

Personaleinsatz und Personal- und Sachkosten im Krankenhaus

- Ermittlung, Finanzierung und Nachkalkulation von Fallpauschalen -

Verfasser: Bernd **Baumann**
Hans **Reehe**
Dieter **Schmied**
Tobias **Ullrich**

Inhaltsübersicht	Seite
1 Einleitung	241
2 Projektinhalt und Projektablauf	241
3 Ausführungen zum Personaleinsatz und zu den Personalkosten	242
3.1 Verfahren zur Personalbedarfsermittlung	242
3.2 Ausfallzeiten, Jahressoll- und Jahresistarbeitszeiten	242
3.3 Steuerung der Personalkosten	242
4 Verfahren zur Nachkalkulation von Fallpauschalen	244
4.1 Allgemeines	244
4.2 Nachkalkulation von Fallpauschalen	244
4.2.1 Aufteilung der Erlöse nach der InEK-Kostenmatrix	244
4.2.2 Notwendige Anpassungen	245
4.2.3 Gegenüberstellung der bereinigten Erlöse zu den Istkosten der Klinik	245
4.3 Aufteilung der Kalkulationsergebnisse auf Kostenarten	247
5 Verweildauer der Patienten	248
5.1 Einfluss der Verweildauer auf die Kosten	248
5.2 Maßnahmen zur Optimierung der Verweildauer	248
5.2.1 Planung der Verweildauer	248
5.2.2 Optimierung der Prozesse	249

1 Einleitung

Bereits in unseren Geschäftsberichten für die Jahre 1972, 1974, 1984, 1994 und 1997 befassten wir uns mit Fragen der Personalbedarfsermittlung und den Personalkosten im Krankenhaus. Zudem haben wir in den Jahren 1984 und 1998 die Schriften „Die Personalbemessung im Krankenhaus“ (1984) und „Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus“ (1998) veröffentlicht. Seit der letzten Veröffentlichung haben sich – nicht zuletzt durch die Einführung der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - im Folgenden kurz DRG genannt) – wesentliche Änderungen ergeben.

Eine aus vier Mitarbeitern unserer Krankenhausabteilung bestehende Projektgruppe hat in den Jahren 2006 bis 2008 in Zusammenarbeit mit elf Krankenhäusern der ersten und zweiten Versorgungsstufe in Bayern Kennzahlen für wesentliche Bereiche des Krankenhauses fortgeschrieben und auch neu erarbeitet, z. B. hinsichtlich von Relativgewichten je Vollkraft (VK). Unser Dank gilt den Kliniken, die am Projekt teilgenommen und uns hierbei in besonderer Weise unterstützt haben.

2 Projektinhalt und Projektablauf

In den Jahren 2006 bis 2008 untersuchten wir in den Projektkliniken die Bereiche

- Verwaltungsdienst,
- Wirtschaftsdienst,
- Notaufnahme,
- Endoskopie,
- Normalstationen,
- Intensivstationen,
- OP (einschließlich Anästhesie) und Zentralsterilisation,
- Labor,
- Radiologie und
- Funktionsdiagnostik.

Zu diesen Bereichen haben wir Aussagen zum Personalbedarf und zu den Personal- und Sachkosten sowie gegebenenfalls auch zur Organisation und zum Ablauf der Leistungsprozesse getroffen. Für das Projekt wurden erfahrene Fachkräfte (Chef- und Oberärzte, leitende Pflegekräfte und Bereichsleitungen von Funktionsabteilungen aus den Projektkliniken) hinzugezogen, deren Erfahrungen in die Beurteilung eingeflossen sind.

Den Abschluss der Projektarbeit bildeten die Nachkalkulation der DRG-Erlöse der jeweiligen Klinik auf Basis der Kostendaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) und die Ermittlung von Vergleichswerten zur Verweildauer der Patienten in Bezug auf DRGs.

