

**TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN**  
**Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre - Controlling**

**Verrechnungspreise für Profit-Center im Krankenhaus**  
**Möglichkeiten und Grenzen ihrer Gestaltung im Kontext deutscher DRGs**

**Christian Multerer**

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Doktors der Wirtschaftswissenschaften (Dr. rer. pol.)  
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. Gunther Friedl

Prüfer der Dissertation: 1. Univ.-Prof. Dr. Rainer Kolisch  
2. Univ.-Prof. Dr. Louis Velthuis,  
Johannes Gutenberg Universität Mainz

Die Dissertation wurde am 12.09.2008 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften am 17.12.2008 angenommen.

## Geleitwort

Seit Jahren steigende Ausgaben in der stationären Krankenversorgung haben zu zahlreichen Reformen bei der Vergütung von Krankenhausleistungen geführt. Die in jüngerer Vergangenheit eingeleitete Umstellung von einer Kostenerstattung hin zur Einführung von Fallpauschalen auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs) stellt wohl einen der grundlegendsten Reformschritte dar. Wurden bislang die im Krankenhaus angefallenen Kosten weitgehend erstattet, ist nun für viele Krankenhäuser ein Umdenken notwendig. Denn durch die Einführung von Fallpauschalen erhalten Krankenhäuser weitgehend unabhängig von den eigenen Kosten eine Vergütung auf Basis der behandelten Patienten. Damit steigt der Druck auf Krankenhäuser, verstärkt betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente zu implementieren.

Ein Ansatz besteht darin, Teilbereiche des Krankenhauses als Profit-Center zu führen, die für Kosten und Erlöse verantwortlich sind. Weil jedoch eine Reihe von Abteilungen ihre Leistungen überwiegend für interne Abnehmer erbringt, kann sie damit zunächst keine Erlöse erzielen. Um eine Profit-Center Organisation umzusetzen, ist es notwendig, diese Leistungen zu bewerten, damit auch interne Leistungserbringer Erlöse erzielen können. Die vorliegende Arbeit greift diese Idee auf und konzipiert ein Verrechnungspreissystem für Krankenhäuser, das den vielfältigen Anforderungen aus betriebswirtschaftlicher aber auch rechtlicher Sicht gerecht wird.

Damit behandelt Christian Multerer eine äußerst interessante und aktuelle Problemstellung im deutschen Gesundheitswesen. Er stellt den gesundheitspolitischen Rahmen und die besonderen Bedingungen in Krankenhäusern äußerst kenntnisreich dar. Die Anforderungen an die Verrechnungspreise werden methodisch fundiert abgeleitet. Die darauf basierende Ausgestaltung des Verrechnungspreissystems ist theoretisch fundiert und gleichzeitig praktikabel. Sie wird der komplexen Steuerungswirklichkeit in Krankenhäusern gerecht. Gleichzeitig stellt sie eine innovative Leistung des Verfassers dar, der mit dieser Arbeit ein bislang kaum behandeltes Feld im Bereich der Forschung zum Krankenhauscontrolling betreten hat.

Mit dieser Arbeit stellt Christian Multerer Entscheidungsträgern in Krankenhäusern ein wichtiges und zukunftsträchtiges Steuerungsinstrumentarium zur Verfügung und gibt ihnen eine Vielzahl von Gestaltungshilfen. Eine breite Aufnahme der Empfehlungen dieser Arbeit kann

dazu beitragen, die Kräfte zur Selbststeuerung in Krankenhäusern zu stärken und die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen besser zu nutzen.

München, im Januar 2009

Gunther Friedl

## Vorwort

Verrechnungspreise treffen im Krankenhaus als neue Ansätze der Unternehmensrechnung und -steuerung auf große Resonanz. Damit werden Gestaltungsideen aufgegriffen, die in der Betriebswirtschaftslehre eine lange Tradition besitzen. Ihre wachsende Bedeutung im Krankenhaus hingegen wird erst seit kurzem diskutiert. In der akademischen Literatur finden sich daher nur wenige Hinweise für die Verrechnungspreisbildung im spezifischen Krankenhausumfeld. Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke leisten. Sie untersucht, wie Verrechnungspreise für primär unterstützende Leistungseinheiten im Krankenhaus zu konzipieren sind, die zielorientiertes Verhalten gewährleisten. Dazu werden einmal die mit ihrem Einsatz angestrebten Hauptfunktionen charakterisiert. Zum anderen werden die Probleme bei der Festsetzung der Höhe von Verrechnungspreisen und Vor- und Nachteile alternativer Gestaltungstypen aufgezeigt. Auf Grund der gesetzlichen Forderung nach Vollkostenkalkulation erfordert ihr Einsatz eine intensive Auseinandersetzung mit den Gemeinkosten im Krankenhaus, was auf verschiedenen Wegen und mit unterschiedlichem Erfolg erreicht werden kann.

Zum Gelingen der hier vorliegenden Forschungsarbeit, die als Dissertation bei der Technischen Universität München eingereicht und im Dezember 2008 durch die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften angenommen wurde, haben zahlreiche Personen beigetragen. Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Professor Dr. Gunther Friedl. Er stand mir zu jeder Zeit für lehrreiche Diskussionen zur Verfügung. Selbst in der für ihn beruflich wie privat hektischen Phase des Universitätswechsels von Mainz nach München hat er meine Arbeit in jeder nur denkbaren Form unterstützt. Ebenfalls bedanken will ich mich bei Professor Dr. Louis Velthuis, der sich trotz vielfältiger Verpflichtungen bereit erklärt, das Koreferat zu übernehmen. Gedankt sei zudem Professor Dr. Rainer Kolisch für seinen Einsatz als Vorsitzender des Rigorosums. Einen unverzichtbaren Beitrag zur Entstehung der Arbeit haben meine Interviewpartner in ausgewählten Krankenhäusern geleistet. Auf wichtige Punkte hingewiesen hat zudem Michaela Serttas. Aus ihren weit reichenden Praxiserfahrungen an den Universitätsklinika Köln und Hannover konnte sie wertvolle Einsichten beisteuern. Ganz wesentlich zur Verbesserung der Arbeit hat zudem Professor Dr. Christian Ernst beigetragen. Für seine kritischen Anregungen in einer bedeutenden Phase der Doktorarbeit möchte ich mich an dieser Stelle ebenso herzlich bedanken. Auch ohne die Hilfe von Thorsten Döscher und Wolfgang Lennartz wäre diese Untersuchung nicht in der nun vorliegenden Form zustande gekommen. Natürlich gilt mein Dank auch den konstruktiven Ideen aller weiteren Mitarbeiter

meiner Wirkungsstätte in Mainz. Auch die freundschaftliche Atmosphäre zu allen externen Doktoranden von Professor Dr. Gunther Friedl hat einen unschätzbaren hohen Beitrag geleistet.

Besonders herzlich danken möchte ich meinen Eltern, die mir eine umfangreiche Ausbildung und so auch die Entstehung dieser Arbeit erst ermöglicht haben. Neben ihnen und meiner im September 2005 leider viel zu früh verstorbenen Großmutter gebührt der größte Dank meiner Freundin Livia Blank für ihre Ratschläge in allen Belangen. Ihr widme ich diese Dissertation.

Heidelberg, im Dezember 2008

Christian Multerer

## Inhaltsverzeichnis

<b>GELEITWORT</b> .....	<b>II</b>
<b>VORWORT</b> .....	<b>IV</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS</b> .....	<b>VI</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>IX</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>X</b>
<b>1 GEGENSTAND UND GANG DER UNTERSUCHUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1 BEDARF AN VERRECHNUNGSPREISEN UND DEREN BEDEUTUNG IM KRANKENHAUS .....	1
1.2 ZUM FORSCHUNGSSTAND VON VERRECHNUNGSPREISEN IM KRANKENHAUS .....	4
1.3 ZIELSTELLUNG, ANNAHMEN UND VORGEHEN BEI DER GESTALTUNG VON VERRECHNUNGSPREISEN .....	8
<b>2 DRGS UND PROFIT-CENTER ALS RAHMEN FÜR VERRECHNUNGSPREISE IM KRANKENHAUS</b> .....	<b>11</b>
2.1 ENTWICKLUNG VON DRGS ZUR VERGÜTUNG VON KRANKENHAUSLEISTUNGEN .....	11
2.2 EINFLUSS DER DRGS AUF DAS ZIEL- UND ORGANISATIONSSYSTEM IM KRANKENHAUS.....	15
2.2.1 <i>Handlungsebenen der DRG-Einführung im Krankenhaus</i> .....	16
2.2.2 <i>Wirkungen der DRG-Reform und Folgen für das Krankenhaus</i> .....	18
2.2.3 <i>Profit-Center als organisatorische Umsetzung der Krankenhausziele                 unter DRGs</i> .....	22
2.3 AUFBAUSTRUKTUREN EINER PROFIT-CENTER-ORGANISATION IM KRANKENHAUS .....	26
2.3.1 <i>Aufgabenbezogene Einteilung in Kern- und Service-Center</i> .....	26
2.3.2 <i>Festsetzung der Messgröße zur Bestimmung des Center-Erfolgs</i> .....	30
2.4 VERRECHNUNGSPREISE ALS INSTRUMENT DER ABLAUFSTEUERUNG IM KRANKENHAUS	36
<b>3 ANFORDERUNGEN AN DIE GESTALTUNG VON KRANKENHAUSINTERNEN VERRECHNUNGSPREISEN</b> .....	<b>44</b>

3.1	VORGEHENSWEISE BEI DER ERMITTLUNG DER GESTALTUNGSANFORDERUNGEN .....	44
3.2	DEDUKTIV ABGELEITETE GESTALTUNGSANFORDERUNGEN AUS DEM KRANKENHAUSZIELSYSTEM .....	48
3.2.1	<i>Gruppierung der Anforderungen an die Verrechnungspreisgestaltung</i> .....	49
3.2.2	<i>Anforderungen für die krankenhauseinheitliche DRG-Kalkulation</i> .....	50
3.2.3	<i>Anforderungen für die Realisierung krankenhauseigener Profit-Center-Strukturen</i> .....	53
3.3	INDUKTIV ABGELEITETE GESTALTUNGSANFORDERUNGEN AUS EXPERTENINTERVIEWS	59
3.3.1	<i>Krankenhauspraktische Relevanz der ermittelten Gestaltungsanforderungen</i> .....	60
3.3.2	<i>Zusätzliche beachtenswerte Gestaltungsanforderungen</i> .....	65
3.4	BEISPIEL ZU KONFLIKTEN ZWISCHEN DEN GESTALTUNGSANFORDERUNGEN.....	68
<b>4</b>	<b>GESTALTUNGALTERNATIVEN VON VERRECHNUNGSPREISEN IM KRANKENHAUS</b> .....	<b>73</b>
4.1	STUFENKONZEPT ZUR SYSTEMATISIERUNG DER GESTALTUNGSKOMPONENTEN UND -ALTERNATIVEN .....	73
4.2	WAHL DER PLANBEZUGSGRÖßEN FÜR VERRECHNUNGSPREISE IM KRANKENHAUS.....	76
4.2.1	<i>Ableitung von Bezugsgrößen aus den Leistungen der Service-Center</i> .....	76
4.2.2	<i>Bestimmung der Planmenge für den Verbrauch an Serviceleistungen</i> .....	82
4.3	BEWERTUNG DER BEZUGSGRÖßENEINHEITEN MIT IST- UND STANDARDKOSTENPREISEN .....	87
4.4	BEWERTUNG DER BEZUGSGRÖßENEINHEITEN MIT TEIL- UND VOLLKOSTENPREISEN.....	93
4.4.1	<i>Sach- und Personalkostenpreise für DRG-relevante Serviceleistungen</i> .....	93
4.4.2	<i>Für und Wider der Berücksichtigung von nicht DRG-relevanten Kosten</i> .....	98
4.5	ZWISCHENFAZIT ZUR EIGNUNG DER VORGESTELLTEN GESTALTUNGALTERNATIVEN	102
<b>5</b>	<b>EMPFEHLUNGEN FÜR DIE GESTALTUNG VON VERRECHNUNGSPREISEN IM KRANKENHAUS</b> .....	<b>105</b>
5.1	HANDLUNGSBEDARF BEI DER KOMBINATION DER GESTALTUNGALTERNATIVEN.....	105
5.2	VERFAHREN BEI DER VERRECHNUNG VON SACHLEISTUNGEN DER SERVICE-CENTER .	107

5.2.1 Mengenmäßige Erfassung der Sachleistungen des Medizinischen Bedarfs.....	107
5.2.2 Bewertung der Serviceleistungen aus dem Medizinischen Sachbedarf.....	112
5.2.3 Verrechnungspreise für Reparatur-, Wartungs- und Instandhaltungsleistungen .	114
5.3 AUSBAU DES SACHKOSTENPREISSYSTEMS ZU EINEM ANSATZ VON VOLLKOSTENPREISEN.....	117
5.3.1 Ein- und zweistufige Verrechnungspreise für Sach- und Personalleistungen.....	117
5.3.2 Beispiele für die dezentrale Steuerungsfähigkeit von Personalkosten.....	122
5.3.3 Prozessorientierte Erfassung und Verrechnung von Personalleistungen.....	125
5.3.4 Gültigkeitsdauer und Inhalte der Planpreise für Personalleistungen.....	130
5.4 ROLLE DER MENGENPLANUNG FÜR DIE ENTWICKELTEN VERRECHNUNGSPREISE.....	134
5.4.1 Mengenplanung im Gegenstromverfahren.....	134
5.4.2 Sanktionen und Anreize zur Einhaltung der Planergebnisse.....	136
5.5 EINFLUSS DER KRANKENHAUSPLANUNG AUF DIE EFFEKTIVITÄT DER VERRECHNUNGSPREISE.....	140
<b>6 SCHLUSSBETRACHTUNG .....</b>	<b>143</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>149</b>
<b>LEBENS LAUF .....</b>	<b>173</b>

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Modulare Organisation im Krankenhaus .....</i>	<i>30</i>
<i>Abbildung 2: Mengen- und Wertströme im modularen Krankenhaus .....</i>	<i>37</i>
<i>Abbildung 3: Systematik und abgefragte Inhalte des benutzten Interviewleitfadens.....</i>	<i>47</i>
<i>Abbildung 4: Beispiel zu Konflikten zwischen den Gestaltungsanforderungen.....</i>	<i>69</i>
<i>Abbildung 5: Fortsetzung des Beispiels zu Verrechnungspreisen im Krankenhaus.....</i>	<i>69</i>
<i>Abbildung 6: Schrittfolge bei der Verrechnungspreisgestaltung.....</i>	<i>74</i>
<i>Abbildung 7: Maßgrößen zur Messung des Verbrauchs an Serviceleistungen.....</i>	<i>77</i>
<i>Abbildung 8: Alternativen bei der Planung des Verbrauchs an Serviceleistungen.....</i>	<i>87</i>
<i>Abbildung 9: Zeitlicher Bezug der Bewertung des Verbrauchs an Serviceleistungen.....</i>	<i>89</i>
<i>Abbildung 10: Sachumfang der Bewertung des Verbrauchs an Serviceleistungen .....</i>	<i>97</i>
<i>Abbildung 11: Kostenherkunft zur Bewertung des Verbrauchs an Serviceleistungen.....</i>	<i>101</i>
<i>Abbildung 12: Mengenplanung im Gegenstromverfahren.....</i>	<i>135</i>

## Abkürzungsverzeichnis

A&I	Anästhesiologie&Intensivmedizin
Abb.	Abbildung
AJM	American Journal of Medicine
AJS	American Journal of Sociology
Aufl.	Auflage
AR	The Accounting Review
AR-DRG	Australian Refined-Diagnosis Related Group
Bd.	Band
BFuP	Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis
BPflV	Bundespfllegesatzverordnung
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CB	Cost Bucket
CM	Casemix
CMI	Casemix-Index
CW	Cost Weight
DBW	Die Betriebswirtschaft
DKG-NT	Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Abrechnung erbrachter Leistungen und für die Kostenerstattung vom Arzt an das Krankenhaus
DRG	Diagnosis Related Group
EA	The European Accounting
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EW	Effective Weight
et al.	et alii (und andere)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
f&w	führen und wirtschaften im Krankenhaus
FN	Fußnote
G-DRG	German-Diagnosis Related Group
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-G	Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Reformgesetz 2000)

GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GuG	Gesundheit und Gesellschaft
HCFA	Health Care Financing Administration
HCFM	Health Care Financial Management
HCMR	Health Care Management Review
HMT	Health Management Technology
hrsg.	herausgegeben
I&M	Information&Management
ILV	Innerbetriebliche/Interne Leistungsverrechnung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
JAMA	Journal of the American Medical Association
JB	Journal of Business
JHE	Journal of Health Economics
JHOM	Journal of Health, Organisation and Management
JHR	Journal of Human Resources
JLEO	Journal of Law, Economics & Organization
JMAR	Journal of Management Accounting Research
JMIS	Journal of Management Information Systems
Kap.	Kapitel
KH	Das Krankenhaus
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KR	Krankenhausreport
krp	Kostenrechnungspraxis
ku	Krankenhaus Umschau
McK	McKinsey
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MNSR	Medical Network Strategy Report
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NEJM	The New England Journal of Medicine
OP	Operation, Operationssaal
OS	Organization Studies

PPS	Prospective Payment System
R-DRGs	Refined-Diagnosis Related Groups
RS	Review of Accounting Studies
S.	Seite
sbr	Schmalenbach Business Review
SF	Sozialer Fortschritt, Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WiSt	Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Zeitschrift für Ausbildung und Hochschulkontakt
z. B.	zum Beispiel
ZfB	Zeitschrift für Betriebswirtschaft
zbf	Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung
ZfCM	Zeitschrift für Controlling&Management
ZfhF	Zeitschrift für handelswissenschaftliche Forschung
ZfG	Zeitschrift für Gesundheitswesen
ZögU	Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen
ZP	Zeitschrift für Planung
ZWS	Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

## 1 Gegenstand und Gang der Untersuchung

Als Einführung in die vorliegende Untersuchung soll zunächst der Bedarf an Verrechnungspreisen erklärt und ihr Stellenwert im Krankenhaus umrissen werden (Abschnitt 1.1). Anhand eines Forschungsüberblicks (Abschnitt 1.2) wird anschließend aufgezeigt, in welchen Schritten diese Arbeit eine Forschungslücke schließen und wie sie konkrete Empfehlungen für die Ausgestaltung von krankenhaushinteren Verrechnungspreisen geben möchte (Abschnitt 1.3).

