**Referent:**

**Helmut Gräbner  
Verwaltungsleiter**

## 1. Situation der Leistungserbringer

	1998	2008	Änderung	Prozent
Anzahl Vorsorge- und Rehaeinrichtungen	1.395	1.239	-156	-11,18 %
Fallzahl	1.746.345	2.009.526	263.181	15,07 %
Berechnungstage	46.106.952	50.886.304	4.779.352	10,37 %
Verweildauer	26,4	25,3	-1,4	-4,16 %
Verdichtet je Klinik (Fälle)	1.251,9	1.621,9	370	29,55 %
Verdichtet je Klinik (BT)	33.052	41.070	8.018	24,25 %
Vollkräfte	91.588	91.853	265	0,30 %
Belastungszahl je Bett	503,4	554,0	50,6	10,05 %
Belastungszahl je Fall	19,1	21,9	2,8	14,66 %

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

## 1. Situation der Leistungserbringer

	1998	2008	Änderung	Prozent
Anzahl Vorsorge- und Rehaeinrichtungen	1.395	1.239	-156	-11,18 %
Fallzahl	1.746.345	2.009.526	263.181	15,07 %
Berechnungstage	46.106.952	50.886.304	4.779.352	10,37 %
Verweildauer	26,4	25,3	-1,4	-4,16 %
Verdichtet je Klinik (Fälle)	1.251,9	1.621,9	370	29,55 %
Verdichtet je Klinik (BT)	33.052	41.070	8.018	24,25 %
Vollkräfte	91.588	91.853	265	0,30 %
Belastungszahl je Bett	503,4	554,0	50,6	10,05 %
Belastungszahl je Fall	19,1	21,9	2,8	14,66 %

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

## 2. Früher war alles einfacher (?)

### § 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen **mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge** über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die...

Vergütungsvereinbarung nach § 111 SGB V

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.

...beträgt die vollpauschalierte Vergütung für die Zeit vom...

100,00 Euro für Vorsorge- und Rehabilitation

110,00 Euro für AHB

täglich

die Beträge sind fiktiv

Dies bedeutet:

**Anzahl der Berechnungstage x Vergütungssatz = Budget**

(Problematik An- und Abreisetag ist kalkulierbar)

### Darüber hinaus:

Die Fahrtkosten werden durch die Krankenkassen erstattet;

Medizinisch notwendige Verlängerungen werden ebenfalls durch die Kostenträger übernommen;

Das Hauptaugenmerk ist zunächst auf den Ausgabenbereich konzentriert.

### 3. Heute ist alles interessanter (?)

Ein Update bringt etwas auf den neuesten Stand ("up to Datum").

Ergänzung zur Vergütungsvereinbarung nach § 111 SGB V Abs. 5 SGB V

...für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (Heilverfahren) beträgt die **vollpauschalierte Vergütung** (Fallpauschale)...

1.900,00 Euro

...für die Anschlussheilbehandlung beträgt die **vollpauschalierte Vergütung** (Fallpauschale)...

2.200,00 Euro

die Beträge sind fiktiv

**Aber das ist noch nicht alles!**

Das Risiko der Verweildauer liegt zum großen Teil bei den Kliniken;

Der Korridor reicht von 18 Tagen bis zu 28 Tagen!

Manche Kliniken bestehen sogar auf 20 Tage um einer Verweildauer-reduzierung zu begegnen.

Die Rehaklinik übernimmt die Transportkosten bei „Sitzend“-Transporten (150 - 200 Km!)

Manche Krankenkassen vereinbaren sogar einen Bonus und nehmen dafür in Kauf, dass die Fallpauschale zunächst einen höheren Betrag hat. Gestaffelt nach Umsatz, der nach Ende einer definierten Periode von der Klinik zu zahlen ist.