3 Ausführungen zum Personaleinsatz und zu den Personalkosten

3.1 Verfahren zur Personalbedarfsermittlung

Der Personalbedarf kann entweder nach der erforderlichen Anwesenheit der Mitarbeiter (Berechnung nach Arbeitsplätzen) oder nach der anfallenden Leistungsmenge ermittelt werden. Beispiele für beide Verfahren finden sich im Abschnitt I auf den Seiten 16 ff. unserer im Jahr 1998 veröffentlichten Schrift „Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus“, auf die insoweit verwiesen wird.

3.2 Ausfallzeiten, Jahressoll- und Jahresistarbeitszeiten

Die Ausfallzeiten der Mitarbeiter gehen als Parameter in die Personalbedarfsermittlung ein. Bei einer wöchentlichen Sollarbeitszeit von 40 Stunden bei den Ärzten errechnet sich eine Jahresollarbeitszeit von 2.086 Stunden (40 h/Woche x 52,14 Wochen/Jahr). Bei den übrigen Personalgruppen mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden ergeben sich bei gleicher Berechnungssystematik 2.007 Jahressollarbeitsstunden. Von den Sollarbeitsstunden werden alle Ausfallzeiten (Urlaub, Krankheit, Feiertage, Mutterschutz usw.) abgezogen; die danach verbleibenden tatsächlich geleisteten Istarbeitsstunden gehen in die Personalbedarfsermittlung ein. Im Durchschnitt ergeben sich rd. 1.700 Istarbeitsstunden/Jahr bei den Ärzten und 1.550 bis 1.620 Istarbeitsstunden/Jahr bei den übrigen Personalgruppen. Unterschreiten die tatsächlich geleisteten Istarbeitsstunden diese Erfahrungswerte deutlich, sollten die dafür maßgebenden Gründe örtlich näher analysiert werden. Zu beachten ist, dass sich Schwankungen im Vergleich mehrerer Kalenderjahre ergeben können; im Rahmen von Personalbedarfsermittlungen wäre deshalb von einem sachgerechten Mittelwert auszugehen.

3.3 Steuerung der Personalkosten

Im Anschluss an eine Personalbedarfsermittlung ist zu prüfen, ob die anfallenden Kosten durch Erlöse gedeckt sind.

Die Personalkosten insgesamt werden von der Zahl der eingesetzten Mitarbeiter und von den Kosten je VK beeinflusst. Im Einzelfall wirken sich nicht nur der dem Beschäftigungsverhältnis zugrunde liegende Tarifvertrag und die Eingruppierung (Entgeltgruppe und Stufe), sondern auch Vergütungen für Zeitzuschläge, für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sowie für Schicht- und Wechselschichtarbeit aus.

Zur Einhaltung der Kostendeckung kann es zielführend sein, die Personalkosten für bestimmte Aufgabenbereiche zu budgetieren. Der (Kostenstellen)Verantwortliche kann dann im Einvernehmen mit der Krankenhausleitung entscheiden, mit welcher Zahl und Qualifikation von Mitarbeitern der gegebene Versorgungsauftrag erfüllt wird. So ist es z. B. denkbar, im Pflegedienst die Zahl der Pflegekräfte insgesamt zu erhöhen, wenn verstärkt Mitarbeiter mit geringeren Durchschnittskosten für einfachere pflegerische und hilfspflegerische Tätigkeiten eingesetzt werden.

Bereits während des laufenden Geschäftsjahres sollte die Einhaltung der Vorgaben des Erfolgsplans oder weitergehender Festlegungen der Krankenhausleitung laufend überwacht werden. Ein Berichtswesen auf monatlicher Basis ist zu empfehlen. Einmalzahlungen, voraussicht-

liche Änderungen im Personalstand, lineare tarifliche Veränderungen und nicht periodisch anfallende Personalaufwendungen wären dabei angemessen zu berücksichtigen. Die Faktoren für die Hochrechnung können aus den Ergebnissen der Vorjahre gewonnen und an zwischenzeitlich eingetretene Änderungen angepasst werden.