### 1.1 Bedarf an Verrechnungspreisen und deren Bedeutung im Krankenhaus

Rund ein Drittel der gesamten Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfällt auf die stationäre Krankenversorgung.<sup>1</sup> Dieser Ausgabenanteil hat sich über drei Jahrzehnte manifestiert, ist in jüngster Vergangenheit aber nochmals beträchtlich angewachsen. Dies hat mehrere Gründe, wobei anfänglich nur die exogenen Wachstumsfaktoren eingehenden krankenhaushökonomischen Betrachtungen unterzogen wurden. Besonders der beständige medizinische und medizinisch-technische Fortschritt sowie der demografisch bedingte Morbiditätswandel gaben Anlass zu kritischen Fragen und Stellungnahmen.<sup>2</sup> Das krisenhaft wahrgenommene Ausgabenwachstum der GKV hat jedoch auch endogene Ursachen. Mittlerweile ist mancher überzeugt, der Kern der viel beschworenen „Kostenexplosion“ liege in den unzureichenden Informations- und Anreizstrukturen im deutschen Krankenhaus.<sup>3</sup> Die bis heute eingesetzten Vergütungssysteme für seine stationären Leistungen haben den ineffizienten Umgang mit begrenzten Ressourcen offenbar überhaupt erst aufkommen lassen.<sup>4</sup> Erfolge im Hinblick auf die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich demzufolge wohl nur erreichen, wenn das Krankenhaus seinen Informations- und Steuerungsdefiziten begegnet.

Das jüngste Reformvorhaben des Krankenhausentgeltmodells in Deutschland knüpft an die getroffenen Einschätzungen an. Im Ergebnis sieht es die endgültige Ablösung der zuvor üblichen Kostenübernahme nach dem Kostendeckungsprinzip und die stufenweise Einführung einer pauschalisierten Aufwandsvergütung in Form von Diagnosis Related Groups (DRGs) nach dem Leistungsprinzip vor. Die Phase der Konvergenz, in der die Angleichung der aktuell hausindividuell vereinbarten Bewertungsrelationen auf ein landesweit einheitliches Niveau

---

<sup>1</sup> Die GKV wendete 2002 34,3 % der gesamten Gesundheitsausgaben für die stationäre Patientenbehandlung im Krankenhaus auf. Dies entsprach ca. 44,98 Mrd. Euro, vgl. ROSENBROCK/GERLINGER (2004), S. 142.

<sup>2</sup> Vgl. HERDER-DORNEICH/WASEM (1986) S. 11-26 und DRÖGE (1991), S. 6-10.

<sup>3</sup> Zu dieser Auffassung vgl. erstmals SVRKAIG (1994), S. 217. Auch z. B. ERNST (2000) vertritt diese These.

<sup>4</sup> Vgl. hierzu stellvertretend für zahlreiche Publikationen FRIEDL/OTT (2002) und SCHMIDT/BAUER (2006).

erfolgt, soll nach jetzigem Stand bis Anfang 2009 abgeschlossen sein.<sup>5</sup> Das vordringliche Ziel der Reformbemühungen besteht darin, dem Krankenhaus Anreize zu setzen, bei mindestens gleich bleibend hohem Qualitätsniveau in der Patientenversorgung<sup>6</sup> möglichst wenig Ressourcen zu verbrauchen.<sup>7</sup> Das ihr zugesprochene Steuerungspotenzial können aber auch die DRGs nur entfalten, wenn das Krankenhaus sich dem ausgeübten ökonomischen Druck aktiv stellt.<sup>8</sup>

Dass dies passiert, bestätigt das bestehende praktische Interesse daran, Organisationsstrukturen und -prozesse im Krankenhaus näher am Patienten auszurichten.<sup>9</sup> Im Ergebnis werden zunehmend eigenständig arbeitende Unternehmensbereiche gebildet, die den gesamten Behandlungsablauf zentral koordinieren. Ein vielfach diskutierter und wegen seiner gestalterischen Möglichkeiten zu Teilen schon umgesetzter Entwicklungsschritt auf diesem Weg ist die Führung dieser Kern- und aller sie unterstützenden Serviceeinheiten als gewinnverantwortliche Center.<sup>10</sup> Mit einer Profit-Center-Rechnung ist die Bestimmung von Gewinn und Verlust nicht länger nur auf der Steuerungsstufe des Gesamtkrankenhauses, sondern unmittelbar auf der operativen Ebene der Kern- und Serviceeinheiten als Beurteilungsmaß für deren Wirtschaftlichkeit nutzbar. Wenn Ergebnisse dezentral verantwortet werden sollen, ist die Etablierung von Marktmechanismen unerlässlich.<sup>11</sup> Die Organisationseinheiten agieren dann gleichsam auf einem fiktiven internen Markt und sind mittels Erfolgsgrößen wertmäßig miteinander verknüpft. Die Messung der Profit-Center-Erfolge in einer eigenständigen Ergebnisrechnung bedarf der Festlegung von Beschaffungs- und Absatzmarktpreis-„Surrogaten“ in Form von Verrechnungspreisen.<sup>12</sup> Das Entstehen der Profit-Center könnte als Indiz dafür gedeutet werden, dass die im Krankenhaus verbreiteten Modelle der Internen Budgetierung<sup>13</sup> (allein) nicht oder nur stark eingeschränkt den Erfordernissen der derzeitigen DRG-Vergütung entsprechen.

---

<sup>5</sup> Zu dieser Neuregelung und weiteren Vorschriften in der Konvergenzzeit vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 49f.

<sup>6</sup> Zu den Schwierigkeiten der Definition und der Messung von Qualität im Krankenhaus vgl. KALTENBACH (1991) bzw. ADAM/GORSCHLÜTER (1999), S. 104f. Für BLOMQUIST (1991) ist es die besondere Rolle der Qualität, die das Krankenhaus von anderen Sektoren der Wirtschaft unterscheidet, vgl. EBD. (1991), S. 412.

<sup>7</sup> Im Universitäts- und Lehrkrankenhaus gilt es, auch Forschungs- und Lehraufgaben gerecht zu werden. Die Probleme ihrer kostenmäßigen Zuordnung diskutieren z. B. OTT (2003) und KRIEGEL (2005), S. 157ff.

<sup>8</sup> Vgl. die einleitenden Kapitel bei ERNST (2000), ERNST/SZCZESNY (2005) und ERNST/SZCZESNY (2006).

<sup>9</sup> Eine eingehende komparative Sichtung der gesundheits- und krankenhausesökonomischen Literatur lässt sogar den Schluss zu, dass eine patientenanaloge Organisation nicht nur ein beachtenswerter Teilaspekt der DRG-Einführung ist, sondern womöglich *die* wesentliche Herausforderung für deutsche Krankenhäuser darstellt.

<sup>10</sup> Zum Entwicklungsstand von Profit-Centern im Krankenhaus vgl. BOOZ ALLEN HAMILTON (2006), S. 32-34.

<sup>11</sup> Zum praktischen Stellenwert marktlicher Regelungen im Krankenhaus vgl. ausführlich LEHMANN (2002).

<sup>12</sup> Insofern beruhen die weiteren Betrachtungen nur auf betriebswirtschaftlichen Kriterien. Ansätze, die steuer- oder gesellschaftsrechtliche Erwägungen inkludieren, werden hier nicht aufgegriffen. Eine kurze Abgrenzung dieser beiden Analyseperspektiven von Verrechnungspreisen nimmt STAUBACH (2005), S. 1-4, vor.

<sup>13</sup> Der Fachbegriff hat sich im deutschen Krankenhaus eingebürgert, um die internen Plansätze von den mit den Vertretern der Krankenkassen ausgehandelten (Erlös-)Budgets abzugrenzen, vgl. HOFFMANN (1989), S.42ff. Ihre Bedeutung am Anwendungsfall der stationären Altenhilfe erarbeiten ZAPP/FUNKE/SCHNIEDER (2000).

Wie groß die Unsicherheiten sind, zeigen die vielfach emotionalen Äußerungen, mit welchen in der Frühphase der DRG-Einführung versucht wird, Budgetansprüche für den eigenen Verantwortungsbereich geltend zu machen. Gravierende Probleme ergeben sich dabei aus dem politischen Statement, wonach einzig die Kerndisziplinen mit in der Regel direktem Patientenkontakt über den erzielbaren Krankenhauserlös entscheiden.<sup>14</sup> Dies mag in manchen Fällen dazu verleiten, den Gesamtbetrag, der für einen operativen Behandlungsfall von der Krankenkasse bezahlt wird, ausgehend von ihrem empfangenden Kernbereich auf alle leistungsbeteiligten Serviceeinheiten ohne direkte Erlösgutschrift zu portieren. Derartige Budgetverteilungsmechanismen betrachten primärerlöslose Leistungseinheiten nicht als reine Cost-Center, sondern beziehen sie zusätzlich zum Informations- auch in das Steuerungssystem des Krankenhauses ein. Ihnen gelingt es allerdings nicht, die DRG-Erlöse in Abhängigkeit der Art und Menge an durchgeführten Leistungen zu verteilen und damit die Serviceeinheiten so zu integrieren, dass diese sich ihre Budgetanteile tatsächlich „verdienen“ müssen. Gerade für etablierte Dienstleister, die mit umfassenden Entscheidungsbefugnissen und Gewinnverantwortung ausgestattet sind, kann dieses Vorgehen kaum den Weg der Zukunft darstellen.<sup>15</sup> Bei genauer Betrachtung des Szenarios wird das zentrale Krankenhauscontrolling feststellen, dass solche Verrechnungspreismodelle auch für die Kerneinheiten nur bedingt geeignet sind. Diese erhalten neben der Patientenzuwendung zwar den ökonomischen Auftrag der Erfassung von DRG-relevanten Daten, die die Grundlage der erzielbaren Patientenfallerlöse sind. Allerdings müssen sie Leistungen, welche sie aus dem Servicebereich des Krankenhauses beziehen, nicht aus den eigenen Etats bezahlen. Anreize, Kosten minimal zu halten, dürften sich kaum einstellen.

Zufriedenstellende Konzepte, womit die zu erwartende DRG zur Grundlage für die operative Steuerung der Budgets der krankenhausesinternen Organisationseinheiten gemacht werden kann, liegen bislang kaum vor.<sup>16</sup> Im Besonderen fehlen marktliche Ansätze, mit denen es gelingt, die Kapazitätsauslastung in den Serviceeinheiten über die Verrechnung der geplanten

---

<sup>14</sup> LANDAUER/SCHLEPPERS (2002) zitieren in ihrer Einleitung die plakativ formulierte Aussage eines namentlich nicht näher genannten Managers: „Der entlassende Arzt entscheidet über das Budget des Krankenhauses.“

<sup>15</sup> Dies betrifft in erster Linie die medizinischen Querschnittsfächer, vgl. z. B. REIßMANN ET AL. (2003). Aber auch die Stellung von administrativen und anderen nicht medizinischen Dienstleistungsarten (im verarbeitenden Gewerbe) wird nach ERFORT (1998) im Wertschöpfungsprozess unterschätzt, vgl. EBD. (1998), S. 1.

<sup>16</sup> In der betriebswirtschaftlichen Literatur werden die Effizienzwirkungen von Ansätzen der Verrechnungspreisbildung und Budgetierungsverfahren streng getrennt voneinander verglichen. Ihre Eignung zur Steuerung von Investitionen thematisieren z. B. die formalanalytischen Arbeiten von HOFMANN (2002) und von HOFMANN/PFEIFFER (2006). Von speziellen Parameterkonstellationen abgesehen, erweisen sich Verrechnungspreise als überlegen. Auch KÜPPER (2005) sieht in Budgets und Verrechnungspreisen konträre Konzepte, weiß aber, dass in aller Regel „Mischformen“ vorkommen, vgl. EBD. (2005), S. 406. Dieser Überzeugung folgt die vorliegende Arbeit. Sie sucht nach Verrechnungspreisen zur Abstimmung von Budgetvorgaben.

Leistungsanspruchnahme durch den Kernbereich zu optimieren.<sup>17</sup> Dies zu ändern, bedeutet nichts anderes, als dass die derzeit geübte Praxis der Quersubventionierung finanziell unrentabler Bereiche im Rahmen einer Internen Budgetierung in Zukunft einer Internen Leistungsverrechnung (ILV)<sup>18</sup> weichen muss, die eine reale Anpassung der eingesetzten Ressourcen an die zu erwartenden Fallerlöse bedingt. Zwar wird es, bezogen auf ein einzelnes Krankenhaus, auch dann wirtschaftlich nachteilige Unternehmensbereiche geben, jedoch werden mit DRGs die Qualität und die Kosten des gesamten Patientenaufenthalts abgerechnet. Additive oder alternative Entgelte, die den Mehraufwand für mögliche Schwächen in Strukturen und Abläufen bei der Leistungserbringung kompensieren könnten, fließen nur noch in begründeten Ausnahmen zu.<sup>19</sup> Aus dieser Tatsache heraus ergibt sich ein Konflikt, der eine Konsensfindung bei der Einbindung der ILV in die Einzelbudgets der betrieblichen Einheiten schwierig macht. Auf der einen Seite sollen die Servicekosten im Rahmen einer ILV nicht bloß verteilt, sondern von Gesetz wegen den einzelnen Patientenfällen in vollem Umfang zugewiesen werden. Verrechnungspreise auf Vollkostenbasis scheinen den operativen Informations- und Steuerungsanforderungen des Krankenhauses aber kaum gerecht zu werden. Es ist allgemein anerkannt, dass die mit einer Patientenbehandlung zusammenhängenden Fallkosten weitestgehend fix und, wenn überhaupt, nur mit erheblichen Verzögerungen verschieb- und beeinflussbar sind.<sup>20</sup>

## 1.2 Zum Forschungsstand von Verrechnungspreisen im Krankenhaus

Es gibt in der Betriebswirtschaftslehre wohl kein Thema, dem über Jahrzehnte hinweg eine ähnliche Beachtung geschenkt wurde wie dem der Verrechnungspreise.<sup>21</sup> Insofern findet sich in der Literatur eine Vielzahl an Arbeiten, die Hinweise für ihre Entwicklung im Krankenhaus geben können. Das Spektrum umfasst zum Teil höchst komplexe quantitative Modelle, die anforderungsoptimale Verfahren mit Hilfe von mathematischen Optimierungskalkülen identifizieren oder das Leistungsvermögen von einzelnen Prinzipien mittels komparativer Analysen

---

<sup>17</sup> Zu dieser Fragestellung im erwerbswirtschaftlichen Kontext vgl. exemplarisch KÜPPER (2005), S. 396-416, EWERT/WAGENHOFER (2005), Kap. 11, S. 575-648 und WEBER/SCHÄFFER (2006), Kap. 8, S. 197-209. Aber auch SCHMALENBACH (1909), der sich 1903 mit dem Thema zu Vor- und Nachteilen und zur Gestaltung von Verrechnungspreisen in großindustriellen Unternehmen habilitierte, war sich des Problems bereits bewusst.

<sup>18</sup> Die Begriffe Verrechnungspreis(-system) und ILV werden in der Literatur oft gleichbedeutend verwendet. Dass ihre Abgrenzung meist unscharf ist, wird an der Dissertation von SCHERZ (1998) deutlich. Sie trägt den Titel „Verrechnungspreise für unternehmensinterne Dienstleistungen“. In seinen Ausführungen spricht er aber regelmäßig von der ILV, vgl. EBD. (1998). In Kap. 2 seiner Arbeit findet der Begriff Verrechnungspreis Verwendung. Sobald hier von der ILV gesprochen wird, ist die Gruppe möglicher Gestaltungstypen gemeint.

<sup>19</sup> Auf „gesonderte Einrichtungen“, die gänzlich oder in Teilen der Leistungserstellung vom System der DRGs freigestellt bzw. ausgenommen sind, z. B. Verbrennungskliniken, sei an dieser Stelle lediglich hingewiesen.

<sup>20</sup> PAFFRATH (2001) spricht bei Krankenhäusern von „typischen Fixkostenbetrieben“, vgl. EBD. (2001), S. 276.

<sup>21</sup> Vgl. hierzu stellvertretend zum Beispiel FRESE (1995), S. 942, GÖX (1999), S. 1, und KÜPPER (2005), S. 399.

verbessern wollen.<sup>22</sup> Aber auch verhältnismäßig eingängige mathematische Ordnungsschemata, wie eine Äquivalenzziffernrechnung oder eine Divisionskalkulation<sup>23</sup>, ebenso wie rein qualitative Betrachtungen im Stil eines allgemein verständlichen Ratgebers beschäftigen sich mit dieser Thematik.<sup>24</sup> Die meisten Konzepte konzentrieren sich allerdings auf Serviceleistungen im „klassischen“ erwerbswirtschaftlichen Sektor. Sie setzen die generelle Einsetzbarkeit von Verrechnungspreisen wenigstens implizit voraus. Auffallend deutlich wird dieses Erkenntnis bei SCHMALENBACH (1909): *„Verrechnungspreise entstehen überall da, wo man im industriellen Rechnungswesen den Gesamtbetrieb aufteilt in Unterbetriebe [...]“*<sup>25</sup>. Bedauerlicherweise werden schon durch eine solche Annahme die realen Verhältnisse im Krankenhaus höchst unzureichend abgebildet. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass Verrechnungspreise als Instrument zur Ressourcensteuerung ins Leere laufen, wenn bei deren Gestaltung die infrastrukturellen und vor allem auch die personellen Voraussetzungen in den deutschen Krankenhäusern unbeachtet bleiben. Im Hinblick darauf ist festzustellen, dass krankenhausbetriebswirtschaftliche Publikationen im Allgemeinen und Beiträge zum Krankenhauscontrolling im Speziellen dem Schrifttum über das „klassische“ Sachgüter produzierende Gewerbe um Längen hinterherhinken. Die Entwicklung von Verrechnungspreisen, welche auf die „Spielregeln“ der DRG-Vergütung zugeschnitten sind und besonders den Ansprüchen einer krankenhausspezifischen Profit-Center-Organisation gerecht werden wollen, steht daher noch ganz am Anfang.