### 3. Was bedeutet das für das Controlling?

- ↪ Wie hoch ist der Anteil an Fallpauschalen?
- ↪ Mit welcher Krankenkasse wurden Fallpauschalen vereinbart?
- ↪ Wie hoch ist die durchschnittliche Verweildauer je FP/KK?
- ↪ Wie hoch sind die Fahrtkosten je Krankenkasse und Fall?
- ↪ Wie hoch ist der bereinigte Netto-Umsatz je Krankenkasse und Fall?
- ↪ Soll die Belegung intensiviert oder herab gefahren werden?
- ↪ Gibt es überhaupt Steuerungsmöglichkeiten (Belegungssituation)?
- ↪ Koordination und Information mit der Patienteneinberufung

**Das Hauptaugenmerk liegt nicht mehr nur im Ausgabenbereich, sondern der Erlösbereich muss zwingend mit einbezogen werden (Erlöscontrolling).**

**Fazit:**

**Die Belegung allein ist kein Maßstab mehr für ein gutes Ergebnis!**

## 4. Beispiel

	Krankenkasse A		Krankenkasse B
Fallpauschale AHB	2.200,00 €		
Tagesgleicher Pflegesatz			110,00 €
Anzahl Fälle	60		60
VwD	21,0		21,8
Erlös	132.000,00 €		143.880,00 €
abzgl. Transportkosten	3.600,00 €		
Netto-Erlös	128.400,00 €		143.880,00 €
abzgl. Beköstigung (10,50/Tag)	13.230,00 €		13.545,00 €
Deckungsbeitrag I	115.170,00 €		130.335,00 €
Je Fall	1.919,50 €	<b>./. 252,75</b>	2.172,25 €

Bei 60 Fallpauschalen errechnet sich daraus ein Fehlbetrag gegenüber dem tagesgleichen Pflegesatz in Höhe von

**15.165 Euro!**

Um der geänderten Vertragsgestaltung Rechnung zu tragen, wäre eine ***Kostenträgerrechnung*** notwendig.

**Denn:** Nur die Kostenträgerrechnung beantwortet die Frage, **wofür** sind die Kosten angefallen!

**Aber:**

Nicht jede Klinik ist in der Lage, eine funktionale Kostenträgerrechnung zu fahren. Dies beginnt bei der Leistungserfassung bis hin zu den korrekten und prozessorientierten Zuordnungen innerhalb des Tagesgeschehens. Insbesondere für kleinere Kliniken durchaus ein Problem;

Die Software für eine Betriebsbuchhaltung muss vorhanden sein;

Darüber hinaus könnten die Ergebnisse einer solchen Kostenträgerrechnung nur prospektiv angewendet werden. Dazu müssen aber die Kostenträger mitspielen!

Es ist unbestreitbar: Im internen Leistungsgeschehen liefert sie wertvolle Hinweise über den Leistungsprozess;

Bleibt auch in diesem Fall nur das Verhandlungsgeschick des Klinikleiters!!