Im Rahmen des Personalkostencontrollings sind auch weitergehende Auswertungen empfehlenswert. So könnten z. B. in bestimmten Zeitabständen alle gezahlten Zulagen darauf überprüft werden, ob eine vertragliche oder tarifliche Grundlage besteht und die Höhe der Zuschläge nachvollziehbar ist. Diese Möglichkeiten lassen sich an zwei Beispielen wie folgt verdeutlichen:

a) Nachtzuschlag

Die Zahl der vergüteten Stunden für Nachtarbeit kann zumindest überschlägig mit den Stunden abgeglichen werden, die sich nach den Dienstplänen der Personalgruppen ergeben, die regelmäßig Nachtarbeit leisten müssen (insbesondere Ärzte und Pflegekräfte).

b) Schicht- und Wechselschichtzulagen

Die Höhe der Schicht- und Wechselschichtzulagen wird wesentlich von der Dienstplangestaltung beeinflusst. Werden z. B. verstärkt Dauernachtwachen eingesetzt, sinken die Zulagen für Wechselschichtarbeit deutlich. Im Rahmen unseres Projekts haben wir z. B. im Bereich des Pflegedienstes einen Anteil der Schicht- und Wechselschichtzulage an den Personalkosten in einer Bandbreite von 0,7 v. H. bis zu 3,3 v. H. festgestellt.

Kosteneinsparungen lassen sich durch optimierte Abläufe und durch einen an die betrieblichen Anforderungen angepassten Personaleinsatz erzielen. Das Augenmerk sollte insbesondere dem OP gelten, wo Leerlauf (zu später Schnittbeginn am Morgen, zu lange Wechselzeiten, keine flexible Nutzung der OP-Säle usw.) nicht nur zu vermeidbaren Personalkosten (Überstunden und/oder zusätzlich vorzuhaltendes Personal), sondern auch zu Verschiebungen von Operationen (mit der Folge verlängerter Verweildauer und unzufriedener Patienten) führen. Abhilfe kann hier ein auf die Verhältnisse der Klinik abgestelltes verbindliches OP-Statut, die Bestellung eines OP-Koordinators und eine regelmäßige Berichtspflicht des OP-Koordinators an die Krankenhausleitung über Abweichungen vom OP-Statut oder über mögliche Verbesserungen schaffen.

Die Auswertung von Patientenzugängen im Bereich der Notaufnahme und der Ambulanzen im Vergleich mit den zum Dienst eingeteilten Mitarbeitern gibt Hinweise darauf, ob in diesem Bereich die Dienstpläne des Personals optimiert werden können. Hierzu ist es notwendig, zunächst entsprechende Aufzeichnungen über die Patientenzugänge zu führen (z. B. mit einer Excel-Datei), diese nach Tageszeiten und Wochentagen auszuwerten und hierauf aufbauend einen Solldienstplan, dem durchschnittliche Behandlungszeiten zugrunde liegen, zu entwickeln.

Die vorstehend genannten Beispiele sollen im Ansatz die Möglichkeiten verdeutlichen, die sich einem intensiven Personalkostencontrolling erschließen und die zu Einsparungen bei den Personalkosten und zu verbesserten Betriebsabläufen beitragen können.

4 Verfahren zur Nachkalkulation von Fallpauschalen

4.1 Allgemeines

Die Erlöse der Kliniken aus der Abrechnung der DRGs erreichen häufig einen Anteil von 90 v. H. (und mehr) der betrieblichen Erträge. Werden die entstehenden Aufwendungen nicht vollständig durch die erzielten Erlöse aus den DRGs gedeckt, können Fehlbeträge nur dann vermieden werden, wenn Überschüsse an anderer Stelle erzielt werden. Hiervon wird aber im Regelfall nicht auszugehen sein, da insbesondere im ambulanten Notfallbereich tendenziell eher Unterdeckungen als Überschüsse anfallen. Unabhängig hiervon wird auch für gemeinnützige Krankenhäuser ein Jahresüberschuss anzustreben sein, um z. B. Mittel für Investitionen, für andere mit dem Krankenhausbetrieb zusammenhängende Aufgaben und für den Ausgleich von Fehlbeträgen zur Verfügung zu haben.