In zahlreichen Beiträgen zum Krankenhauscontrolling wird die große praktische Bedeutung von Verrechnungspreisen ausdrücklich erwähnt, bildet aber nicht den Gegenstand ihrer theoretischen Diskussion. Diese Situation hat sich bis in die jüngste Zeit nur wenig verändert. Die Verrechnung von internen Krankenhausleistungen findet auch in der aktuelleren Literatur nur unzureichend Berücksichtigung. Vielfach wird ihr Erfordernis ausschließlich im Rahmen der konventionellen Sekundärkostenrechnung thematisiert.<sup>26</sup> Andere Arbeiten beschäftigen sich im Detail mit den einzelnen Gestaltungsdimensionen von Profit-Center-Strukturen im Kran-

---

<sup>22</sup> Zum State of the Art von formaltheoretischen Analysen und ihren Erkenntnissen über Verrechnungspreise vgl. PFAFF/PFEIFFER (2004) und LENGSELD (2005). Weitere Einblicke in die Literatur zur Ausgestaltung von Mechanismen bzw. zur vergleichenden Analyse werden in jüngeren Fachbeiträgen, beispielsweise von BALDENIUS/REICHELSTEIN (1998) und PFEIFFER (2002), und in den jeweils verzeichneten Quellen gegeben.

<sup>23</sup> Zu diesen und weiteren Verfahren der ILV vgl. im Detail SCHWEITZER/KÜPPER (2003), S. 132-156. Im Rahmen eines Modellprojekts an der Katholischen Marienkrankenhause GmbH Hamburg von 1998 nehmen JARCHOW/JÄGER/RITTER (1999) eine vergleichende Darstellung einzelner Verrechnungsmethoden vor.

<sup>24</sup> Vgl. ALBACH (1974) und STREIM (1975) und jüngst von WALA (2006) und SCHULTZE/WEILER (2007).

<sup>25</sup> SCHMALENBACH (1909), S. 168.

<sup>26</sup> In diesem Fall fungieren Verrechnungspreise dazu, die Kosten der liefernden Einheit nach Möglichkeit vollständig auf die internen Leistungen umzurechnen, vgl. BAUKMANN (2001), S. 143f und OTT (2005), S. 83.

kenhaus.<sup>27</sup> Die Tatsache, dass sich diese überhaupt erst durch den Einsatz von Verrechnungspreisen etablieren lassen, erlangt aber meist nur am Rande Beachtung. Für den von STREHLAUSCHWOLL (1999b) vorgelegten Beitrag dagegen gab wohl gerade die praktische Relevanz dieser Thematik den Anstoß. Gleichwohl gehört dazu nicht nur, ausgesuchte Verfahren zur Verrechnungspreisbestimmung daraufhin zu untersuchen, ob sie in einer auf die Verhältnisse im Krankenhaus ausgerichteten Profit-Center-Organisation verwendbar sind. Genauso wichtig ist es, diese zur Anpassung an das durch den Umstieg auf DRGs geänderte Umfeld zu entwerfen.

Neuere Ansätze versuchen deshalb, die Verrechnungspreisproblematik verstärkt mit Blick auf die Anreiz- und Allokationswirkungen von DRGs zu lösen. Als Beispiele dafür seien die Analysen von KUNTZ/SCHMITZ/SCHUSTER (2005) und MULTERER/FRIEDL/SERTTAS (2006) genannt. Angestoßen durch öffentliche Debatten, greift Erstere bestehende Bedenken bezüglich einer unzureichenden Erfassung intensivmedizinischer Leistungen in den DRGs auf.<sup>28</sup> Damit beschränkt sie sich gleichzeitig weitgehend auf das Problem der Verrechnung von anästhesiologischen Leistungen.<sup>29</sup> Der zweitgenannte Beitrag dagegen versucht, generelle Leitlinien für einen bedarfsgerechten Vergütungsvertrag für Supportleistungen herzuleiten. Im Zuge dessen wägt die Autorengruppe verschiedene Preistypen nach der Zweckmäßigkeit ihrer Verwendung unter DRGs ab. Trotz der Fülle an Alternativen diskutiert ihr Beitrag nur Ansätze zur Kalkulation über Kosten. Dennoch liefert er Hinweise darauf, dass gerade die in einer Anästhesiologie erstellten Teilleistungen derartig speziell sind, dass sie zum Beispiel mit denen eines Labors kaum verglichen und somit nicht über einen einheitlichen Modus verrechnet werden können.

Die vorhandene Literatur zur empirischen Bedeutung bzw. Wirkung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus bietet zwar kein umfassendes, dafür aber ein verhältnismäßig eindeutiges Bild. So deuten die bislang publizierten Studien in der Mehrzahl darauf hin, dass die Verwendung eines derartigen Konzepts von Vorteil ist. Einer jüngst in Deutschland veröffentlichten Fallstudie von KUNTZ/VERA (2005a) zufolge kann der Einsatz von Verrechnungspreisen im Servicebereich des Universitätsklinikums Hamburg das Handeln der Operateure in Richtung einer höheren Leistungseffizienz beeinflussen.<sup>30</sup> ERNST ET AL. (2004) weisen in ihrer empiri-

---

<sup>27</sup> Als Beispiele seien OSTERTAG (2002), S. 150ff, HURLEBAUS (2004), S. 259ff und VERA/FOIT (2005) genannt. Auch empirische Arbeiten, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, sind keineswegs selten, vgl. stellvertretend für amerikanische Studien HUIZING ET AL. (1997), HO ET AL. (1999), LUCK/PEABODY (2000), WU (2002), MCNULTY/FERLIE (2004) und für Deutschland erst jüngst v. a. VERA/KUNTZ (2007), S. 181ff.

<sup>28</sup> Vgl. STAUDACHER ET AL. (2002), S. 34f, MARTIN ET AL. (2003), S. 305ff, HANSEN/BRAUN (2003), S. 156ff.

<sup>29</sup> Probleme der derzeitigen ILV in den G-DRGs und Ansätze zu ihrer Verbesserung aus der Sicht der Anästhesiologie diskutieren LANDAUER/SCHLEPPERS (2002), RAETZELL ET AL. (2004) und SCHUSTER ET AL. (2005).

<sup>30</sup> Vgl. ähnlich KUNTZ/VERA (2005b).

schen Analyse ein reichhaltiges Steuerungspotenzial von Verrechnungspreisen für die funktionsbeteiligte Leitung der Anästhesie im Krankenhaus der Universität Frankfurt am Main nach. Am Praxisfall der Barmherzigen Brüder in Trier belegt zudem BUSCH (2006a), dass ein steuerungswirksamer Transfer von Kosten der Radiologie bei der Anpassung von Leistungen für die Sonografie und Nuklearmedizin über „geeignete“ Verrechnungspreise erfolgen muss.<sup>31</sup>

Noch weniger ergiebig ist der Forschungsstand zu Verrechnungspreisen in Krankenhäusern der USA.<sup>32</sup> Nichtsdestoweniger zeigen auch hier auffindbare Arbeiten fast ausnahmslos, dass von der Etablierung von Profit-Center-Strukturen bzw. internen Vergütungssystemen für Serviceleistungen im Krankenhaus Effizienzsteigerungen erwartet werden können.<sup>33</sup> An dieser Stelle sei allerdings daran erinnert, dass sich die institutionellen Rahmenbedingungen des US-amerikanischen Gesundheits- und Krankenhaussystems in erheblichem Maße von den hiesigen unterscheiden. Für die USA erzielte Forschungsergebnisse eignen sich daher oft nur bedingt zur Klärung nationaler Problemstellungen. Angesichts der offensichtlichen Informations- und Steuerungsdefizite im deutschen Krankenhaus lässt sich die ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Erschließungsstand zu Verrechnungspreisen in der Fachliteratur und der Realität wohl nur dadurch erklären, dass die Theorie von der Praxis sozusagen überflügelt wurde.<sup>34</sup>

Es bleibt festzuhalten, dass der Forschungsschwerpunkt von Verrechnungspreisen auf Industriebetriebe beschränkt ist. Für eine Auslegung bestehender und in der Praxis unterschiedlich häufig angewandter Verrechnungsmodi<sup>35</sup> auf die Situation im Krankenhaus gibt es, wenn auch nur partielle, Lösungsideen. Dabei lassen sich aber vornehmlich nationale Beiträge und hier meistens Abhandlungen zu Einzelfragen finden.<sup>36</sup> Die Konzentration auf gezielt ausgesuchte Einsatzbereiche, wie etwa die Anästhesie, liefert Anhaltspunkte zur Lösung von dort auftretenden Spezialproblemen. Mit einer zunehmenden Profit-Center-Bildung erfolgt aber nicht nur die Konzentration auf kritische Ressourcenpotenziale. Sie bringt auch eine stärkere interdisziplinäre Ausrichtung der Patientenbehandlung und eine entsprechende Kostenumschichtung zwischen den Krankenhauseinheiten mit sich. Insofern bedarf es einer umfassenden Ar-

---

<sup>31</sup> Vgl. ähnlich BUSCH (2006b).

<sup>32</sup> Wenngleich ELDENBURG/KRISHNAN (2006) Verrechnungspreise zum zentralen Forschungsfeld der USA im Krankenhaus erklären, nehmen SODERSTROM/ELDENBURG/ERNST (2006) an, dass es das einzige Gebiet in der Kostenrechnung ist, „[...] which is somewhat more developed in Germany“, vgl. EBD. (2006), S. 632.

<sup>33</sup> Vgl. mit zum Teil bereits anekdotischer Evidenz z. B. DROSTE (1995), YOUNG (1998) und JACKSON (2002).

<sup>34</sup> Einzelne Häuser, etwa die Universitätsklinik Mannheim, beschäftigen sich nach Aussage dortiger Controller seit den 70er-Jahren mit Verrechnungspreisen, vgl. PFÖHLER/DÄNZER (2005), S. 127. Auch in den USA sind nach KARBERG (2006) Transferleistungen und -zahlungen schon lange „üblich“, vgl. EBD. (2006), S. 106.

<sup>35</sup> Vgl. z. B. SCHILLER (1999), S. 656, KÜPPER (2005), S. 400 sowie die dort in FN 139 aufgelistete Literatur.

<sup>36</sup> Ähnlich verhält es sich auch bei anderen Instrumenten aus der Betriebswirtschaftslehre, die für Krankenhäuser fortentwickelt werden. Zur Relevanz moderner Planungstools vgl. FLEBA/EHMKE/HERRMANN (2006).

beit, in der die Diskussion an der konzeptionellen Ausrichtung einzelner Bereiche ansetzt, diese jedoch auf eine bereichsübergreifende Analyse von Abläufen und Prozessen ausweitet.

### 1.3 Zielstellung, Annahmen und Vorgehen bei der Gestaltung von Verrechnungspreisen

Mit der vorliegenden Untersuchung wird eine zweifache Zielsetzung verfolgt. Auf der einen Seite steht ein akademisches Ziel: Die wissenschaftliche Literatur soll um ein Controlling-Instrument ergänzt werden, das über den Einzelfall hinaus angewendet werden kann. Zum Zweiten setzt sich diese Arbeit eine praktische Zielstellung. Ihr Hauptanliegen dabei ist es, auf der Basis der momentanen Gesetzes- und Verordnungslage Empfehlungen zu entwickeln, wie krankenhausinterne Verrechnungspreise für in erster Linie unterstützende Leistungseinheiten ohne eigenes Fallerlösaufkommen gestaltet und eingesetzt werden können. Dazu gehört, dass die Untersuchungsergebnisse den Führungskräften aus dem Controlling des Krankenhauses eine betriebswirtschaftlich fundierte Ausgangsposition im Hinblick auf die Jahr für Jahr anstehende DRG-Kalkulation bieten. Daneben soll der erarbeitete Handlungskatalog den Aufbau von Profit-Centern unterstützen, um die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen medizinischer Sachverhalte bei der krankenhausbetrieblichen Leistungserbringung für ein dezentrales Controlling zeitnah transparent zu machen. Diese Effekte lassen sich erreichen, wenn Verrechnungspreise ausdrücklich für den Auf- oder den Umbau einer krankenhausindividuellen Organisation in Profit-Center unter der Maßgabe der neuen Vergütungsbedingungen von stationären medizinischen und pflegerischen Leistungen konzipiert sind.<sup>37</sup> Im Rahmen einer allgemeinen wissenschaftlichen Darstellung erscheint eine Spezifizierung auf einzelne Unternehmen allerdings nur wenig sinnvoll. Sie muss durch den Anwender selbst geleistet werden.

Um den grundlegenden branchenimmanenten Besonderheiten Rechnung zu tragen, trifft die vorliegende Arbeit zwei Annahmen. Sie unterstellt zum einen, dass in jedem Krankenhaus ein System der Internen Budgetierung angewandt wird. Zum zweiten geht sie von Profit-Center-Strukturen als einen allgemein erforderlichen Ordnungs- und Orientierungsrahmen für Verrechnungspreise im Krankenhaus aus. Der Hauptzweck der Internen Budgetierung im Rahmen dieser Untersuchung besteht darin, eine Bemessungsgrundlage für die leitenden Ärzte und Pfleger im Kern- und Servicebereich des Krankenhauses bereitzustellen. In den einleitenden Kapiteln 2 und 3 liegen die entsprechenden Einzelbudgets fest. Wegen der gesetzlich ge-

---

<sup>37</sup> Wegen der Vielzahl verschiedener für das Krankenhaus vorgeschlagener Instrumente bei DRGs sind die Hindernisse bei der Konzeptauswahl bzw. -modifikation nicht zu unterschätzen. So beklagt z. B. Ewert im Vorwort der Dissertation von ERNST (2000) die fehlende Unterstützung der Betriebswirtschaftslehre bei der Bestimmung eines geeigneten Instrumentariums zur Kostensenkung im Krankenhaus, vgl. EBD. (2000), S. V.

regelten Kappung der DRG-Fallzahl erscheint dies durchaus realistisch. In den Kapiteln 4 und 5 dagegen wird die Rolle der Profit-Center im Kernbereich bei der Leistungsmengenplanung explizit problematisiert. Die an der organisatorischen Gliederung ausgerichtete Dezentralisierung von Planungsverantwortlichkeiten ist für Verrechnungspreiskonzepte charakteristisch. Allerdings ist sie weder das einzige noch notwendigerweise das geeignetste Mittel zur Lösung von Informations- und Steuerungsproblemen im Krankenhaus. Trotzdem wird hier auf eine Diskussion alternativer Organisationstypen verzichtet, da die Forschungsarbeit anwenderbezogene Entscheidungsprobleme bei der Dezentralisierung ja bewusst außer Acht lassen will.<sup>38</sup>

Die Arbeit ist in sechs Kapitel gegliedert. Im Anschluss an den Problemaufriss, einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand und die Zielsetzung der Untersuchung wird im nun folgenden Kapitel 2 das potenzielle Anwendungsgebiet von Verrechnungspreisen auf das Beziehungsgefüge zwischen Kernbereich und medizinischen Service-Centern eingegrenzt. Dazu wird in knapper Form zunächst auf die jüngsten Gesetzesreformen, in erster Linie auf die augenblicklich eingesetzte Entgeltsystemvariante der DRGs eingegangen. Danach werden die Wirkungen der DRGs auf die Krankenhausziele analysiert, und hier zeigt sich, wie wichtig es ist, die dem Unternehmen aufgebürdete Ergebnisverantwortung vom Management bzw. Träger auf dezentrale Einheiten zu übertragen. Dies ist bei Strukturen im Sinne eines Profit-Centers gut möglich. Deswegen ist unter den obigen Prämissen zu klären, welche der vorab zu bildenden Kern- und Serviceeinheiten rein kostenorientiert arbeiten und welche nach Kosten und Erlösen beurteilt werden können und sollen. Danach ist klar, welche Leistungsanteile am Gesamtressourcenverbrauch einer DRG über Verrechnungspreise zu berücksichtigen sind.

Ist ihr Einsatzfeld abgesteckt, widmet sich Kapitel 3 der Frage, welche wirtschaftlichkeitsrelevanten Verhaltensweisen der dezentralen Leistungseinheiten über Verrechnungspreise gefördert werden sollen. Die Identifikation und Gewichtung der Anforderungen erfolgt deduktiv aus dem Zielsystem der betrachteten Einrichtungen. Mit einer empirischen Untersuchung wird die Liste der Prüfkriterien inhaltlich präzisiert und ergänzt. Als Basis der Studie dienen qualitative, mittels eines Leitfadens teilstrukturierte Interviews mit Experten im leitenden Controlling. Kapitel 4 arbeitet auf, von welcher Beschaffenheit Verrechnungspreise sein müssen, um

---

<sup>38</sup> Ein Blick in die „klassische“ Organisationstheorie führt zu keiner befriedigenden Lösung des Entscheidungsproblems, vgl. DRUMM (1996), S. 9. Vielmehr sind Verrechnungspreise dem Vorwurf der Scheindezentralisation ausgesetzt, vgl. POENSGEN (1967), S. 381, COENENBERG (1973), S. 381. Auswege aus dem „Dilemma der pretialen Lenkung“ sehen agency- und transaktionskostentheoretische Arbeiten von SCHWEITZER/KÜPPER (2003), S. 499ff und 648ff und WAGENHOFER (1992), bzw. VAYSMAN (1996) und PFAFF/PFEIFFER (2004), S. 305ff. Einen Überblick von Verrechnungspreisen im sozialen Kontext liefern WATSON/BAUMLER (1975).

die systematisch zusammengestellten Anforderungen zu erfüllen. Dazu werden alternative, zur artmäßigen Erfassung der Serviceleistungen anwendbare Kalkulationsbasen und Konzepte zur Bestimmung von konkreten Planzahlen der Leistungszentren gekennzeichnet und gegenüberstellend beurteilt. Im Anschluss wird erörtert, ob Teil- oder Vollkostenansätze anforderungsgerechter sind und inwieweit die Wertkomponente mit Ist- oder Standardkosten ermittelt werden soll und ob es zu empfehlen ist, Verrechnungspreise nicht allein von den stationären Kosten abhängig zu machen. Den Kern der Arbeit bildet Kapitel 5. Hier erfolgt eine kritische Bewertung der Gestaltungsalternativen von Verrechnungspreisen im Hinblick auf ihre Kombinationsmöglichkeiten und -erfordernisse. Das Kapitel 6 bildet die Schlussbetrachtung. Es fasst die Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung zusammen und gibt einen Ausblick.