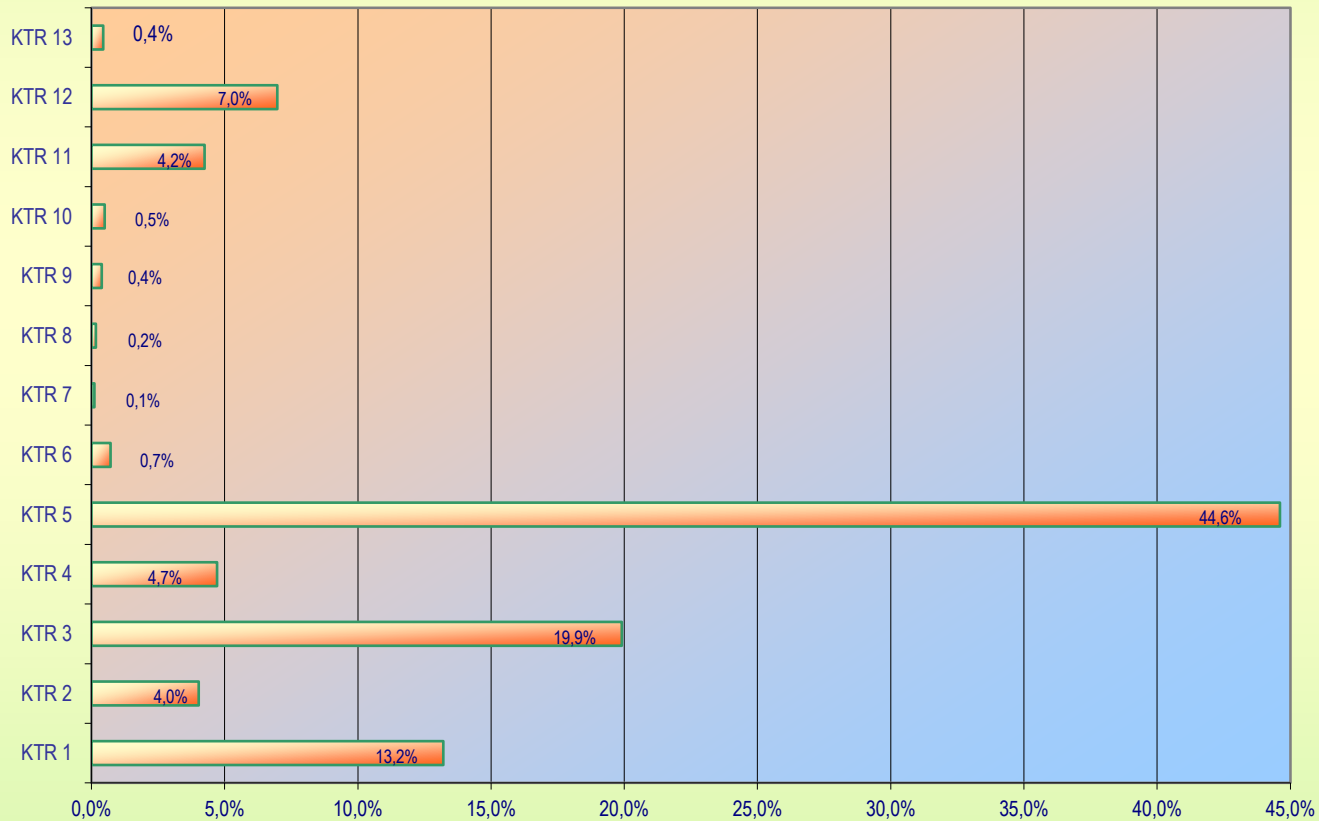
Es wird sich kaum eine Klinik leisten können, Patienten, deren Kostenträger einen niedrigeren Pflege- oder Fallpauschalensatz haben, häufiger abzulehnen. Da werden schon die Sozialdienste in den Akutkliniken nicht mitmachen!

## Warum gibt es unterschiedliche Vergütungssätze?

- ↪ Weil jede Klinik andere Verhandlungsschwerpunkte hat;
- ↪ Die Nachfrage aus den einweisenden Akuthäusern Prioritäten setzen;
- ↪ Die Verhandlungspartner unterschiedlicher Prägung sind;
- ↪ Die fixen Kosten ( $K_f$ ) auf Dauer gedeckt sein müssen.

# 5. Die Realität

Belegungsstruktur  
(Diversifikation der Kostenträger)