Vereinfacht ausgedrückt werden die von einer Klinik erzielbaren DRG-Erlöse durch den hausindividuellen Basisfallwert und die im Fallpauschalen-Katalog des KHEntgG festgelegten Bewertungsrelationen der DRGs bestimmt. Die Bewertungsrelationen haben ihren Ursprung in den Istkosten der an der Ermittlung der Fallkosten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) teilnehmenden Krankenhäuser. Die vom InEK der Ermittlung der Relativgewichte zugrunde gelegten Kostendaten sind im InEK DRG-Browser unter der Internetadresse www.g-drg.de veröffentlicht. In dem vom InEK veröffentlichten Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten (Version 3.0 aus dem Jahr 2007) werden die methodischen Grundsätze und die Vorgehensweise dargelegt. Dem Abschnitt 6.3 und der Anlage 5 dieses Handbuchs kann der Aufbau der Kostenmatrix (elf Kostenstellen, zehn Kostenarten) entnommen werden.

4.2 Nachkalkulation von Fallpauschalen

Besteht eine funktionsfähige Kostenträgerrechnung, kann ein Krankenhaus unter Beachtung der Zuordnungsvorschriften des Handbuchs zur Kalkulation von Fallkosten des InEK die erzielten Erlöse mit den tatsächlich entstandenen Kosten für einen einzelnen Behandlungsfall nachträglich vergleichen. Diese Nachkalkulation kann als Grundlage für einen wirtschaftlichen Personal- und Sachmitteleinsatz dienen.

Da bei weitem nicht alle Krankenhäuser über eine aussagefähige Kostenträgerrechnung verfügen, stellen wir nachfolgend in Grundzügen dar, wie die vom InEK ermittelten Kostendaten auch von diesen Krankenhäusern für betriebliche Zwecke genutzt werden können.

4.2.1 Aufteilung der Erlöse nach der InEK-Kostenmatrix

Im Rahmen der InEK-Kalkulation werden die Gesamtkosten auf insgesamt zehn Kostenarten und elf Kostenstellen verteilt.

Die Aufteilung der Erlöse entsprechend dieser Kostenmatrix setzt neben den für das jeweilige Jahr veröffentlichten Kostendaten des InEK die endgültige Auflistung der Art und der Anzahl der behandelten stationären Fälle des Krankenhauses gemäß dem Formular E1 der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) voraus. Durch die Multiplikation der Anzahl der behandelten Fälle mit den dazugehörigen entsprechenden Kostendaten und anschließender Summenbildung der Einzelwerte erhält man die Verteilung der Kostenanteile nach der Systematik der InEK-Kostenmatrix auf der Grundlage der Leistungen des Krankenhauses.

4.2.2 Notwendige Anpassungen

Da die bisherigen Berechnungen auf den Kostendaten des InEK beruhen, sind weitere hausindividuelle Anpassungen notwendig, um zu verwertbaren Vergleichszahlen zu gelangen. Beispielsweise betrifft dies

- Zu- und Abschläge nach §§ 1 und 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2008,
- den individuellen Basisfallwert oder einen Planwert der Klinik und
- die niedriger bewerteten Fallpauschalen von Belegabteilungen (soweit vom InEK keine Beleg-DRGs kalkuliert sind).

Zu- und Abschläge nach §§ 1 und 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2008

Die Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen sehen zusätzlich die Abrechnung von Zuschlägen bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie von Abschlägen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und für Verlegungen vor. In der Regel werden die gesamten Zu- und Abschläge für eine Klinik zumeist einen Abschlag von rd. 2 v. H. bis 4 v. H. der Summe der Bewertungsrelationen nach dem Fallpauschalenkatalog ergeben und eine entsprechende Erlösminderung nach sich ziehen. Dieser Abschlag kann prozentual über alle Kostenarten verteilt werden. Bei einer differenzierteren Betrachtung bleiben die fixen Kosten, die von Zu- und Abschlägen nicht beeinflusst werden (z. B. Implantate), unberücksichtigt.