## 2 DRGs und Profit-Center als Rahmen für Verrechnungspreise im Krankenhaus

In ihrer Ausgestaltung müssen sich Verrechnungspreise an die spezifischen Verhältnisse ihres Anwendungsbereichs anpassen. Als ihre maßgebliche Determinante ist das Entgeltsystem der DRGs zu sehen, das einleitend vorgestellt wird (Abschnitt 2.1). Danach gilt es, den Einfluss der DRGs auf die Krankenhausziele zu klären (Abschnitt 2.2). Das gibt Aufschluss darüber, welche Folgen mit dem neuen Vergütungsprinzip aus organisatorischer Perspektive zu erwarten sind. Sind die aufbauorganisatorischen Grundlagen für eine Zielidentifikation gelegt (Abschnitt 2.3), werden die Abläufe zwischen den organisatorischen Teileinheiten analysiert (Abschnitt 2.4). Dann ist das Einsatzgebiet für Verrechnungspreise inhaltlich präzise abgesteckt.

### 2.1 Entwicklung von DRGs zur Vergütung von Krankenhausleistungen

Zusammen mit dem gesamten europäischen Gesundheitswesen durchläuft der deutsche Krankenhaussektor eine Phase des tief greifenden Wandels. Zu den wesentlichen Umbrüchen zählt die bereits durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 eingeläutete Umstellung der Betriebskostenfinanzierung. An die Stelle der seit 1972 geltenden Selbstkostenerstattung tritt ein fallpauschalisiertes Vergütungsmodell auf DRG-Basis. Da über 70 Millionen deutsche Bundesbürger, fast 90 % der Bevölkerung, sozialversichert sind und rund 17 Millionen davon jährlich als Patienten stationäre Versorgung verlangen<sup>39</sup>, hat grundsätzlich jede Anpassung im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bzw. in der ihm folgenden Bundespflegesatzverordnung (BPflV) Einfluss auf die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses. Nach Expertenschätzungen geht die sich derzeit in zwei Etappen vollziehende Reform in seiner Bedeutung für die deutsche Krankenhausversorgung aber weit über frühere Veränderungen hinaus.<sup>40</sup>

Ihre Reichweite wird deutlich, wenn zunächst das vor dem GSG angewandte Vergütungsprinzip kurz vorgestellt wird. Wie bereits erwähnt, galt seit Inkrafttreten des KHG im Jahre 1972 die Kostenerstattung. Sie räumte allen Krankenhäusern den Anspruch auf Deckung ihrer dokumentierten Selbstkosten ein. 1986 wurden Kostenbudgets eingeführt. Erwies sich der Pflegesatz fortan als nicht kostendeckend, wurde er für die nächstfolgende Abrechnungsperiode angepasst. Erzielte das Krankenhaus hingegen einen Überschuss, etwa durch eine Veränderung seines Leistungsspektrums, wurde dieser vom Vorjahresbudget abgezogen und einbehalten. So wurde zwar pro forma der Grundsatz prospektiver Pflegesatzvereinbarungen befolgt, faktisch aber keine echte Gewinn- und Verlustmöglichkeit eröffnet. Mit dem GSG von 1992

---

<sup>39</sup> Zu diesen und weiteren Zahlen und Fakten zum deutschen Krankenhauswesen vgl. SYWOTTEK (2006), S. 65.

<sup>40</sup> Vgl. stellvertretend DEGENER-HENCKE (2003), S. 65, PITTSCHAS (2003), S. 5, KEUN/PROTT (2006), S. 92ff.

wurde der erste Schritt gemacht, die in ihren Grundzügen über zwei Jahrzehnte lang praktizierte Selbstkostenerstattung endgültig zu verabschieden. Deshalb sah die auf drei Jahre ausgelegte Übergangsphase bis zur Einführung eines neuen, mehr aktivitätsbasierten Pflegesatzsystems anstelle der vormals geltenden flexiblen jetzt erstmals feste Budgets für das Krankenhaus vor. Der Maßstab für ihre Festlegung war das damals gültige Globalziel der Gesundheitspolitik, die Beitragsstabilität. Um das Wachstum der GKV-Kosten an die Entwicklungen der Erlöse anzupassen, wurden die Budgetzuwächse für die Jahre 1993 bis 1995 auf die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Kasseneinnahmen begrenzt. Allerdings wurde diese Deckelung durch viele Ausnahme- und Sonderregelungen aufgeweicht. Dies betraf besonders die Personalkosten, die große Teile der Gesamtkosten des Krankenhauses ausmachen.<sup>41</sup> Sie waren von der GKV über die gegebenen Begrenzungen hinaus auch weiterhin zu erstatten.<sup>42</sup> Noch im Jahr 1995 wurde deswegen entschieden, die ursprünglich als Sofortmaßnahme geplante Budgetdeckelung um ein viertes Jahr unter deutlich verschärften Regelungen zu verlängern.<sup>43</sup>

Parallel zur Fortsetzung der Budgetierung enthielt das GSG für 1996 die Grundstrukturen für einen neuen Vergütungsvertrag.<sup>44</sup> Der bis dahin geltende für alle Patienten gleiche Tagessatz wurde zu Gunsten eines Honorierungssystems geändert, bei dem für geregelte Leistungsmengen nun auch feste Preise bezahlt werden mussten. Ihre Bemessung erfolgte nach Punktzahlen und -werten. Während Punktzahlen für definierte Krankheitsfälle und Leistungskomplexe auf Bundesebene vereinbart wurden, war die Festlegung der monetären (Punkt-)Werte und damit der Höhe des Entgelts mit bindender Wirkung für das Krankenhaus den Vertragsparteien auf Landesebene vorbehalten. Das Erlösbudget umfasste zwei Bestandteile: Fallpauschalen und Sonderentgelte. Über Fallpauschalen erfolgte die Deckung aller vor- und nachstationären Behandlungsleistungen mit einem Pauschalbetrag, unabhängig von der Dauer des Patientenaufenthalts und den durchgeführten Aktivitäten. Sie waren zu berechnen, sobald sich der Fall durch eine ganz bestimmte Diagnose-Therapie-Kombination beschreiben ließ. Teilweise wurde neben Fallpauschalen ein Sonderentgelt bezahlt. Seine Kalkulation enthielt aber nur die im

---

<sup>41</sup> Zur kalkulatorischen Bedeutung der hohen Personalkosten siehe erstmals die Ausführungen in Kap. 4.4.1.

<sup>42</sup> Von der Deckelung ausgeschlossen waren Mehrkosten durch zusätzliche Stellen im Pflegedienst. Als Reaktion auf einen festgestellten Personalnotstand wurde eine Neuregelung zur Stellenplanbestimmung in diesem Bereich aufgenommen. Auch Lohn- und Gehaltssteigerungen für den Ärzte- und Pflegedienst infolge von Tarifierhöhungen wurden in die Budgets der Folgejahre eingerechnet, vgl. KÜHN/SIMON (2001), S. 14.

<sup>43</sup> Neben den Ausnahmen für die personalkostenintensiven und oft tariflich vergüteten Kliniken wurde auch die als Fehlbelegungsabgabe bezeichnete 1 %-ige Budgetkürzung aufgehoben, vgl. KÜHN/SIMON (2001), S. 20f.

<sup>44</sup> Vgl. hierzu und zum Folgenden den Überblick bei KÜHN/SIMON (2001), S. 13ff. Für eine ausführlichere Darstellung der kaum überschaubaren Vielzahl an zum Teil hochkomplexen Neuregelungen im GSG vgl. TUSCHEN/QUAAS (1998), Kap. 5, TUSCHEN/QUAAS (2001), Kap. 5, STRAUB (2002), S. 41ff und vor allem KEUN/PROTT (2006), S. 74ff. Eine politikwissenschaftliche GSG-Analyse findet sich bei SIMON (2000).

Operationssaal anfallenden Sach- und Personalkosten und die Kosten für die diagnostischen Maßnahmen. Dazu gehörten auch die benötigten Implantate, Transplantate und Medikamente.

Falls zusätzlich zu dieser operativen Leistung noch Kosten anfielen, wurden sie über ein gestaffeltes, zweiteiliges System von Tagessätzen abgerechnet. Auch wenn die Pauschalentgelte in einigen Fächern relativ schnell eine sehr hohe Bedeutung erlangten, wurden durchschnittlich kaum mehr als 25 % aller Krankenhausfälle über sie erfasst.<sup>45</sup> Daher spielten die auf der Basis krankenhausspezifischer Selbstkosten kalkulierten Abteilungs- und Basispflegesätze als Verhandlungsgrundlage nach wie vor eine erhebliche Rolle.<sup>46</sup> Sie stellten aber nur noch Abschlagszahlungen auf das „übrig gebliebene“ Kostenbudget dar. Seine Höhe wurde über das Erlösabzugsverfahren bestimmt, faktisch aus der Differenz zwischen den totalen pflegesatzfähigen Kosten und den Erlösen aus den Pauschalentgelten.<sup>47</sup> Eine Kostenausgliederung bei der Kalkulation ihrer Pflegesätze gelang nur wenigen Häusern, so dass Effizienzgewinne bei der Erbringung von durch Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütete Leistungen durch den Mechanismus des Erlösabzugs lediglich zu einem niedrigeren Pflegesatz führten. 1997 wurde die strikte Deckelung durch die grundlohnorientierte Budgetbegrenzung ersetzt, weswegen das „Mischsystem“ aus Entgeltkombinationen erstmalig zum Einsatz gelangte. Zwischenzeitlich gesetzte Ausgleichsregelungen sorgten aber dafür, dass nahezu keine Mehrerlöse durch die Ausweitung der Leistungszahlen über das mit den Kassen vereinbarte Niveau erzielt werden konnten.<sup>48</sup> Gemäß dem 1998 verabschiedeten „Vorschaltgesetz“ erfolgte die Betriebskostenfinanzierung im Folgejahr abermals bei Leistungsbegrenzungen in Gestalt von Budgets.

Das „Gesetz zur Reform der GKV“, kurz GKV-G, schreibt dem stationären Sektor seit Anfang 2000 ein sektorales Budget permanent fest. Des Weiteren hatte man sich im GKV-G darauf verständigt, das mehrgliedrige, nur teilweise pauschalisierte Entgelt- zu einem reinen Festpreissystem umzubauen. Infolge der daraufhin novellierten BPflV ist seit Anfang 2004 die alleinige Abrechnung über Fallpauschalen für alle bundesdeutschen Akutkrankenhäuser verbindlich. Kern der Systemerweiterung ist die hinter den definierten Vergütungssätzen liegende Fallklassifikationssystematik der Australian Refined-DRGs (AR-DRGs).<sup>49</sup> Internationa-

---

<sup>45</sup> Während es z. B. für internistische Patienten gar keine Pauschalentgelte gab, wurden in der Herz- und Gefäßchirurgie oder der Augenheilkunde zwei Drittel der Fälle über sie abgerechnet, vgl. STRAUB (2002), S. 50.

<sup>46</sup> Der abteilungsspezifische Pflegesatz enthielt auch anteilige OP-Kosten, die mit dem Sonderentgelt abgegolten waren. Er wurde für einen Fallpauschalpatienten auf 80 % gekürzt, vgl. KÜHN/SIMON (2001), S. 29f.

<sup>47</sup> Zu den Methoden der Budgetermittlung und ihrer Anwendungsrelevanz vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 88-92.

<sup>48</sup> Der Entzug von Mehrerlösen im Bereich der Tagessätze erfolgte durch komplizierte Ausgleichsregelungen. Ähnliches galt auch für pauschalisierte Entgelte, vgl. im Detail JANISCHOWSKI (1997), S. 308-316.

<sup>49</sup> Zu den Zielen mit DRGs vgl. FETTER ET AL. (1980) als eine der zahlreichen Arbeiten ihrer Entwickler.

len Gepflogenheiten folgend werden die in Australien konzipierten, seither in verschiedensten Versionen erprobten und in unterschiedlicher Weise gebräuchlichen AR-DRGs als German-DRGs (G-DRGs) bezeichnet.<sup>50</sup> Die deutschen Pläne unterscheiden sich von ihrer australischen Vorlage und allen anderen international eingesetzten Fallpauschalen aber in einem wesentlichen Punkt: Nur hier ist vorgesehen, dass die DRGs zur Vergütung aller Krankenhausleistungen herangezogen werden. Ein Restbudget, das im Altsystem als Puffer diente, gibt es nicht.

Als Abrechnungsgrundlage dienen die adaptierten AR-DRGs wie alle DRGs dazu, die Behandlungsfälle zu Leistungskomplexen zusammenzufassen, die hinsichtlich ihres kostenmäßigen Aufwands vergleichbar sind. Die größtmögliche medizinische Einheitlichkeit wird zwar angestrebt, tritt aber gegenüber der Bildung kostenähnlicher Gruppen meist in den Hintergrund.<sup>51</sup> Die Zuweisung in verwandte Indikationsgruppen erfolgt nach einem komplexen Algorithmus.<sup>52</sup> Dieser ordnet jeden akutstationären Fall nicht länger nur nach der im Eingangsdatensatz markierten Hauptdiagnose und der erforderlichen bzw. kodierten Therapieform, sondern auch nach dem Schweregrad der Behandlung in eine G-DRG („Refinement“) ein. Zu den heute über 1.000 effektiv abrechenbaren G-DRGs enthält der nationale Fallpauschalenkatalog Punktzahlen, synonym als Kosten- bzw. Relativgewichte (Cost-Weights, CWs) bezeichnet. Ähnlich wie bei den alten Fallpauschalen und Sonderentgelten bringen die CWs die durchschnittliche Ressourcenintensität der betreffenden DRG im Vergleich zu einem Referenz- bzw. Punktwert mit einer Bewertungsrelation von 1,0 (Base Rate, BR) zum Ausdruck.

Während dem Erlösbudget im Optionsjahr 2003 und auch 2004 ausnahmslos krankenhausespezifische BRs zu Grunde lagen, wurden 2005 erstmalig landesweit geltende BRs vereinbart. Nach jetzigem Stand soll es ab 2009 in allen Bundesländern nur noch landeseinheitliche BRs bzw. Preise je DRG geben. Dies impliziert, dass alle akutstationären Leistungen über DRG-Fallpauschalen abgebildet werden. Tatsächlich wird in vielen Fällen bis heute einer Preisdifferenzierung über krankenhausespezifische Entgelte Vorrang gegeben. Von der G-DRG-Kalkulation ausgenommen sind zum Beispiel die Psychiatrie, die Psychosomatik sowie die psychotherapeutische Medizin. Ergänzend sind für definierte Tatbestände Zu- und Abschläge vorgesehen. Nicht zuletzt gibt es auch unter den DRGs eine Reihe von Öffnungsklauseln, nach denen über die Fallpauschalen und die Zu- bzw. Abschläge hinaus Entgeltarten abgegol-

---

<sup>50</sup> Vgl. ROEDER/NOWY/ACHNER (2000), S. 779-780 und SCHÖLKOPF/FINÉ (2003), S. 119. Einen gegenüberstehenden Vergleich lange überlegter, dennoch nicht genutzter DRG-Systeme nimmt SELL (2000), S. 108f vor.

<sup>51</sup> Vgl. stellvertretend ROCHELL/ROEDER (2000), S. 262 und SCHÖLKOPF/FINÉ (2003), S. 118.

<sup>52</sup> Details zum Prozess der Gruppierung von Behandlungsfällen in DRGs und zu ihrer Notation, vgl. INSTITUT FÜR DAS ENTGELTSYSTEM IM KRANKENHAUS GMBH (INEK) (2007a), INEK (2007b) und INEK (2007c).

ten werden. Die entsprechenden Budgetanteile sind bei der DRG-Berechnung entsprechend herauszurechnen. Dann ergibt sich der Fallerlös aus der Multiplikation des zu einem Effektivgewicht (EW) auf- bzw. abgewerteten CWs mit der BR.<sup>53</sup> Ein einfaches Beispiel verdeutlicht die Budgetermittlung nach Ende der Konvergenzphase. Angenommen, ein Patient erhalte in dieser Zeit einen hochkomplexen Elektiv- bzw. Wahleingriff an der Gallenblase und an den Gallenwegen. Weiterhin sei vorausgesetzt, das CW betrage im Fallpauschalenkatalog 3,748. Bei einer postulierten BR von 2.900 € bekäme das Krankenhaus dann unabhängig von den wirklich getätigten Behandlungsprozeduren fallpauschal für diese Leistung 10.869 € bezahlt.<sup>54</sup>

In welchem gesundheitspolitischen Rahmen sich das Krankenhaus unter DRG-Bedingungen ab 2009 entwickelt, bleibt abzuwarten.<sup>55</sup> Wenn es nach Abschluss der zweijährigen Übergangszeit tatsächlich das beschriebene Festpreissystem geben wird, sind nicht die Pflegesätze, sondern nur Fallzahlen Gegenstand der Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern. Fraglich dabei ist, wie der Grundsatz der Beitragsstabilität mit den Prinzipien der G-DRGs vereinbart werden soll. Wenn alle Leistungen nämlich zu festen Preisen vergütet werden, geht von jeglicher Veränderung der Fallzusammensetzung eine Gefahr für das grundlohnsummenorientierte Globalbudget aus. Der Gesetzgeber könnte dem wie bislang durch eine starre Kostenobergrenze entgegenreten. Als Alternative wird derzeit diskutiert, die Mengenrestriktion zu lockern. Ausgleichsmechanismen bei Über- oder Unterschreitung, z. B. eine degressive Vergütung bei abweichenden Entwicklungen<sup>56</sup>, sind aber noch zu konzipieren.