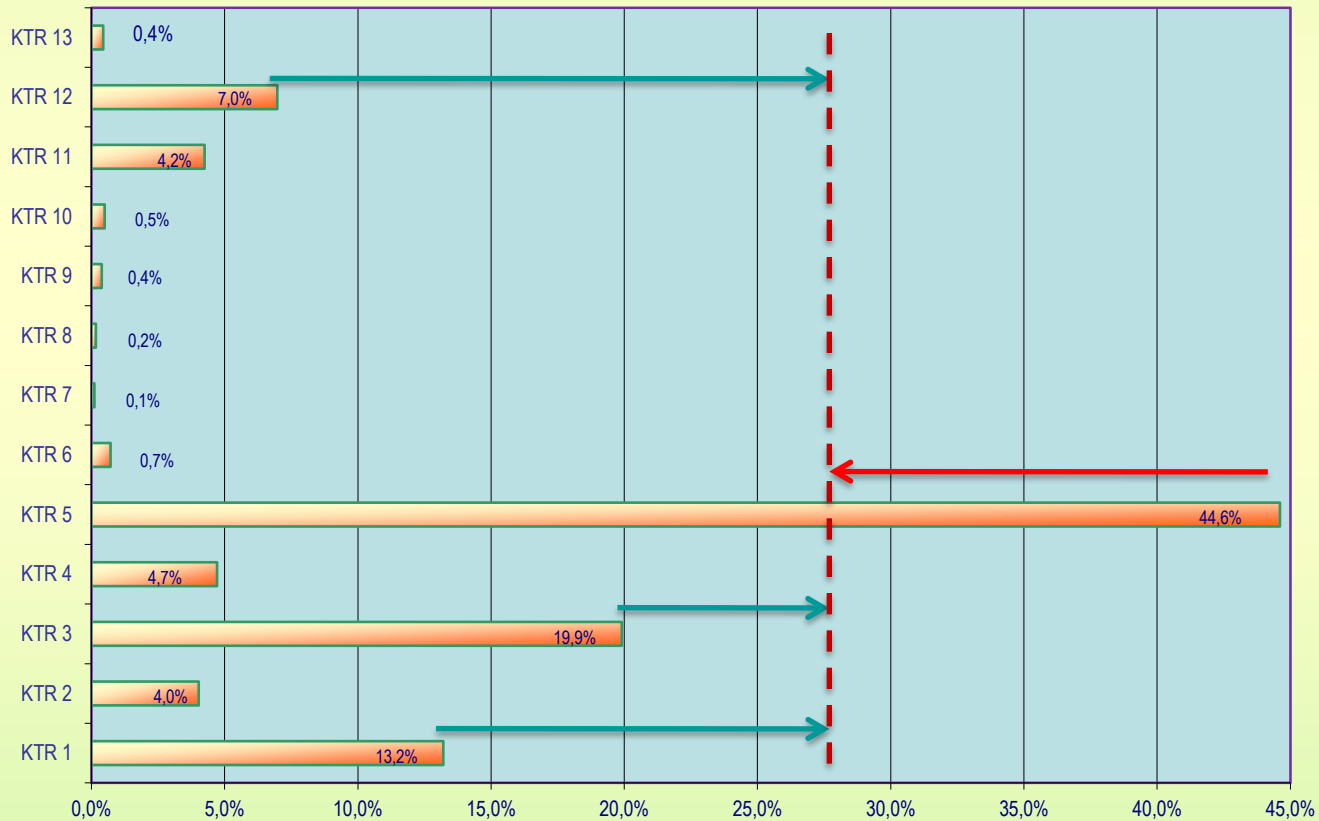


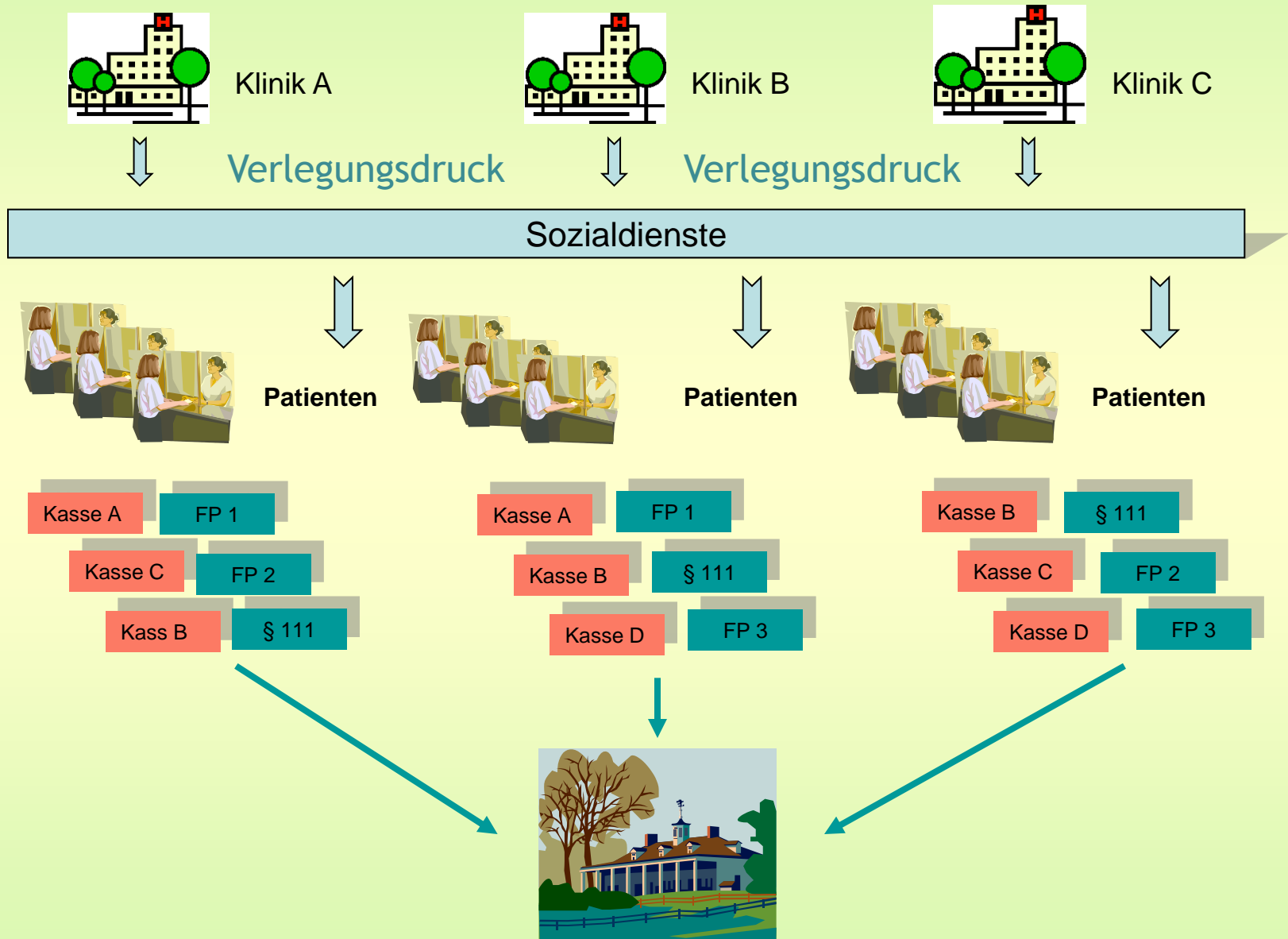
## Belegungsstruktur nach Kostenträger (Tabelle)