Anpassung an den individuellen Basisfallwert oder einen Planwert der Klinik

Die im ersten Schritt (4.2.1) ermittelten Summen basieren auf dem InEK-Kalkulationswert für das jeweilige Jahr (z. B. 2.680,80 € für das Jahr 2008) und haben somit noch keinen Bezug zur individuellen Situation einer Klinik. Dieser Bezug wird durch Umrechnung auf den krankenhausindividuellen Basisfallwert oder auf einen Planwert, wie z. B. den Landesbasisfallwert von Bayern (2.806,14 € nach Kappung im Jahr 2008), geschaffen.

Anpassung an die Bewertung der Fallpauschalen von Belegabteilungen

Bei gleicher DRG unterscheiden sich die Bewertungsrelationen von Haupt- und Belegabteilungen. Soweit vom InEK keine Kalkulationsdaten für Beleg-DRGs vorliegen, kann zunächst der Kalkulationswert von Hauptabteilungen herangezogen und in einem ersten Schritt um die Leistungen des Belegarztes mit den entsprechenden Werten (Kosten ärztlicher Dienst) für Hauptabteilungen verringert werden. Ein danach noch verbleibender Unterschiedsbetrag kann entweder pauschal über alle Kostenarten verteilt oder – wenn örtlich bessere Erkenntnisse vorliegen – konkret zugeordnet werden. Diese Anpassungen sind nur notwendig, wenn Belegärzte tätig sind.

Nach Durchführung der Anpassungsschritte erhält man eine Verteilung der Erlöse nach Kostenarten und Kostenstellen, die bereits der Erlössituation der Klinik entspricht.

4.2.3 Gegenüberstellung der bereinigten Erlöse zu den Istkosten der Klinik

Die in Abschnitt 4.2.2 ermittelten Erlöse, aufgeteilt nach Kostenarten bzw. Kostenstellen, können den Istkosten der stationären Fälle der Klinik gegenübergestellt werden. Hierzu sind die Kosten der Fallpauschalen des Geschäftsjahres von den Bereichen abzugrenzen, die nicht

über DRGs vergütet werden. Hierzu zählen beispielsweise Leistungen im ambulanten Bereich, gesondert vergütete vor-, nach- und teilstationäre Leistungen oder Leistungen für Dritte. Auch Leistungen und Kosten im stationären Bereich, die zusätzlich vergütet werden (z. B. gesonderte Entgelte für die Abschaffung der Ärzte im Praktikum [AiP] und für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Zusatzentgelte nach den Anlagen zur Fallpauschalenvereinbarung und auch die durch das Ausbildungsbudget abgegoltenen Mehrkosten für die Ausbildung von Schülern) bleiben bei der Gegenüberstellung unberücksichtigt.

Anhand der Gegenüberstellung ist eine Beurteilung der Finanzierung des stationären Leistungsgeschehens hinsichtlich aller in der Kostenmatrix enthaltenen Daten möglich. Ableitbar sind jetzt z. B. Finanzierungsquoten hinsichtlich gesamter Personalgruppen (Kostenarten) wie z. B. des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes oder der Implantate und auch in Kombination von Kostenarten und Kostenstellen wie z. B. des Personaleinsatzes des Pflegedienstes auf Normalstationen oder des Funktionspersonals im OP.

Bei diesen Analysen ist zu beachten, dass grundsätzlich Abweichungen zwischen den Zuordnungsvorgaben des InEK und der individuellen Struktur der Klinik möglich sind. So wird z. B. bei extern vergebenen Laborleistungen die Kostenart 3 (Medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst) entlastet und die Kostenart 6 a (Sachkosten übriger medizinischer Bedarf) belastet. Bestimmte Aufgaben, wie z. B. der Krankentransportdienst, können dezentral von den Stationen (Kostenart 2, Pflegedienst) oder zentral von einem eigenständig organisierten Krankentransportdienst (Kostenart 7, medizinische Infrastruktur) übernommen werden. Diese Einflussfaktoren sind im Einzelfall zu beachten und entsprechend zu bewerten.

Das oben dargestellte Verfahren lässt sich sowohl für die Fallpauschalen der gesamten Klinik als auch für die Leistungsebene einer einzelnen Fachabteilung durchführen. Entsprechend erhält man Aussagen über die Finanzierung der einzelnen Abteilungen der Klinik.