## 2.2 Einfluss der DRGs auf das Ziel- und Organisationssystem im Krankenhaus

Mit dem Übergang auf G-DRGs und der vorgesehenen Einführung von Festpreisen verbinden sich optimistische Erwartungen. Gleichzeitig aber wachsen die Befürchtungen, dass auch dieses Reformprojekt scheitert bzw. nicht die gewünschten Wirkungen erzielt.<sup>57</sup> Aus den Zielen der DRG-Einführung (Unterabschnitt 2.2.1) und den Erfahrungen mit dem Vorgängersystem des GSG können Konsequenzen für das Krankenhaus der Zukunft gezogen werden (Unterabschnitt 2.2.2). Welche Zielgröße dort Erfolg bestimmend ist, hängt eng vom Organisations-

---

<sup>53</sup> Die Summe aller EWs aller erbrachten DRGs ergibt den ökonomischen Fallmix, den Casemix-Index (CMI).

<sup>54</sup> Weitere einfache Praxisbeispiele der DRG-Budgetberechnung finden sich bei SYWOTTEK (2006), S. 68-69.

<sup>55</sup> Vgl. NEUBAUER (2007).

<sup>56</sup> Zum Vorschlag, Budgets durch eine degressive Struktur, die die Vergütung jenseits der vereinbarten Menge gegen Null sinken lässt, zu ersetzen und den Bedingungen für seine Realisation vgl. NEUBAUER (2004).

<sup>57</sup> Laut EBERLE (1998) wurden alleine in der Zeit von 1977 bis 1992 46 Reformgesetze zur Kostendämpfung erlassen. Werden die gesetzgeberischen Eingriffe nach Einführung des GSG (1999, 2001, 2003 und 2006) mit berücksichtigt, lässt sich die genannte Zahl sogar auf über 50 erweitern, vgl. EBD (1998), S. 57.

und Führungskonzept ab. Mit seiner Festlegung kann die Krankenhauszielfunktion inhaltlich präzisiert und mit der entsprechenden Erfolgsgröße verbunden werden (Unterabschnitt 2.2.3).

### *2.2.1 Handlungsebenen der DRG-Einführung im Krankenhaus*

Die Einführung und Anpassung der australischen DRGs in Deutschland verfolgt zahlreiche Ziele.<sup>58</sup> Ein systematisches Verständnis für die Beweggründe der Festsetzung der neuen Abrechnungsregelungen für Krankenhausleistungen erhält man deshalb nur, wenn DRGs gemäß Abschnitt 2.1 als Entgelt- bzw. Budgetbemessungsgrundlage aufgefasst werden und nicht nur in ihrer ursprünglichen Funktion als Klassifizierungssystem von Behandlungsepisoden. Der betriebswirtschaftliche Stellenwert von DRGs lässt sich dabei für drei Ebenen getrennt ergründen. Diese sind die Makro-, Meso- und Mikroebene. Die strategische Planung ist auf der Makroebene angesiedelt. Dagegen geht es auf der Mesoebene um die operative Planung. Auf der direkt darunter liegenden Mikroebene werden Fragen der Leistungserbringung diskutiert.

Die strategische Planung ist auf die mittel- bis langfristige Sicherung der Erfolgspotenziale in einem Krankenhaus gerichtet. Dabei sollen DRGs das Krankenhaus dazu motivieren, eine angemessene Ressourcenausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht sicherzustellen. Neben den gültigen Vergütungsregelungen üben auch die Krankenhausplanung und die daran gekoppelte Investitionsförderung Einfluss aus.<sup>59</sup> Die Krankenhauspläne, deren Erstellung den Bundesländern obliegt, legen fest, welche Krankenhäuser einer Versorgungsregion mit welchen Infrastrukturen an der stationären Versorgung der Bevölkerung teilnehmen und demnach wirtschaftlich zu sichern sind.<sup>60</sup> Während sich einige Länder auf Rahmenvorgaben wie den Standort des Krankenhauses oder die Art und Anzahl an vorzuhaltenden Betten beschränken, arbeiten andere regionale Konzepte aus, die bisweilen sogar die Gliederung einzelner Abteilungen beinhalten. Zwar sind die Landesbehörden grundsätzlich dazu angehalten, bei der Bedarfsplanung einvernehmliche Regelungen mit dem Träger bzw. dem Management des Krankenhauses anzustreben. Trotzdem ist das Krankenhaus an den Planungsentscheidungen eher nachrangig beteiligt. Seine Mitwirkungsrechte beschränken sich auf die Anhörung sowie die Möglichkeit, gegen Entscheidungen auf dem Rechtsweg vorzugehen. Der bedarfsgemäßen Einrichtung gewähren die Bundesländer staatliche Fördermittel. Dazu erstellen sie Investitionspläne, indem sie die an sie herangetragenen Anträge in eine Reihenfolge bringen und den

---

<sup>58</sup> Vgl. beispielhaft die mit der DRG-Einführung in Deutschland genannten Ziele bei TUSCHEN (2001), S. 335.

<sup>59</sup> Zur doppelten Finanzierungsgrundlage im deutschen Krankenhauswesen vgl. KRIEGEL (2005), S. 116-122 und eher kritisch unter DRG-Bedingungen besonders auch NEUBAUER (2003) und ROBRA ET AL. (2004).

<sup>60</sup> Krankenhäuser, die nicht in den Bedarfsplan der Bundesländer aufgenommen sind, die sog. Ausreißer, dürfen grundsätzlich keine Patienten aufnehmen und keine Kranken versorgen.

Krankenhäusern die vom Finanzministerium gebilligten Mittel für Investitions- und Desinvestitionsentscheidungen zur Verfügung stellen. Ob und inwieweit die einzelnen Bundesländer dabei ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen, hängt von ihrer Finanzpolitik und ihrer individuellen Haushaltslage ab.<sup>61</sup> Auch politische Kalküle und Schwerpunktsetzungen im Investitionsprogramm der Landesbehörden spielen eine nicht zu vernachlässigende Rolle.

Das alles macht deutlich, dass eine alleinige Analyse der DRGs und ihrer Wirkungen auf der Makroebene nicht ausreicht. Vielmehr muss auch den DRG-Effekten auf den operativen Steuerungsebenen im Krankenhaus Beachtung geschenkt werden. Auf der Mesoebene werden die zu erbringenden Leistungen operativ geplant bzw. die verfügbaren Ressourcen für einzelne Unternehmenseinheiten geregelt. Demgegenüber geht es auf der Mikroebene um die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Leistungserstellung. Im Rahmen der operativen Planung sollen DRGs dazu beitragen, die Kosten- und Leistungstransparenz zu steigern. Eine verbesserte Informations- und Planungssituation lässt sich erreichen, wenn das Krankenhaus damit beginnt, seine eigenen Falldaten im Quervergleich zu anderen Betrieben zu DRGs zu gruppieren. Das soll zumindest eine grobe Einschätzung des bestehenden Leistungs- und Qualitätsniveaus ermöglichen. Ferner erwartet man, dass eine Standortbestimmung mit DRGs vorhandene Verbesserungspotenziale quantifiziert und so Impulse für Infrastrukturanpassungen auf der Makroebene liefert. Mit der erforderlichen Eingruppierung der Behandlungsfälle in eine DRG bzw. der Dokumentation und Kodierung der Diagnosen und Prozeduren kann nicht zuletzt die Informations- und Planungsgrundlage besonders der Krankenkassen und der Patienten verbessert werden. Wenngleich eine hinreichende Güte des Abrechnungssystems frühestens 2009 erreicht sein wird, weil DRGs in ihren antizipierten Wirkungen heute noch nicht voll greifen, soll sich das Krankenhaus nicht nur darauf konzentrieren, die medizinische Leistungserfassung zu optimieren. Natürlich kann ohne eine vollständige Kodierung keine Sicherung der Fallerlöse für die erbrachten Behandlungsleistungen erfolgen. Auf kurze bis mittlere Sicht wird das Preisniveau aber bundesweit angeglichen. Im Zuge dessen soll sich das Krankenhaus bemühen, DRGs und die in den Angebotsplänen der Länder festgelegten und wie auch immer intern zugeteilten Ressourcen in ein produktives Verhältnis zu bringen. Von dieser Aufgabe ist die operative Handlungsebene der Leistungsdurchführung bestimmt.

---

<sup>61</sup> Derzeit besteht eine Förderlücke als Differenz zwischen dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser und dem staatlichen Fördervolumen von 10,9 Milliarden €, vgl. NEUBAUER (2003), S. 77-78. Das macht etwa 8,5% der jährlichen GKV-Ausgaben aus, vgl. ROSENBOCK/GERLINGER (2004), S. 142. Stand der Daten ist 2002.

Insgesamt geht es der Bundespolitik mit DRGs darum, die erneut im Reformfokus stehenden Krankenhauskosten der GKV zu stabilisieren, besser noch einzudämmen. Eine Mehrbelastung der Bevölkerung durch Erhöhungen der Beitragssätze soll unbedingt vermieden, die Qualität der Patientenversorgung aber nicht beeinträchtigt, sondern möglichst sogar gesteigert werden. Ein Effizienzgewinn wird nach Ansicht der DRG-Konstrukteure und -Befürworter erzielt, weil Krankenhäusern nur die pauschalisierten Kosten für einen Behandlungsfall und die damit verbundenen Leistungen erstattet werden. Einrichtungen mit überdurchschnittlichen Selbstkosten sind nicht überlebensfähig; sie werden sich unter den neuen Bedingungen frühzeitig aus dem Markt verabschieden müssen, sollten sie ihre Führungs- und Leistungs politik nicht ändern. Gerade sie sind daher aufgefordert, Struktur verändernde Maßnahmen auf der Makroebene einzuleiten, um das Leistungsspektrum verstärkt nach Rentabilitätsgesichtspunkten zu entwickeln. Das verlangt mittel- bis langfristige Entscheidungen darüber, welche der verlust- und gewinnbringenden Leistungen im Rahmen der Krankenhausgesamtplanung (partiell) eingestellt bzw. ausgeweitet und welche über das heute bereits bestehende Spektrum hinaus abgedeckt werden sollen. Im Ergebnis soll dieser Konzentrationsprozess zu einer laufenden Verkürzung der stationären Verweildauer bzw. zu ihrer Annäherung an das Niveau vergleichbar entwickelter Länder und zu einer Reduktion der vorgehaltenen Kapazitäten führen.<sup>62</sup> Ein strategisch aufgestelltes Leistungsportfolio und entsprechende Kapazitäts- und Strukturanpassungen reichen womöglich aus, um das Krankenhaus an strategische Erfordernisse anzupassen. Es muss sich aber vor allem auch im operativen Controlling rüsten, wenn es unter DRGs wenigstens kostendeckend wirtschaften will. Es ist demnach notwendig, dass das Krankenhaus ein genaues Verständnis für die eigene Position in ergreifbaren Handlungsfeldern auf allen drei Ebenen hat. Erst dann lassen sich strategische und operative Maßnahmen ableiten, die für eine effektive (Neu-)Orientierung im DRG-geprägten Umfeld erforderlich erscheinen.

### *2.2.2 Wirkungen der DRG-Reform und Folgen für das Krankenhaus*

Für ein endgültiges Fazit zur DRG-Vergütung in Deutschland ist es zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu früh. Aus den zahlreichen Arbeiten zum Thema lässt sich aber insgesamt ablesen, dass die hierzulande inzwischen geschaffenen Rahmenbedingungen dem Krankenhaus alle Möglichkeiten eröffnen, Effizienzverbesserungen im operativen wie im strategischen Bereich

---

<sup>62</sup> Während der Kranke 1995 noch 11,4 Tage auf einer Station verbrachte, soll die Verweildauer bis 2009 bei sechs Tagen liegen. Die Bettenzahl würde sich damit um 70% reduzieren, vgl. BARTSCH (2006), S. 14. Dennoch halten hiesige Kliniken überdurchschnittlich viele Kapazitäten vor. So gab es 2001 81% mehr Betten und 26% mehr Fälle als bei einer Vergleichsgruppe aus Italien, Frankreich, Großbritannien, Kanada und den USA. Ferner liegen deutsche Patienten 44% länger stationär, vgl. HEHNER/KLOSS/LÖSCH (2005), S. 8-9.

zu erreichen.<sup>63</sup> Und zwar ist dies möglich, ohne dabei Kompromisse in der Qualität der Patientenversorgung eingehen oder inakzeptable Arbeitsbedingungen für das Personal hinnehmen zu müssen.<sup>64</sup> In diesem Zusammenhang verweisen die Autoren auch gerne auf Befunde aus amerikanischen Untersuchungen mit DRGs. Legitimiert wird dieser Schritt damit, dass die USA sich schon 1983 an ihre praktische Umsetzung wagte. Bis zum heutigen Tag werden HCFA-DRGs, benannt nach der Health Care Financing Administration, Träger der staatlichen Krankenversicherung für Rentner und Behinderte, als prospektives Entgeltinstrument für Medicare eingesetzt.<sup>65</sup> Mittlerweile machen sich nicht nur die USA oder das Ursprungsland Australien, sondern der Großteil der europäischen Staaten AR-DRG-verwandte Pauschalen als Vergütungsgrundlage von Krankenhausleistungen zu Nutze.<sup>66</sup> Übereinstimmend lassen sie alle den Schluss zu, dass vom Umstieg auf DRGs, wie er hierzulande 2009 abgeschlossen sein soll, hohe betriebswirtschaftlich sinnvolle Anreize für eine effizientere, da kürzere Krankenhausbehandlung ausgehen. Entgegen im Vorfeld geäußerten Befürchtungen kam die Mehrzahl der Studien daneben zu dem Resultat, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgungsleistung, gemessen an Komplikations- und Mortalitätsraten, durch DRGs keineswegs gravierend verschlechtert habe. Vielmehr konnte das Fallmanagement in einzelnen Häusern sogar spürbar verbessert werden.<sup>67</sup> Bestätigt werden konnte nur die Vermutung der Systemgegner, dass Patienten gerade in den Anfangsjahren der DRG-Vergütung anscheinend nicht vollständig auskuriert und in einem tendenziell instabile(re)n Gesundheitszustand entlassen werden. Hierzu auch KOSECOFF ET AL. (1990): „*Since the introduction [...] of the prospective payment system (PPS), there has been considerable anecdotal evidence that patients are leaving the hospital 'quicker and sicker'.*“<sup>68</sup> Allerdings erscheinen die „blutigen“ Patienten, wie sie polemisch gelegentlich bezeichnet werden, bei ihrer schnellen Entlassung vielfach nur kränker als früher, und dieser Eindruck wird vom System der Pauschalvergütung mit DRGs größtenteils selbst verursacht. Der Grund: DRGs berücksichtigen Komplikationen und Nebenerkrankungen ganz bewusst stärker als vergleichbare Patientenklassifizierungssysteme, was sich in den Entgeltabrechnungen dann auch konsequent niederschlägt. Eine Zunahme der Kodierintensität

---

<sup>63</sup> Vgl. die formaltheoretischen Analysen von MA (1994) und bei BREYER/ZWEIFEL (1999). Eine Arbeit, die die Vorteile der DRG-Entgeltregelungen rein qualitativ unterstreicht, ist die von SCHWARTZ (1997).

<sup>64</sup> Weswegen die Patienten und Mitarbeiter in den Zielbildungsprozess im Krankenhaus involviert werden sollten, klärt Kap 2.2.3. Empirische Evidenz erfahren die dort getätigten Aussagen in Kap. 3.3.2 dieser Arbeit.

<sup>65</sup> In der Tatsache, dass es sich bei den amerikanischen HCFA-DRGs um Teilpauschalen handelt, sehen SODERSTROM/ELDENBURG/ERNST (2006), S. 620, FN 5, den folgenreichen Hauptunterschied zu den G-DRGs.

<sup>66</sup> Gesundheitssysteme gleichen sich weltweit immer mehr an. PRICEWATERHOUSECOOPERS (2000), S. 27 zeigt eine Konvergenz der Krankenhausvergütungssysteme in der Studie „Konturen: Gesundheit 2010“ auf.

<sup>67</sup> Zur Ansicht, HCFA-DRGs würden sich negativ auf die Behandlungsqualität auswirken, und der ihr diametral gegensätzlichen Erkenntnis vgl. NEWHOUSE (1983), S. 269-274 bzw. LAUTERBACH/LÜNGEN (2000), S. 36.

<sup>68</sup> KOSECOFF ET AL. (1990), S. 1980.

und -genauigkeit wird in nahezu jeder internationalen Einführungsphase von DRGs registriert. Diese Begleiteffekte schwächen sich innerhalb von wenigen Jahren allerdings deutlich ab.<sup>69</sup>

Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Ausland überwiegend positive Erfahrungen mit DRGs gemacht wurden. Dennoch bleibt die Frage, ob die hier skizzierten Erkenntnisse zu den Kosten- und Qualitätswirkungen von DRGs vor allem in den USA und Australien überhaupt Rückschlüsse auf das nationale Reformprojekt im Krankenhaussektor zulassen. Dieses Problem hat anscheinend auch die Bundespolitik erkannt und zusätzliche Erfordernisse für wissenschaftliche Begleitforschungen im Gesetz verankert. Deren Ergebnisse liegen noch nicht vor. Wenngleich die empirische Datenbasis derzeit noch nicht reicht, um die Allokationseffizienz der G-DRGs verlässlich abschätzen zu können, müssen alle weiteren Überlegungen zum neuen Vergütungssystem für stationäre Krankenhausleistungen nicht spekulativ bleiben. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass die Steuerungsziele der DRG-Einführung mehr oder weniger mit der Entgeltreform im GSG festgeschrieben wurden. Letztlich unterscheidet sich das Konzept der G-DRGs von seinem unmittelbaren Vorgänger nur dadurch, dass es sich bei den DRGs um ein umfassenderes Festpreissystem handelt. Entsprechend ähnlich, vermutlich aber noch einschneidender dürften seine Wirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus und dessen Landschaft ausfallen. Anders als das GKV-G hat das GSG jedoch erste überaus erfreuliche Spuren hinterlassen, wie nachfolgende Ausführungen zeigen werden.