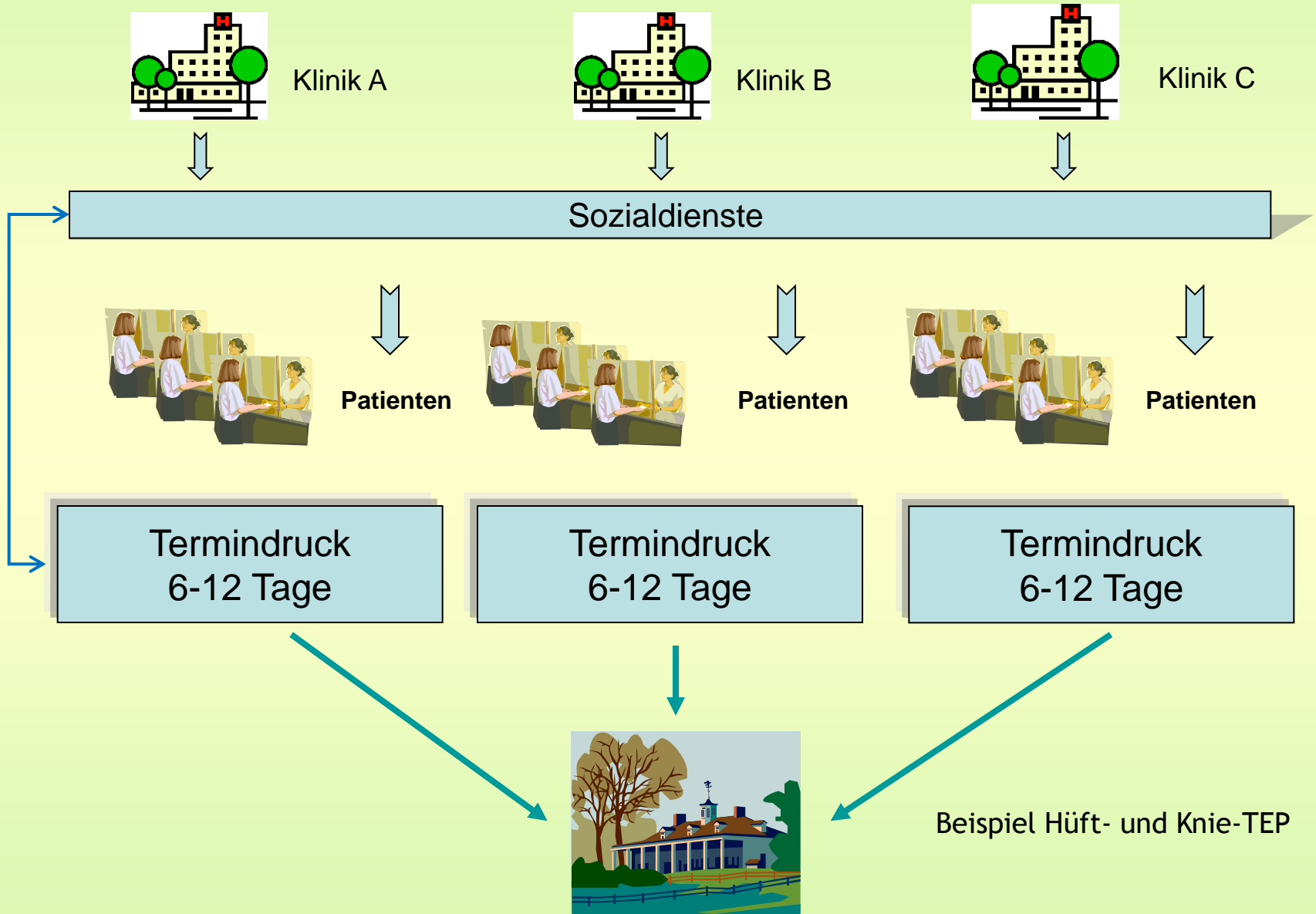
Leistung	2009	%	2008	%	Änderung
KTR 1	239,5	13,2%	290,5	16,8%	-51,0
KTR 2	73,0	4,0%	61,0	3,5%	12,0
KTR 3	361,0	19,9%	328,0	19,0%	33,0
KTR 4	85,5	4,7%	85,0	4,9%	0,5
<b>KTR 5</b>	<b>809,0</b>	<b>44,6%</b>	<b>708,0</b>	<b>41,0%</b>	<b>101,0</b>
KTR 6	13,0	0,7%	0,0	0,0%	13,0
KTR 7	2,0	0,1%	0,0	0,0%	2,0
KTR 8	3,0	0,2%	0,0	0,0%	3,0
KTR 9	7,0	0,4%	7,0	0,4%	0,0
KTR 10	9,0	0,5%	6,0	0,3%	3,0
KTR 11	77,0	4,2%	78,0	4,5%	-1,0
KTR 12	126,5	7,0%	144,0	8,3%	-17,5
KTR 13	8,0	0,4%	21,0	1,2%	-13,0