Bei der Analyse auf der Ebene „Abteilung“ eröffnet sich mit den Leistungsbeziehungen zwischen den Abteilungen und den damit verbundenen Verrechnungen von Kostenanteilen ein weiteres Problemfeld.

Solche zu berücksichtigenden Leistungsbeziehungen können sich z. B. aus den Verlegungen zwischen den Abteilungen, bei Patienten, die in Intensivstationen interdisziplinär behandelt werden oder von dort entlassen oder verlegt werden, der Durchführung von Operationen für Patienten anderer Abteilungen oder jeglicher konsiliarischer Tätigkeit ergeben.

4.3 Aufteilung der Kalkulationsergebnisse auf Kostenarten

Aus der in Abschnitt 4.2 dargestellten Kalkulation lässt sich auch eine Verteilung der Kosten nach Kostenarten ableiten. Nach unseren Erkenntnissen ergeben sich bei Kliniken der Versorgungsstufen I und II bezogen auf den Landesbasisfallwert des Jahres 2007 in Bayern (2.787,19 € nach Kappung) folgende (gerundete) Kennzahlen:

Kostenart	Anteil am Basisfallwert (2.787,19 €)		Prozentualer Anteil	
	Bandbreite (von - bis) €	Mittelwert €	Bandbreite (von - bis) v. H.	Mittelwert v. H.
Ärztlicher Dienst	410 - 490	460	15 - 18	17
Pflegedienst	580 - 660	620	21 - 24	22
Medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst	330 - 380	350	12 - 14	13
Arzneimittel	110 - 140	120	4 - 5	4
Implantate	60 - 210	110	2 - 8	4
Übriger medizinischer Bedarf	240 - 290	260	8 - 10	9
Medizinische Infrastruktur	160 - 170	160	5 - 6	6
Nicht medizinische Infrastruktur	630 - 770	710	23 - 28	25

Die Kostenarten „Arzneimittel“ und „Übriger medizinischer Bedarf“ sind in der vorstehenden Tabelle in jeweils einer Zeile zusammengefasst. Bei der InEK-Kalkulation wird hier noch zwischen Einzelkosten für teure Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien und den übrigen Kosten unterschieden. Interessierte Kliniken können den Tabellenwerten ihre Kennzahlen für das Jahr 2007 gegenüberstellen und insoweit auch ihren Standort bestimmen. Dieser Vergleich kann aber nur der Einstieg für weitergehende Analysen sein.

Anhand der absoluten Beträge in der vorstehenden Übersicht lässt sich nunmehr ein Verhältnis Casemix (CM)-Punkte je VK bilden. Lagen z. B. im Jahr 2007 die Personalkosten einer Klinik je Pflegekraft bei 46.000 € (ohne die Mehrkosten für die Ausbildung von Schülern, die über das Ausbildungsbudget finanziert werden und ohne die Personalkosten der Pflegedienstleitung, die der medizinischen Infrastruktur zugeordnet ist) und der über die Fallpauschalen finanzierte Betrag bei 620 € je 1,000 CM, müssen im Durchschnitt 74 CM-Punkte je VK erreicht werden (46.000 : 620).

In der betrieblichen Praxis kann mit dieser Kennzahl schnell und einfach der Personaleinsatz z. B. im gesamten Pflegedienst hinsichtlich der Finanzierung überprüft und bei Leistungsänderungen entsprechend angepasst werden.

5 Verweildauer der Patienten

5.1 Einfluss der Verweildauer auf die Kosten

Die Fallpauschalen werden nach dem Fallpauschalenkatalog des jeweiligen Jahres und den dazugehörigen Abrechnungsregeln abgerechnet. Zuschläge fallen bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und bei Verlegungen an. Der Erlös für eine Fallpauschale ändert sich deshalb im Regelfall dann nicht, wenn die untere Grenzverweildauer nicht unterschritten und die obere Grenzverweildauer nicht überschritten wird. Die Differenz zwischen diesen beiden Eckpunkten ist erheblich und kann sich je nach DRG auf mehrere Tage oder auch Wochen belaufen.