Diese Feststellung erstaunt, da den damals aufgestellten Reformzielen zumindest auf den ersten Blick kaum mit der erforderlichen Konsequenz nachgegangen wurde. So erwies sich die Deckelung nach GSG angesichts der üppigen Ausnahmen in den Anfangsjahren für die Krankenhäuser weniger als wirtschaftliche Bedrohung denn als eine ökonomisch relativ erfolgreiche Zeit. Die Tatsache, dass 1993 erstmals seit mehr als zwei Jahrzehnten wieder ein deutlicher Anstieg der gesamtwirtschaftlichen Kosten für die stationäre Versorgung zu verzeichnen war, steht aber im krassen Widerspruch zur subjektiven Wahrnehmung der leitenden Kräfte und vieler Beschäftigter im Krankenhaus.<sup>70</sup> Akzeptiert man die bei SIMON (2001) zusammengetragenen Interviewaussagen von 71 Mitarbeitern in verschiedensten Krankenhäusern als stellvertretend für die Einschätzung der gesamten Ärzteschaft sowie des Pflege- und Verwaltungsdiensts in Deutschland, ist seit dieser Zeit der Handlungsdruck immens. Auch an der 1996/7 präsentierten Vergütungslösung wurde Kritik geübt. Der Haupteinwand richtete sich gegen die Möglichkeiten zur Quersubventionierung: Erwirtschaftete Defizite aus der Behand-

---

<sup>69</sup> Zum Nachhol- bzw. Sättigungseffekt bei der Einführung von DRGs vgl. HSIA ET AL. (1988), S. 352-355.

<sup>70</sup> Zu diesem Widerspruch vgl. MAGES (1997) und insbesondere die empirische Studie von SIMON (2001).

lung von Fallpauschalpatienten konnten in den ausschließlich auf Tagessätzen beruhenden Vergütungsblock verlagert und so intern ausgeglichen werden. Dabei bestand für alle Häuser, egal ob deren Fälle auch weiterhin fast nur über Abteilungs- und Basispflegesätze oder bereits zu Teilen pauschal abgerechnet wurden, eine eher geringe Motivation, ihre Fähigkeiten zu verbessern. Verluste mussten nicht selbst getragen, Gewinne mehr oder weniger vollumfänglich zurückerstattet werden. Von dem Vergütungskonzept gingen aber weit produktivere Wirkungen aus, als es zunächst den Anschein hatte. Zwar hielt auch unter ihm der Trend des allgemeinen Ressourcenzuwachses für den stationären Sektor an. Gleichwohl sehen sich seither Krankenhäuser unabhängig von Trägerschaft und Rechtsform veranlasst, sich den veränderten Herausforderungen engagierter als zuvor zu stellen. Ein Beleg für diese Behauptung liefert die mittlerweile kaum mehr überschaubare Zahl an Praxisberichten, die sich mit verschiedenen Vorschlägen besonders zu einer vermehrt strategischen Ausrichtung des Controlling befasst. Oftmals werden dabei der Einsatz von Krankenhausinformationssystemen (KISen)<sup>71</sup>, das Für und Wider von In- und Outsourcing-Entscheidungen<sup>72</sup>, die Entwicklung von Konzepten zur Planung, etwa einer Balanced-Scorecard<sup>73</sup>, und die Übertragung von Ansätzen des Kostenmanagements problematisiert. Im Rahmen des Letztgenannten erfreut sich das Target-Costing<sup>74</sup> und zunehmend auch die Kostenträger- bzw. Prozesskostenrechnung großer Beliebtheit. Aktuell ungelöste Informations- und Anreizprobleme bei der DRG-Kalkulation und bereits erkannte Umsetzungs- und Entwicklungsrückstände belegen aber auch, dass weitere Anstrengungen gerade auch auf operativer Ebene nicht nur möglich, sondern auch erforderlich sind.<sup>75</sup>

Während also die Erfahrungen mit ausländischen DRG-Versionen nur mit großer Vorsicht auf deutsche Verhältnisse übertragen werden sollten, liefert die Auseinandersetzung mit den nationalen Vorgängersystemen der G-DRGs eine eindeutige Erkenntnis. So gab es den Handlungsdruck, sich im qualitativ verantwortbaren Rahmen intensiver mit betriebswirtschaftlichen Fragestellungen zu beschäftigen, schon lange vor Einführung des nationalen DRGs. Zu ergründen bleibt, welche Vergütungsform für diese Feststellung verantwortlich gemacht wer-

---

<sup>71</sup> Einen Überblick über EDV-bedingte Einsatzpotenziale im Krankenhaus gibt VON HÜLSEN (1996), S. 70-78.

<sup>72</sup> Generell stellt das Outsourcing ein geeignetes Mittel dar, dem durch DRGs bewirkten Rationalisierungsdruck strategisch zu begegnen, vgl. Kap. 2.3. Dennoch belegen viele Studien, wie die von VON EIFF/KLEMMANN (2005), dass in über 40% aller Fälle derartige Krankenhausentscheidungen nachträglich als Fehler beurteilt werden. Bei fast 60% der Projekte denken die Verantwortlichen sogar über ein Re- bzw. Insourcing nach.

<sup>73</sup> Zur Verbreitung und Nutzung der Balanced Scorecard im deutschen Krankenhaus vgl. EINWAG/HÄUSLER (2001), HILDEBRAND (2001), KÜPPER ET AL. (2006) und aktuell auch NIESNER/FRIEDL/DEMIREEZEN (2008).

<sup>74</sup> Das Target-Costing beschäftigt sich mit der Ableitung der Selbstkosten für eine Leistung aus dem mit ihr erzielbaren Erlös. Zur Definition des Begriffs und Vor- und Nachteilen vgl. SCHWEITZER/KÜPPER (2003), S. 697-710. Im Krankenhaus liegen die Möglichkeiten des Target-Costing bei den DRGs, wie Kap 2.4 zeigt.

<sup>75</sup> Vgl. BREBLEIN (2003) Die Überformung medizinischer durch betriebswirtschaftliche Aspekte führt nicht immer zur mehr Wirtschaftlichkeit, sondern auch zu immensem Aufwand, vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 221.

den kann. Ist es die 1993 in Kraft getretene Deckelung, wegen der nach subjektivem Empfinden der Leistungsdruck wuchs? Oder sind es die auf Landesebene budgetierten Festpreise, nach deren Installation Anfang 1996 bzw. 1997 auch objektiv damit begonnen wurde, Programme zur betrieblichen Gesamtoptimierung nicht nur zu entwickeln, sondern ganzheitlich um- und einzusetzen? Einiges spricht für die zweite Annahme. Hier sind dauerhaft defizitäre Bereiche von der Schließung bedroht und bauen so einen Handlungsdruck auf, obwohl es in der Regel nicht sofort ersichtlich ist, wie den Problemen erfolgreich begegnet werden kann. Dies bedeutet aber, dass die Anreizeffekte gedeckelter und in der Folgezeit gekürzter Budgets, die nach bestem Wissen des Verfassers einzig SIMON (1996) und MONTGOMERY (1996) dokumentieren, Phänomene einer historischen Umbruchphase waren und keinen anhaltenden Trend repräsentierten. Wenn in weiterer Folge daher von veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen die Rede ist, sind diese und alle mit ihnen verbundenen Handlungskonzepte ausschließlich den GSG-Neuregelungen aus der Zeit ab 1996/7 zuzuordnen. Die Weiterentwicklung zu DRG-basierten Festpreisen setzt konsequenterweise an dieser Einschätzung an.

### *2.2.3 Profit-Center als organisatorische Umsetzung der Krankenhausziele unter DRGs*

Mit der Einführung von Festpreisen und der Kopplung der Erlöse an die erbrachten Leistungen haben ökonomische Interessen im deutschen Krankenhaus ein stärkeres Gewicht bekommen. Zwar ist der Handlungsdruck noch abgemildert, weil sich die Phase der Angleichung krankenhausspezifischer BRs an ein landeseinheitliches Niveau bis 2009 erstreckt. Der Zeitpunkt der Einführung der DRGs steht nun aber wohl endgültig fest. Das bringt den Krankenhäusern eine neue gesetzliche Vorschrift, die sie zu einem Rechnungswesen zwingt, mit dem sich die DRG-Zuweisung ihrer Patienten in Rechnungsdatensätzen nachweisen lässt.<sup>76</sup> Voraussetzung für die Fallkostenkalkulation ist eine ausgefeilte Kostenrechnung. In ihrem augenblicklichen Entwicklungsstadium verkörpert sie aber häufig nur eine Vollkostenrechnung auf Ist-, in reiferer Form auf Plankostenbasis.<sup>77</sup> Wie bereits der obige Hinweis zu Problemen bei der DRG-Kalkulation verdeutlicht hat, befindet sich vor allem der konzeptionelle Ausbau zu einer Kostenträgerrechnung bzw. die Umstellung des Berichtswesens zur Unterstützung der Budgetverhandlungen noch in einem sehr frühen Stadium.<sup>78</sup> Wenn auch nicht sofort erkennbar, erlangt damit die Etablierung einer leistungsfähigen Kostenstellenrechnung entscheiden-

<sup>76</sup> Vgl. BADER/THIESS (2001), DÜSCH/PLATZKÖSTER/STEINBACH (2002), MÖLLER/BORGES/SCHMITZ (2002), BRÖSEL/KÖDITZ/SCHMITT (2004), BROCKMANN (2005), S. 59-66 und S. 71-156 und CONRAD (2005), S. 608.

<sup>77</sup> Umfangreiche Informationen zum Entwicklungsstand und zur Erfolgswirkung der Kostenrechnung im deutschen Krankenhaus finden sich in NIESNER (2008).

<sup>78</sup> Zu dieser Auffassung vgl. stellvertretend REIBMANN ET AL. (2003), S. 126. Es lässt sich aber auch eine große Zahl an Beiträgen aus demselben Jahr finden, die dem Krankenhaus unterstellen, dass es die Verteilung seiner Patienten auf die einzelnen DRGs realistisch abschätzen kann, vgl. HORKA/CORSEPIUS (2003), S. 222.

de Bedeutung. Einmal gilt sie als wichtige Vorstufe zur Kostenträgerrechnung. Daneben ist sie unverzichtbar, wenn nach oben hin begrenzte Fallerlöse auf Teilbudgets aufgespalten und anteilig an die Kostenstellenverantwortlichen weitergereicht werden sollen. Die Implementierung einer Kostenrechnung, welche eine nach DRG-Patienten gegliederte Erfolgsorientierung gestattet, ist erfahrungsgemäß ein mehrjähriger Prozess.<sup>79</sup> Darüber hinaus erfordert sie nicht selten einen beträchtlichen Erfassungs- und Rechenaufwand, den sich nicht alle zukünftigen Fallkostenrechner leisten können oder wollen. Doch eine krankenhausekonomische Budgetsteuerung und -kontrolle ist ohne eine gut organisierte Kostenstellenrechnung nicht möglich.

Welche betriebswirtschaftlichen Auswirkungen sich aus den neuen Anforderungen an die Kostenstellenrechnung für die Krankenhausorganisation ergeben, kann und soll nicht im Einzelnen thematisiert werden. Es ist aber davon auszugehen, dass unter DRGs und ihrer absehbaren Weiterentwicklung die Aufweichung der Pflegesatz- und Abteilungs- bzw. Kostengrenzengrenzen eher noch zunimmt. Dass dem vertrauten Einliniensystem der Aufgaben- und Ressourcenverteilung nach und nach eine abteilungs- bzw. kostenstellenübergreifende Patientensicht einzelner DRGs weichen wird, ist aber keine reine Vermutung. Zum einen wird in Zukunft kein in tagesgleiche Pflegesätze aufgeteiltes Globalbudget aufgelöst und auf einzelne Organisationseinheiten übertragen. Stattdessen gibt es für das gesamte Krankenhaus nur einen fallbezogenen Erlös für bestimmte Patientengruppen, der Jahr für Jahr mit den Krankenkassen als DRG-Finanziers neu ausgehandelt werden muss. Zum zweiten unterstützt der Fallpauschalenkatalog, wie er für die gesetzliche Leistungs- und Kalkulationsaufstellung im Rahmen der Vertragsverhandlungen vorgelegt werden muss, diese Annahme. Schließlich ist er nicht nach Fachdisziplinen und nach Planbetten, sondern überwiegend nach Diagnosegruppen konzipiert.

Varianten der Kostenstellenbildung, die den Erfordernissen der geltenden DRGs gerecht werden wollen, sind Modelle der Modularisierung.<sup>80</sup> Sie setzen auf eine markt- bzw. produktnahe Ausrichtung der Kostenstellenrechnung, was beherrschbare Strukturen in Bezug auf den Aufgabeninhalt und -umfang gewährleisten soll. Zum zweiten schlagen sie vor, die Entscheidungsverantwortung für das laufende Geschäft den betrieblichen Organisationseinheiten, den Modulen, zu überlassen. Bei Übertragung eines modularen Unternehmenskonzepts auf das

---

<sup>79</sup> Vgl. OSWALD (2003), S. 125ff, POLEI (2003), S. 1007 und KEUN/PROTT (2006), S. 221.

<sup>80</sup> Vgl. stellvertretend KLIMPE (2001), besonders aber VERA/FOIT (2005). Dem empirischen Teil der Studie der Autorengruppe entnimmt man, dass modulare Strukturen im Krankenhaus einen positiven Effizienzbeitrag leisten. Als Anregung, die Forschungslücke in diesem Themenbereich zu schließen, verstehen sich auch die Arbeiten von KLEIN (1999), STREHLAU-SCHWOLL (1999a), STREHLAU-SCHWOLL (1999b), THIEX-KREYE (1999) und jüngst DAHLGAARD/JUNG/SHELTER (2000) und vor allem MULTERER/FRIEDL/SERTTAS (2006).

Krankenhaus müssen sich Vertreter aller geforderten Disziplinen daher zuerst zu konstruktiven Teams und in Zentren zusammenfinden, die möglichst so voneinander abgegrenzt werden sollten, dass alle mit einer Patientenbehandlung direkt zusammenhängen Aufgaben der Vorbereitung und Durchführung dort erbracht werden können.<sup>81</sup> Danach geht es vor allen Dingen darum, die für Diagnose und Therapie unterschiedlich verantwortlichen Module mit einem gewissen Maß an Selbständigkeit zu versehen. Dazu müssen für alle Module ökonomische Maßstäbe definiert und festgelegt werden, die deren spezifische Anteile am Unternehmenserfolg ausmachen können und eine Erfolgsermittlung und -beurteilung ihrer Leiter erlauben. Ein konsequenter Entwicklungsschritt auf dem Weg dorthin ist der Ausbau der Module zu Profit-Centern. Mit Profit-Centern wird der kostendeckende Versorgungsauftrag im Krankenhaus aufgegeben und in eine behandlungsfall- oder -prozessorientierte Erfolgsplanung übergeleitet.

Um die gewünschten krankenhausbetrieblichen Ziele bei einer modularen Organisationsform zu erreichen, lassen sich verschiedene Maßstäbe anlegen. Welcher Wertmaßstab Erfolg bestimmend sein soll, ist vor allem eine normative Frage. Sie ist für jede Um- und Neugestaltung der Kostenstellen in Unternehmen von elementarer Bedeutung und vorab zu klären. Zur Fokussierung der hier behandelten Problemstellung wird deshalb unterstellt, dass *alle* Krankenhäuser an der Bildung eines Profit-Center-Modells arbeiten bzw. ihre aufgabenteiligen Einheiten als gewinnverantwortliche Zentren organisieren. Konsequenz zu Ende gedacht, richten sie ihr Führungs- und Leistungsprogramm damit am Ziel der Gewinnmaximierung, gemessen an den krankenhausexternen DRG-Erlösen abzüglich der selbständig kalkulierten Fallkosten, aus. Mögliche Gefahren der Priorisierung der Gewinn- als Erfolgsgröße sind hinlänglich bekannt.<sup>82</sup> Dennoch soll die Problematik an dieser Stelle nicht vertieft behandelt werden. Weit wichtiger ist, dass mit der Entscheidung, einem Profit-Center-Konzept zu vertrauen und der Gewinnerwirtschaftung eine herausgehobene Stellung zuzuerkennen, nicht gleichzeitig behauptet wird, dass ein alternatives Zielsystem „falsch“ und nicht empfehlenswert sei. Vielmehr erforderte auch die Konzentration auf den Entwurf und die Realisierung einer Differenzierungsstrategie, die das Augenmerk auf Leistungen legt, für deren Erbringung das Krankenhaus besonders befähigt ist, dass alle Maßnahmen ergriffen werden, um einer qualitativ und quantitativ optimalen Behandlung der Patienten nachzukommen. Bemühungen, ihre Zu-

---

<sup>81</sup> Allerdings verfolgt das Krankenhaus oft auch Forschungs-, Aus- und Weiterbildungsziele und hat die Sicherung der Drittmittelforschung im Blick, vgl. BEHRENDTS/KUNTZ (2002). Den sich dabei ergebenden Konflikt mit den Zielen der medizinischen und pflegerischen Versorgung verdeutlicht BLEYL (2004). Von z. B. BUNZEMEIER/Franzius/Roeder (2003) oder Bauer/Schmitt/Schnetz (2007) entworfene Modellvorschläge sollen einen Beitrag zur Zielkonvergenz leisten.

<sup>82</sup> Inzwischen spielen längst nicht mehr allein medizinische Aspekte eine Rolle in Diagnose und Therapie, worauf besonders anschaulich in den Studien von Simon (2001) und Kühn/Simon (2001) hingewiesen wird.

friedenheit über (kostenwirksame) Zusatzleistungen, etwa exklusive Hotellereleistungen oder spezielle Dienstleistungsangebote für Angehörige, zu heben und auf diese Weise Erlöse zu sichern, bleiben damit außen vor. Unbedacht bleibt auch, ob sich im Zuge der Reorganisation althergebrachter Strukturen und Prozesse die Mobilität der Patienten derartig erhöht, dass sich Abwanderungstendenzen ergeben und deshalb die persönliche Erfolgssituation verschlechtert.