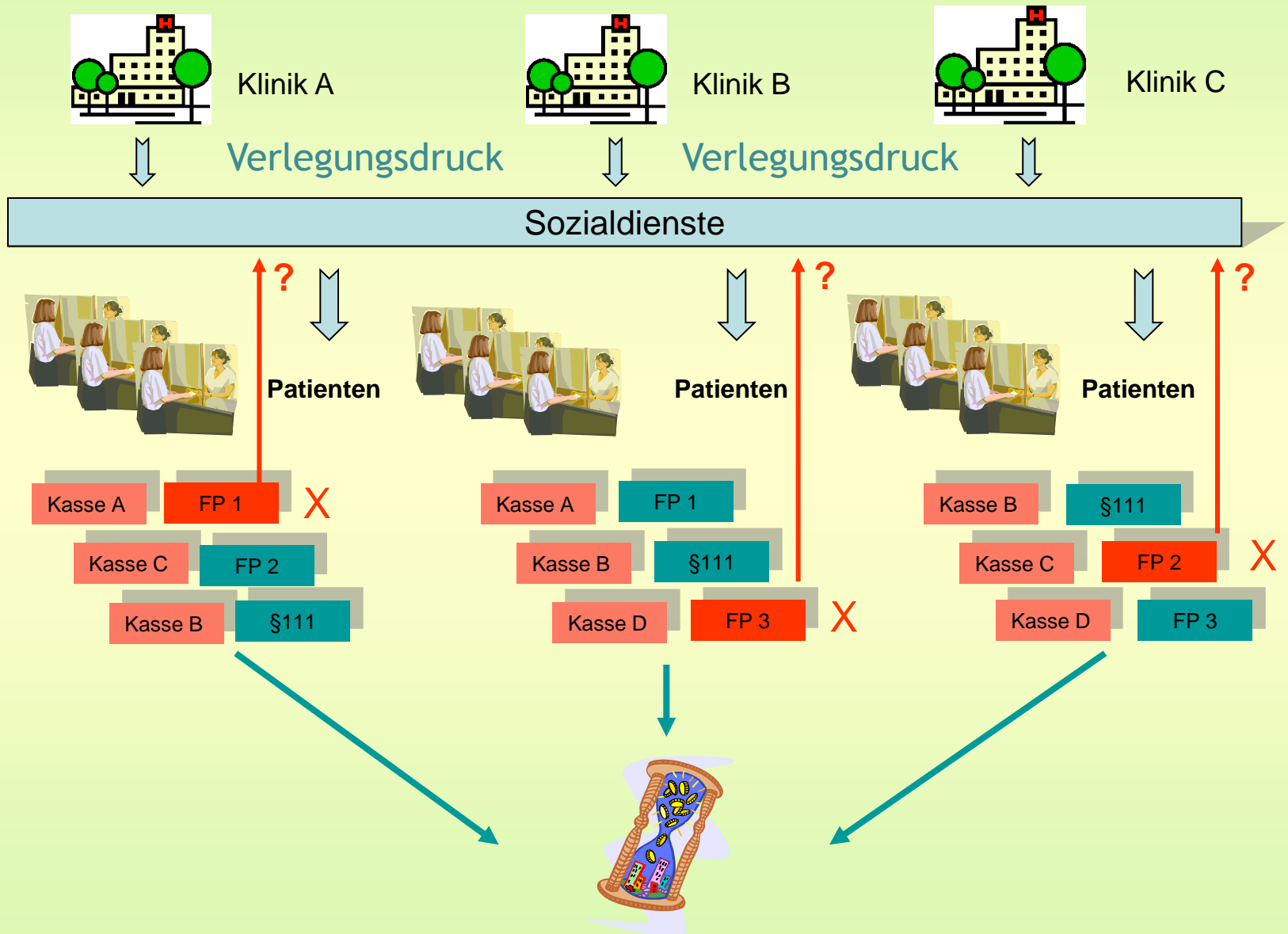
# 5.1 Wunsch

Belegungsstruktur  
(Diversifikation der Kostenträger)









## 6. Konsequenz

- ↪ Preisuntergrenze für die Fallpauschalen muss bekannt sein.  
(Beispiel)

Preisuntergrenze für Fallpauschalen					
Kostenart	Fallkosten lfd_J	Fallkosten Vj	Änderung	v.H.	K-faktor
Personalkosten	1.054,10	1.046,88	7,22	0,68%	sprungfix
Lebensmittel	171,14	169,99	1,15	0,67%	variabel
Wasser, Energie, Brennstoffe	106,63	95,91	10,72	10,05%	fix
Medizinischer Bedarf	205,63	200,32	5,31	2,58%	variabel
Verwaltungsbedarf	41,77	42,52	-0,75	-1,80%	fix
Abgaben, Versicherungen	22,36	21,02	1,34	5,99%	fix
Instandhaltung	75,67	82,77	-7,10	-9,38%	fix
Mietnebenkosten	1,60	1,43	0,17	10,63%	fix
Zinsen	42,92	40,68	2,24	5,22%	fix
Abschreibungen	269,43	274,31	-4,88	-1,81%	fix
Sonstige Aufwendungen	2,82	2,52	0,30	10,64%	fix
<b>Aufwendungen je Fall</b>	<b>1.994,07</b>	<b>1.978,35</b>	<b>15,72</b>	<b>0,79%</b>	
zzgl. Transportkosten	60,00	59,00	1,00	1,67%	variabel
<b>Preisuntergrenze (VKR)</b>	<b>2.054,07</b>	<b>2.037,35</b>	<b>16,72</b>	<b>0,81%</b>	<b>436,77</b>

## Ergebnis:

↪ Deckungsbeitrag je FP in Euro

	FP1	FP2	FP3
<b>Erlös</b>	<b>2.200</b>	<b>2.220</b>	<b>2.180</b>
Preisuntergrenze	2.054	2.054	2.054
<i>Deckungsbeitrag</i>	<i>146</i>	<i>166</i>	<i>126</i>
Anzahl Fälle	60	45	52
Summe DB	8.760	7.470	6.552
Durchschn. VD	20,8	20,9	20,2

↪ **Dies bedeutet:**

↪ Durchschn. VwD je Kostenträger *sollte* bekannt sein!

↪ Ein Bett kann immer nur einmal belegt werden!

↪ Ein Bezug zwischen Kosten und Erlös ist nicht mehr durchgängig gegeben!

**Ein guter Chef**

macht nicht alle Fehler selbst.

Er gibt auch anderen

eine Chance!

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**