Obwohl die ersten Tage des Klinikaufenthalts eines Patienten im Zusammenhang mit der diagnostischen Abklärung und den notwendigen therapeutischen Maßnahmen im Vergleich mit der gesamten Behandlungsdauer überproportional hohe Kosten verursachen, dürfen die letzten Tage des stationären Aufenthalts bei der Analyse der Verweildauer und der Kosten nicht vernachlässigt werden. Personalkosten für das stationsgebundene Personal (insbesondere Ärzte und Pflegekräfte) fallen hier ebenso an wie Personal- und Sachkosten aus den Bereichen Wirtschaft (insbesondere Küche), Verwaltung und Technik. Bei der Gegenüberstellung von Kosten und Erlösen von Fallpauschalen auf der Basis der InEK-Matrix mit den Ergebnissen einer Kostenträgerrechnung wird dann auch in der Tendenz deutlich, dass in den Fällen, in denen die mittlere Katalogverweildauer überschritten wird, insbesondere die Kosten für den Ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und die nicht medizinische Infrastruktur ansteigen, was vielfach zu (deutlichen) Unterdeckungen bei diesen DRGs führt. Nicht medizinisch indizierte Verlängerungen der Verweildauer sind deshalb zu vermeiden.

5.2 Maßnahmen zur Optimierung der Verweildauer

5.2.1 Planung der Verweildauer

Bei der Aufnahme der Patienten sollten den behandelnden Ärzten – ausgehend von der voraussichtlich zur Abrechnung kommenden DRG – Informationen über die im Fallpauschalenkatalog des jeweiligen Jahres hinterlegten Verweildauern (untere und obere Grenzverweildauer, mittlere Katalogverweildauer) zur Verfügung gestellt werden. Ausgehend von den geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und weiteren Parametern, wie z. B. Alter und Aufnahmezustand der Patienten, kann dann die Verweildauer geplant und hierauf aufbauend in einen strukturierten Behandlungsplan übernommen bzw. hier abgebildet werden. Die Tatsache, dass sich im Rahmen der Behandlung die ursprünglich angenommene DRG ändern kann oder sich die zunächst geplante Verweildauer aus medizinischen oder organisatorischen Gründen verlängert oder verkürzt, steht der angesprochenen Information und Planung nicht entgegen. Die geplante Verweildauer für eine bestimmte DRG ist örtlich zu entscheiden und festzulegen.

5.2.2 Optimierung der Prozesse

Verlängerungen der Verweildauer, die nicht medizinisch veranlasst sind, sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Auswirkungen auf die Verweildauer können sich insbesondere dann ergeben, wenn

- Wartezeiten auf Untersuchungen an Großgeräten (insbesondere Computertomograf, Kernspintomograf) entstehen,
- Untersuchungsergebnisse verspätet eintreffen,
- geplante OP-Termine verschoben werden müssen,
- Verzögerungen bei ärztlichen Untersuchungen eintreten,
- keine vorausschauende Entlassungsplanung betrieben wird,
- die Patienten erst mit zeitlicher Verzögerung in eine andere Einrichtung (z. B. Pflegeheim) verlegt werden können,
- eine Entlassung nach Hause sich wegen nicht rechtzeitiger Klärung des häuslichen Umfeldes verzögert.

Verlängert sich die Behandlung von Patienten nicht nur in Ausnahmefällen aus den genannten oder auch aus anderen Gründen, wären die Prozessabläufe und die sonstigen maßgeblichen Gründe näher zu analysieren.

Zur Sicherstellung eines strukturierten Behandlungsablaufs und zur Analyse der Gründe für eine Verlängerung der geplanten Verweildauer können Behandlungspläne wesentlich beitragen. Der Behandlungsplan sollte alle planbaren Maßnahmen von der Aufnahme bis zur Entlassung enthalten. Bei einer Überschreitung der geplanten Verweildauer sollten die Gründe, die zu einer Verlängerung geführt haben, erfasst und ausgewertet werden. Die durch die Auswertung gewonnenen Informationen können für die Optimierung der Prozessabläufe oder gegebenenfalls auch zur Anpassung vorgegebener Standards genutzt werden.