Bei der Festlegung der Qualitätsziele im Krankenhaus ist darauf zu achten, dass nicht allein die Patienten im Zentrum der Überlegungen stehen, sondern besonders auch die Mitarbeiter.<sup>83</sup> Wenn ein Arbeitgeber keine Verluste (mehr), sondern Gewinne macht, spricht das zunächst für die Sicherung von Arbeitsplätzen. Weit größer aber dürfte die Befürchtung der Krankenhausmitarbeiter sein, dass Maßnahmen zur Gewinnerzielung zu ihren Lasten umgesetzt werden, mit der Folge, die berufliche Existenz zu verlieren oder zumindest erhebliche Lohn- und Gehaltseinbußen hinnehmen zu müssen. Das ärztliche und pflegerische Krankenhauspersonal wird daraufhin argumentieren, dass es seiner Verpflichtung gegenüber den Patienten, diese ausschließlich nach medizinischen Erwägungen zu behandeln, nicht mehr nachkommen kann. Neben den Bedürfnissen der Patienten verfolgen demzufolge vor allem die Ärzte und Pfleger Ziele, die mit den ökonomischen Anliegen des Unternehmens konkurrieren. Wenn seine Absichten nicht blockiert oder gänzlich zum Scheitern (vor-)verurteilt sein soll, darf das Krankenhaus nicht länger auf ein Konstrukt von eigeninteressenlosen Akteuren reduziert und als eine selbständig handelnde Einheit verstanden werden. Das autorisierte Gewinnziel kann natürlich weiterhin für das Unternehmen als Ganzes, jedoch kaum als universelle Handlungsmaxime für alle in ihm tätigen Untergruppen unterstellt werden. Die große Herausforderung des Krankenhauses ist deswegen die Sicherung einer Patienten- *und* Mitarbeiterzufriedenheit.

Der Koexistenz der Ziele gerecht zu werden, heißt, einen Ausgleich der Interessen herbeizuführen. Auf der einen Seite steht die Krankenhausleitung, die unmittelbar vom verschärften finanziellen Druck durch DRGs betroffen ist. Ihr gegenüber sind die medizinischen Entscheidungsträger auf Center-Ebene. Ihnen gilt das unternehmerische Gewinnziel als Handlungskriterium, wenn die DRGs in krankenhauserne Anreize übersetzt werden. Zusammen mit Verrechnungspreisen zielen Profit-Center-Strukturen darauf hin. Sie bieten die Chance, die unterschiedlichen Krankenhausinteressen – Gewinnmaximierung auf der einen, Behandlungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit auf der anderen Seite – zu einer gemeinsamen Zielsetzung zusammenzuführen.

---

<sup>83</sup> Vgl. FRITZ (2005), S. 586, KOBER (2005), S. 588ff und HANSEN (2007), v. a. aber NAEGLER (2005), S. 765.

## 2.3 Aufbaustrukturen einer Profit-Center-Organisation im Krankenhaus

In ihrer konsequenten Ausgestaltung läuft die Zurechnung der DRGs auf die Kostenstellen im Krankenhaus auf ein Profit-Center-Modell hinaus. Dessen Verwirklichung ist an aufbau- und ablauforganisatorische Bedingungen geknüpft. Bevor die ablauforganisatorischen Schwierigkeiten der Leistungsabstimmung und Alternativen ihrer Erfassung diskutiert werden, sind die Aufbaustrukturen einer krankenhausspezifischen Profit-Center-Organisation zu erörtern. Zu dieser gehören die Bildung von Teilaufgaben und deren Übertragung auf Leistungseinheiten (Unterabschnitt 2.3.1). Im Anschluss ist dafür zu sorgen, dass die inhaltliche Kompetenz mit der Erfolgsverantwortung der arbeitsteiligen Einheiten korrespondiert (Unterabschnitt 2.3.2).

### 2.3.1 Aufgabenbezogene Einteilung in Kern- und Service-Center

Lange Zeit hat es im deutschen Krankenhaus ein vorrangiges Interesse an Fragen der Aufbauorganisation gegeben. Mit Umstellung auf ein Fallpauschalensystem ist die Diskussion um patientenorientierte Organisationsformen entbrannt.<sup>84</sup> Seither richtet sich der Blick von vielen Krankenhäusern nicht länger auf das Aufgaben- und Kompetenzgefüge und den Interaktionslevel zwischen den Organisationseinheiten („Strukturdominanz“). Stattdessen stehen die Tätigkeitsgestaltung und die Abgrenzung der Spielräume bei deren Durchführung im Zentrum der Betrachtungen („Struktur folgt Prozess“). Interessanterweise belebt die Modularisierung, also die Schaffung nicht zu kleiner und relativ eigenverantwortlich agierender Kompetenzzentren, die Auseinandersetzung um die „richtigen“ aufbauorganisatorischen Strukturen wieder. In diesem Kontext stellt sich die trivial anmutende Frage, welche Abteilungen und Kostenstellen mit welchen Entscheidungsbefugnissen und -kompetenzen ausgestattet werden sollen.

Dazu ist zu klären, wer welchen Teil an der im Krankenhaus zu erledigenden Gesamtaufgabe, nämlich der Feststellung und Heilung von Krankheiten, übernimmt. Die Delegation von Arbeitsinhalten kann auf unterschiedliche Arten erfolgen. Dezentrale Führungs- und Entscheidungsstrukturen erscheinen aber vorteilhaft.<sup>85</sup> Aufbauorganisatorisch bietet das Krankenhaus für gewöhnlich gute Voraussetzungen zur Dezentralisierung. Häufig weisen seine Strukturen aber auch funktionale Züge auf. Das Prinzip der Funktionsorientierung steht einer Dezentralisierung der Organisationsstrukturen im Krankenhaus erschwerend entgegen. Dafür lassen sich mehrere Gründe finden. Zum einen schafft die hierzulande größtenteils anzutreffende aufga-

---

<sup>84</sup> Vgl. BAUER/MARTIN (1999), S. 687, FRESE ET AL. (2004), S. 737ff und VERA/FOIT (2005), S. 357ff.

<sup>85</sup> Zu dieser Auffassung vgl. stellvertretend BAUKMANN (2001), S. 180f und VERA/KUNTZ (2007), S. 179.

benteilige Gliederung in Fachabteilungen und Betten bei zunehmender Spezialisierung der Diagnostik und Therapie erhebliche Schnittstellenprobleme. Insbesondere bei multimorbiden Patienten, die eine multidisziplinäre Behandlung durchlaufen, d. h. betriebsintern verlegt und zum Beispiel sowohl von chirurgischen als auch internistischen Fachgebieten behandelt werden müssen, kann die funktionale Gliederung ein großes Hindernis darstellen. Eine ungenügende interprofessionelle Abstimmung hat zudem ein mangelndes Zeitmanagement und eine unzureichende Ressourcenauslastung zur Konsequenz. Synergie- und Lerneffekte können die Aufgabeneinheiten aber vor allem dann nutzen, wenn sie über hohe Fachkenntnisse verfügen. Spezialistenwissen gewinnen und erhalten sie dauerhaft eher bei funktionaler Spezialisierung. Auch Wirtschaftlichkeitsaspekte sprechen dafür, das funktional geprägte Unternehmensmodell beizubehalten. Um diese Vorzüge nutzen zu können, den Erfordernissen der DRGs aber gleichermaßen Rechnung zu tragen, bietet sich für das Krankenhaus in aller Regel an, nicht nur auf ein Gestaltungsprinzip zu bauen, sondern auf eine Mischkonfiguration. An die Stelle des herkömmlichen Musters einer berufsständischen Hierarchie tritt dann ein solches, das sich am bestehenden organisatorischen Funktionsprinzip ausrichtet, es jedoch an die persönlichen Bedürfnisse der Patienten bei der Inanspruchnahme von DRG-relevanten Leistungen anpasst.

Als Ergebnis steht das aufbauorganisatorische Grundgefüge eines modularen Krankenhauses fest. Bestimmt wird es durch die „klassischen“ Fachabteilungen, die nicht aufgelöst, sondern als eigenständige Module institutionalisiert und geführt werden. Gesamtzuständig für die Erledigung der Kern- bzw. Primäraufgabe der Patientenbehandlung sind daher nicht irgendwelche beliebige Unterteilungen, sondern organ- und indikationsbezogene Center. Denkbar ist beispielsweise, dass die Kardiologie oder die Onkologie als organ- bzw. krankheitsspezifisches Fachmodul behandelt wird. Dann befasst man sich in dem jeweiligen Zentrum mit allen Bedürftigen, die unter einer Herz-Kreislauf-Schwäche bzw. am akzentuierten malignen Erkrankungskomplex leiden. Den überwiegenden Teil der bei der Versorgung eines Kindes anfallenden Arbeiten übernimmt zum Beispiel das Primärmodul der Kinderheilkunde. Soweit ein Fachgebiet über konservative, d. h. das betroffene Organ bewahrende Behandlungsformen hinausgeht, wird es zur Gruppe der operativen Kernmodule gerechnet. Hier ist etwa die Chirurgie anzusiedeln. Die ausgesuchten Kriterien zur Gestaltung der Kern- bzw. Primärmodule sind weder erschöpfend noch in jeder Beziehung überschneidungsfrei.<sup>86</sup> So kommen insbesondere in der Onkologie sowohl die konservative (Chemo- und Radiotherapie) als auch die chirurgische Therapie zum Einsatz. Daneben wird der hinsichtlich des Alters seiner Patienten

---

<sup>86</sup> Zu den einzelnen Gestaltungsparametern bei der Zentrenbildung im Krankenhaus und einer differenzierten Effizienzanalyse vgl. in aller Ausführlichkeit PONGS ET AL. (2007), v. a. aber HURLEBAUS (2004), S. 264ff.

spezialisierte Kinderarzt nicht alle Kinderkrankheiten behandeln (können). Ferner kann aus der Fach- eine eigene Gefäßchirurgie hervorgehen, die nach Art der Diagnose und Therapieform spezialisierte Kernaufgaben wahrnimmt, sich aber vor allem als Organzentrum versteht.

Dessen ungeachtet, können weitere Angebote das medizinische Leistungsspektrum der Kerngebiete ergänzen. Denkbar wäre zum Beispiel, dass Einzelzentren die stationäre mit der nachgelagerten Pflege in Rehabilitationseinrichtungen verbinden.<sup>87</sup> In diese Richtung zielen auch Vorstöße, intersektorale Kooperations- und Integrationsmodule zu bilden.<sup>88</sup> Mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZen) soll die strenge Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung überwunden werden. Zwar werden interdisziplinäre Einheiten nicht in jedem Fall ökonomisch effizienter betrieben als fachgebundene.<sup>89</sup> Dennoch kann der Ausbau einer fachspezifischen Einheit zu einem interdisziplinären Zentrum sinnvoll sein. Als überlegen erweist ein solches sich zum Beispiel für die Geriatrie, um auf die kontinuierlich wachsende Zahl von Patienten reagieren zu können, die unabhängig vom jeweiligen Krankheitsbild ähnliche Beschwerden, etwa eingeschränkte Mobilität oder Demenz, aufweist. Von zentralisierten Operationstrakten im Krankenhaus profitiert der chronische Patient mit Komorbiditäten, vermutlich aber besonders der multimorbide Patient. Er wird nicht von einer „Satelliten-OP“ zur nächsten mit jeweils wechselnder Personalbesetzung gebracht, sondern bleibt während seines gesamten Aufenthalts in einer ihm bald vertrauten Atmosphäre. Zur Erledigung ihrer alltäglichen Aufgaben, etwa zur Visite, kommen die Fachdisziplinen direkt ans Krankenbett.

Koordinierender ärztlicher Ansprechpartner ist und bleibt ein leitender Mediziner oder eine ausgebildete Pflegekraft aus dem Betten führenden Bereich.<sup>90</sup> Anders als bei den alten Organisationsstrukturen müssen sie gewünschte und dringende Primärleistungen am Patienten aber nicht länger weitgehend in Eigenregie durchführen – mit den inzwischen bekannten Negativfolgen für die Liegedauer des Patienten und einer Duplizierung von Ressourcen („Autonomiemodell“). Charakteristisch für ein modulares Unternehmensmodell ist nämlich, dass die Kerneinheiten vor allem bei komplexen Betriebsprozessen in großem Umfang auf spezialisierte Dienstleistungen zurückgreifen können. Sie sind in eigenständigen Funktionsmodulen neben den Kerneinheiten verankert („Servicemodell“). Mit diesen matrixartigen Modulstruk-

---

<sup>87</sup> Zum Trend der übergreifenden Vernetzung, etwa in Form von Einkaufsgemeinschaften vgl. WÜTSCHER ET AL. (2007). Bei der Umsetzung spielen Überlegungen des Supply Chain Managements eine gewichtige Rolle.

<sup>88</sup> Siehe BRAUN (2005), der das besagte Kooperationsfeld als „Wegbereiter“ der Modularisierung versteht.

<sup>89</sup> Dies ist das Ergebnis einer empirischen Analyse in der Kardiochirurgie in fünf deutschen Universitätskliniken, vgl. CREMER ET AL. (2006).

<sup>90</sup> Es soll und darf nicht unerwähnt bleiben, dass die letzten Jahre auch durch starke Bestrebungen gekennzeichnet sind, die Pflege im Sinne eigener akademischer Fachdisziplinen aufzuwerten.

turen<sup>91</sup> sind damit tief greifende Veränderungen des Aufgaben- und Rollenverständnisses verbunden, und zwar sowohl für die medizinisch-pflegerische Leitung der Kernmodule als auch für die Berufsgruppen, die in Abhängigkeit von der Nähe zum Patienten entweder sekundäre oder tertiäre Serviceleistungen erbringen. Sie müssen im Vertrauen auf die fachliche Kompetenz der Primär- bzw. Kernmodule und ihrer Teamleiter Steuerungs- und Kontrollfunktionen abgeben. Anstatt aber für den gesamten Patientenfall nur mitverantwortlich zu sein, wirken sie entsprechend ihres Ausbildungsgrades und ihrer Fähigkeiten jetzt an einem oder mehreren Segmenten des Behandlungsprozesses direkt oder indirekt eigenverantwortlich mit. Wertschöpfende Unterstützungsprozesse, auf die die Facheinheiten angewiesen sind, sind medizinisch-technische Sekundärleistungen, etwa eines Laboratoriums oder eines Radiologen. Deren Erbringung erfolgt auf Anforderung. In einer direkten Leistungsbeziehung zum Abnehmer stehen die Anbieter von medizinisch-technischen Dienstleistungen aber meist nicht. Dagegen bieten die Mitarbeiter im ärztlichen Sekundärbereich, etwa der Anästhesiologie, ihre Dienste unmittelbar an. Alle nicht dem Primär- oder dem Sekundärbereich zuzurechnenden Einheiten sind mit Aufgaben der nichtklinischen Infrastruktur betraut. Sie haben Unterstützungscharakter für die medizinisch-pflegerische Leistungserbringung, finden selbst jedoch losgelöst von den Primär- und Sekundärprozessen im Verwaltungs-, Vertriebs- oder Wirtschaftssektor statt.

Neben der fachärztlichen und der pflegerischen Patientenaufsicht übernimmt der Leiter der Primäreinheiten im Rahmen des Casemanagements möglicherweise auch das Einweisungs- und Entlassungsmanagement. Es erleichtert die Konzentration der Aufgaben und Kompetenzen auf eine Instanz, die Abläufe so zu gestalten, dass der Weg aller Patienten durchs Krankenhaus und das Behandlungs- und Qualitätsziel schon bei ihrer Ankunft feststeht. Abbildung 1 verdeutlicht schematisch, wie die Module aus Primär-, Sekundär- und Tertiärbereich dann ineinandergreifen (müssen), um den Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung durch die einzelnen Untersuchungs- und Behandlungsschritte zu führen. Dabei kann diese Führung des Patienten vereinheitlicht werden. Nach dem Vorbild von Fertigungsstraßen in der Automobil- und Elektronikindustrie wird dann zumindest die Gruppe von Patienten, die für den Großteil des Ressourceneinsatzes verantwortlich ist, auf klinischen Behandlungspfaden geleitet.<sup>92</sup> Die standardisierten Routen legen zentrumsübergreifend Prozesse für den stationären Ablauf fest

---

<sup>91</sup> Dezentral geführte Fachzentren auf der einen und „klassisch“ funktional orientierte Serviceeinheiten auf der anderen Seite ergänzen und fügen sich zu einer „Matrixorganisation“, vgl. PANTENBURG (2000), S. 123f.

<sup>92</sup> Behandlungspfade werden oft relativ unreflektiert dem Begriff „Leitlinien“ gleichgesetzt. Genau genommen unterscheiden sich die beiden Planungskonzepte allerdings: Leitlinien beschreiben ärztliche Maßnahmen, die bei bestimmten Beschwerden bzw. Indikationen anzuwenden sind, während Behandlungspfade fallspezifische Behandlungsaktivitäten in der Regel hinsichtlich Art und Zeitpunkt einschließen.

und dienen dem Casemanager als Leitfaden. Überdies sind sie ein entscheidender Schritt zur Verbesserung der Versorgungsqualität, wie die aktuelle Empirie überzeugend belegen kann.<sup>93</sup>

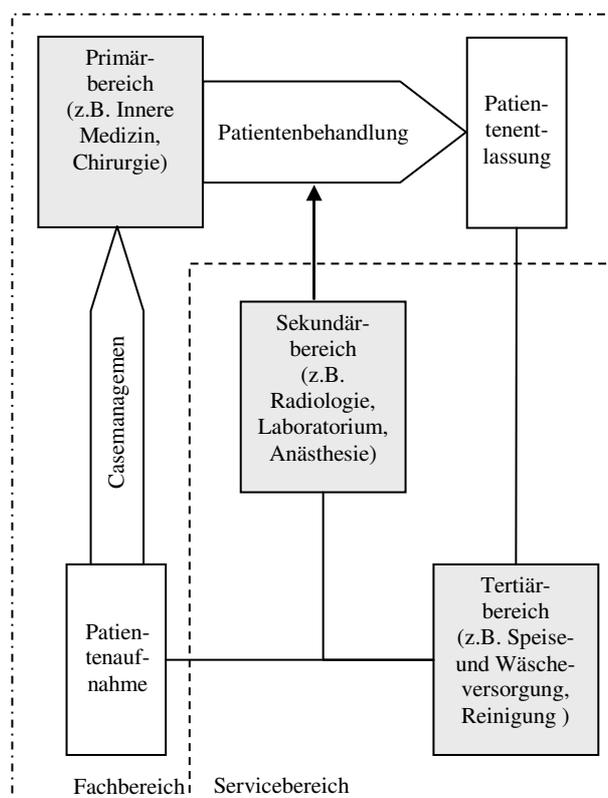


Abbildung 1: Modulare Organisation im Krankenhaus

Seit die vielen Vorteile standardisierter Krankenhausabläufe in modularen Organisationsformen bekannt sind, stellen immer mehr Einrichtungen immer mehr finanzielle Mittel bereit, um ihre Facheinheiten in Kompetenzzentren zu bündeln, die den Behandlungsablauf ihrer Patienten über Clinical Pathways zentral steuern.<sup>94</sup> Damit ist der Übergang des Chefarztes von seiner Rolle als rotierender „Spartenleiter“ zum Manager eines standardisiert arbeitenden, interdisziplinären und interprofessionellen Patient-Care-Teams aktuell bereits voll im Gange.

### 2.3.2 Festsetzung der Messgröße zur Bestimmung des Center-Erfolgs

Als erste Bestimmungsgröße zur Bildung dezentraler, multiprofessionell arbeitender Module galt die Zuteilung der krankenhausbetrieblichen Aufgaben im Rahmen der Leistungserbringung. Sind sie auf der Ebene der Arbeitsorganisation bestimmt, steht die Nominierung von Erfolgsverantwortlichen im Fokus der Überlegungen. Ihre Auswahl muss mehreren Kriterien genügen, hängt aber immer auch mit der Frage nach dem Ziel- und Erfolgsmaßstab zusam-

<sup>93</sup> Vgl. z. B. PEARSON ET AL. (2001), S. 175ff, BRAGATO/JACOBS (2003), S. 164ff und ROTTER ET AL. (2006).

<sup>94</sup> Vgl. DEBUS/LINGENFELDER (2002), S. 368.

men, der zur Messung und Bewertung der Leistungen der Kern- und Servicemodule herangezogen werden kann. Bei einem Cost-Center sind nach Inhalt und Umfang festgelegte Leistungen zu erbringen und dafür ein vorgegebenes Kostenniveau einzuhalten. Auf die Zuordnung interner Erlöse kann verzichtet werden. Die Leitung eines Profit-Centers hingegen wird auf der Basis der Differenz von Kosten und Erlösen beurteilt.<sup>95</sup> Allerdings kann sie nur dann für Ergebnisabweichungen zur Verantwortung gezogen werden, wenn sie mit Befugnissen ausgestattet ist, um maßgeblichen Einfluss darauf nehmen zu können. Diese Vorgabe resultiert aus dem Prinzip der Controllability, welchem für den generellen Aufbau von Controlling-Instrumenten als wesentlich erachtet wird.<sup>96</sup> Dem organisatorischen Grundsatz der Einheit von Verantwortung und Entscheidungskompetenz folgend, besagt es vereinfacht, dass die Einheiten nur nach Faktoren beurteilt werden sollen, die sie selbst steuern und kontrollieren können. Akzeptiert man dieses Prinzip auch für die Etablierung modularer Organisationsstrukturen im Krankenhaus, kann ein Autonomiebereich nur dann in der Delegationsform eines Investment-Centers geführt werden, wenn sich sein Handlungsspielraum zusätzlich zu den Leistungstatbeständen eines Profit-Centers auf alle Kapazitäts- und Investitionsentscheidungen erstreckt.

Unter diesen Bedingungen sind die Einsatzmöglichkeiten der Center-Organisation im Krankenhaus differenziert zu betrachten. Grundsätzlich wäre es denkbar, den Modulen die Steuerung von quantitativen und qualitativen Kapazitätsanpassungen zu übertragen. Mit Blick auf die Krankenhauspraxis lässt sich jedoch feststellen, dass eine Investment-Center-Bildung keinerlei Bedeutung besitzt. Entscheidungen bezüglich der vorzuhaltenden Ressourcenpotenziale und ihrer organisatorischen Einbindung werden krankenhauses- und damit einheitenübergreifend vornehmlich im Rahmen der staatlichen Investitionsplanung getroffen. Die Vorgaben der staatlichen Krankenhauspläne und des Versorgungsauftrags konkretisieren die inhaltliche Ausgestaltung des Leistungsprogramms. Demzufolge gilt es, durch den Einsatz eines Center-Modells im Krankenhausbetrieb die Ausschöpfung und Anpassung von mehr oder weniger gegebenen Infrastrukturen zu gewährleisten. Richtet man den Fokus auf diese Steuerungsebe-

---

<sup>95</sup> Wohl auch im Hinblick auf die Problematik des Begriffs „Profit“ schlägt THIEX-KREYE (1999) statt „Profit-Center“ die Bezeichnung „Erlös- und Kosteneinheit“ vor. HOPPE/SCHMIDT/WEYGOLDT (1999) sprechen aus ähnlichen Beweggründen von „Leistungszentren“. STREHLAU-SCHWOLL (1999b) will auf die Unterteilung Cost- und Profit-Center verzichten, verwendet die Terminologien dennoch permanent.

<sup>96</sup> Zu einer umfassenden Würdigung des Prinzips der Controllability vgl. ANTLE/DEMSKI (1988), S. 700ff. Zwei krankenhausesökonomische Arbeiten, die seine Bedeutung betonen, sind von EICHHORN/SCHMIDT-RETTIG (1995), S. 70 und von SCHIRMER (2006), S. 182ff. Auf die Relevanz des ihm konträren „Informativenss-Prinzips“ weisen zu Recht ERNST ET AL. (2004), S. 1220 hin. Eine empirische Studie von VOGD (2006) offenbart die Folgen seiner Einbeziehung: Ärzte sind den DRGs nicht hilflos ausgeliefert, sondern lernen seine Vorzüge opportunistisch zu nutzen, mit Negativfolgen wie dem „Skimming“ oder „Creaming“, dem mehr oder weniger bewussten Vorenthalten medizinischer Leistungen „teurer“ Patienten bzw. einer überhöhten Qualitätsbereitstellung bei „günstigen“ Patienten, vgl. BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN (2003), S. 376.

ne, stehen sich in Abhängigkeit vom Patientenbezug Primär-, Sekundär- und Tertiäreinheiten gegenüber. Im Hinblick auf die Krankenhausgesamtplanung kann den vorab gebildeten Modultypen sicherlich keine vollumfängliche Eigenständigkeit zugebilligt werden. Doch wovon hängt es letztlich ab, ob die Kern- und Servicemodule als Cost- oder Profit-Center fungieren?

Maßgeblich dafür, einer organisatorischen Einheit den Status eines Profit-Center zu geben, ist zum einen, dass ihre Leistungen wie auch die dafür erforderlichen Kosten angegeben werden können. Zum zweiten muss gewährleistet sein, dass ein Erlös- und letztlich auch ein Gewinnbeitrag erbracht wird.<sup>97</sup> Dabei hat die betrachtete Krankenseinheit zwei Voraussetzungen zu erfüllen: Erstens muss sie ein hohes Maß an Entscheidungsautonomie besitzen, und zweitens sollte sie über einen direkten Patientenzugang verfügen.<sup>98</sup> Vor diesem Hintergrund dürften sich die Kernmodule als Profit-Center ausgestalten lassen. Bei ihnen ist die Verantwortung für die Wahl und Gestaltung der Diagnose- und Therapiemethoden in fachlicher, zu weiten Teilen auch in organisatorischer Hinsicht platziert. Trotzdem lässt sich die erstgenannte Bedingung, dass die Kerneinheiten einen hohen Grad an operationeller Autonomie besitzen müssen, nur eingeschränkt erfüllen. Der Grund dafür ist, dass sie auf die Effizienz der Leistungserbringung im Sekundär- und Tertiärbereich kaum Einfluss nehmen können. Die regelmäßig angeforderte Planmenge an Dienstleistungen aus diesen beiden Bereichen ist aber von den Oberärzten und dem leitenden Pflegepersonal aus dem Primärbereich zu verantworten. Damit bestehen de facto Handlungsspielräume, die es rechtfertigen, Kostenverantwortung auf die Kernmodule zu delegieren. Wegen ihres aufbauorganisatorisch wie abrechnungstechnisch unmittelbaren Zugangs zum Patienten(-markt) haben ihre Entscheidungsträger darüber hinaus Einwirkungsmöglichkeiten auf der Erlösseite. Einen Beleg dafür liefert das empirische Anpassungsverhalten der deutschen Krankenhäuser im Zusammenhang mit den Vergütungsregelungen des GSG für 1996/7. Wie in Unterabschnitt 2.2.2 diskutiert, reagierten sie auf die signifikante Erhöhung ökonomischer Anreize durch feste Preise und Budgets unter anderem mit einer zunehmenden Spezialisierung auf betriebswirtschaftlich lohnende Leistungskategorien.<sup>99</sup> Denn schließlich verfügen die (aufnehmenden) Kernmodule über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen, die Bedeutung der Behandlung von (möglichen) Patienten für den öko-

---

<sup>97</sup> Es kommt nach OSTERTAG (2002) deswegen nicht darauf an, dass tatsächlich Gewinne bzw. Verluste erzielt werden, sondern ein Beitrag geleistet wird, diese zu erreichen bzw. zu vermeiden, vgl. EBD. (2002), S. 99.

<sup>98</sup> Zum Erfordernis des *gleichzeitigen* Vorliegens *beider* Bedingungen, einem hohen Maß an Entscheidungsautonomie und einem direkten Bezug zum Patientenfall vgl. im übertragenen Sinne FRESE (2000), S. 213ff.

<sup>99</sup> In der deutschsprachigen Literatur wird die Tendenz zur Spezialisierung auf betriebswirtschaftlich rentable Fälle mit all ihren Negativfolgen, wie etwa dem Abweisen von Patienten, dem „Dumping“, vgl. ENTHOVEN/NOLL (1984), S. 107, bzw. der Umleitung von Patientenströmen (zu Lasten der Schwerpunkt- und Maximalversorger) als „Risikoselektion“ oder „Rosinenpicken“, im angelsächsischen Sprachraum als „Cream-Skimming“ diskutiert, vgl. BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN (2003) bzw. NEWHOUSE (1983), S. 269-274.

nomischen Erfolg wenigstens näherungsweise zu prognostizieren. Das zeigt, dass den Kerneinheiten ein maßgeblicher Einfluss auf die Markt- und damit die Erlössituation zuzusprechen ist. Besonders ausgeprägte (Interpretations-)Spielräume bieten sich ihnen, wenn der klinische Falldatensatz zur Abrechnung mit den Krankenkassen verschlüsselt werden muss: Durch eine quantitative und qualitative Steuerung der Kodierung der erstellten Haupt- und Nebendiagnosen und der eingeleiteten und durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen lässt sich ein und dasselbe Krankheitsbild in unterschiedlich hoch eingeschätzte Behandlungsfallkategorien einstufen.<sup>100</sup> Die an die Bildung eines Profit-Centers im Krankenhaus geknüpften Voraussetzungen erfahren für die Kernmodule demzufolge vor allem hinsichtlich des Patientenbezugs einen hohen Erfüllungsgrad. Alles in allem erscheint es zweckmäßig, die Module im Kernbereich mit Kosten- und Erlösverantwortung auszustatten und sie zu Profit-Centern zu deklarieren: „*Fachabteilungen denken und handeln [...] bereits wie Profit-Center, ohne gleichzeitig die (volle, Anm. d. Verf. ) ökonomische Verantwortung hierfür zu tragen.*“<sup>101</sup>

Auch die Gestaltung der nicht Betten führenden Einheiten aus dem Sekundärbereich als Profit-Center hat ihre Berechtigung. In der traditionellen kostenrechnerischen Systematik nehmen sie undifferenziert Hilfsfunktionen für die Hauptfachbereiche ein. Das beeinträchtigt Vereinbarungen von Gewinnbudgets mit den Verantwortlichen. Das modulare Konzept geht jedoch von einer veränderten Zuordnung der medizinischen Supporteinheiten aus, in der alle Funktionseinheiten als ärztliche Sekundärmodule betrachtet werden, sobald sie ihre Dienstleistungen unmittelbar am Patienten erbringen. Vervollständigt werden sie durch medizinisch-technische Institutionen, die wie die Anbieter von Tertiärleistungen prinzipiell ohne ständigen Patientenkontakt tätig sind. Tertiäranbieter erbringen ihre Leistungen demzufolge meist auch nicht in einem gemeinsamen Prozess mit den Facheinheiten. Tendenziell eng mit der Patientenbehandlung in Verbindung stehende Module aus dem ärztlichen Bereich dagegen macht diese stark von den Arbeitsabläufen im Fachbereich abhängig. Damit obliegt ihnen zwar in gewissem Umfang die Entscheidung über den Ressourceneinsatz bei vorgegebenen Kapazitäten. Gleichwohl ist es um die Autonomie dieser Sekundäreinheiten schlecht gestellt, wodurch sich die Beeinflussungsmöglichkeiten auf der Kostenseite verkleinern. Dafür erhöhen sich die Möglichkeiten zur Erlösgestaltung mit zunehmender Patientennähe. Der Grund dafür ist, dass

---

<sup>100</sup> Mangelhafte Daten lassen sich nicht immer auf eine Upcoding-bedingte Steigerung des CMI zurückführen, das „DRG-Creeping“. Auch das gezielte Unterlassen einer vollständigen Dokumentation kann Grund für den Verlust der Aussagekraft sein. So veranschaulichen ROEDER ET AL. (2003) exemplarisch, wie das Nichtverschlüsseln von Nebendiagnosen zu einem (ungerechtfertigt) höheren Erlös führt, vgl. EBD. (2003), S. 782.

<sup>101</sup> SCHMIDT-RETTIG (1999), S. 210. Inhaltlich bestätigt wird das ausgesuchte Zitat u. a. bei DAHLGAARD ET AL. (2000), S. 21, BAUKMANN (2001), S. 29-31, S.180f, HUCH/LENZ (2005), S. 72 und BUSCH (2006b), S. 1109f.

der Erbringer einer Dienstleistung am Patienten dessen Krankenzustand laufend beobachten kann. Dabei ergeben sich oftmals wichtige Hinweise auf bestehende Nebenerkrankungen oder -befunde, die elementarer Bestandteil der DRG-Eingruppierung und so erlösbestimmend sind. Ein Erlös beeinflussender Stellenwert kommt selbstverständlich auch allen weiter weg vom Patienten stehenden Zulieferern von Sekundärleistungen zu. Dank ihrer relativen Unabhängigkeit in Zeitpunkt und Art der Leistungserbringung haben sie jedoch insbesondere gute Kontrollmöglichkeiten über die Art und Höhe der bei ihnen anfallenden Behandlungskosten.

Je stärker eine Einheit vom Krankenhauskernbereich abhängig ist, desto wichtiger ist eine reibungslose Abstimmung zwischen den Beteiligten.<sup>102</sup> Mögliche Schnittstellenprobleme zeigen sich besonders deutlich bei der Verbundbeziehung zwischen der Chirurgie und der Anästhesie. Die anästhesiologischen Kosten- und Leistungsstrukturen resultieren maßgeblich aus der Inanspruchnahme durch das Betten führende Indikationszentrum. Ohne Zweifel ist das Beeinflussungsvermögen des Anästhesisten bei einem dedizierten OP-Management begrenzt. Bei näherem Hinsehen erstreckt sich seine Einflussnahme jedoch auf eindeutig abgrenzbare Zeitabschnitte während einer Operation. Sobald der Anästhesist nämlich mit der Ein- bzw. Ausleitung des Patienten beginnen darf, wechselt die Zuständigkeit und fällt von der Chirurgie zu weiten Teilen in seinen Verantwortungsbereich. Damit trägt er nicht nur Verantwortung für eine (kosten-)effiziente Leistungserstellung, sondern besonders auch erlösseitig zum Gesamterfolg des Krankenhauses bei. Das setzt selbstverständlich voraus, dass die von ihm (mit-)gestellten Diagnosen und erbrachten therapeutischen Leistungen im Rahmen der Patientenbetreuung im DRG-System abrechnungstechnisch erfasst werden. Fast umgekehrt verhält es sich für die Radiologie oder ein Labor. Beide Sekundäreinheiten verbringen in der Regel kaum Zeitanteile mit dem Patienten, so dass deren Beanspruchungsintensität nur wenig von den individuellen Umständen des Behandlungsfalls abhängt. Natürlich sind die zwei beispielhaft genannten Leistungstypen aus dem medizinisch-technischen Bereich trotzdem gezwungen, die Art und den Umfang ihrer Tätigkeiten elastisch auf die Chirurgie einzustellen. Innerhalb des gebuchten Rahmens sind sie aber ziemlich frei, so dass auftretende terminliche Lücken durch flexible Zeiteinteilung kostenmindernd gefüllt werden können. Dem Radiologen bzw. Laborarzt bleibt es mehr oder weniger selbst überlassen, in welcher Reihenfolge er zum Beispiel bilddiagnostische Analyseleistungen erbringt bzw. wann er erforderliche Abhol- und Datenverarbeitungsdienste erledigt. Damit liegt es auch in seinen Händen, die Aufenthaltsdauer des Patienten in kostenträchtigen Bereichen zu verkürzen und zu seiner früheren Entlas-

---

<sup>102</sup> Laut AMENT-RAMBOW (2000) liegt die Ursache aller Organisationsprobleme im Krankenhaus zu bis zu 80% in einer fehlenden bzw. ineffizienten Abstimmung zwischen den Arbeitsbereichen, vgl. EBD. (2000), S. 84.

sungsfähigkeit beizutragen. Möglichkeiten, G-DRG-relevante Dienstleistungen zu erbringen, entfallen dadurch nicht, sind mangels unmittelbaren Patientenbezugs aber relativ gering. Für Schnellschnitt- und Notfalleingriffe, d. h. nur grob oder gar nicht vorhersehbare Abweichungen vom Behandlungsplan, gelten freilich andere Regelungen. Den unaufschiebbaren Fällen kann aber durch die Bildung separater Akut- und Unfallmodule Rechnung getragen werden.<sup>103</sup>

Eine konsequente Ausgestaltung der Profit-Center-Konzeption würde auch die weitgehende Verselbständigung der Module im Tertiärbereich verlangen. Im Gegensatz zu den medizinisch-pflegerischen Serviceeinheiten leisten sie jedoch keinen unabdingbaren Beitrag zur Lösung der primären Behandlungsaufgabe. Daher ist die Arbeit im Tertiärbereich in der Regel auch kaum an den Erfordernissen der medizinischen Kernleistung ausgerichtet. So wird der Patient nur in Ausnahmefällen, vornehmlich bei seiner Anmeldung und Entlassung, mit administrativen Leistungen konfrontiert. Als einzige Tertiärleistung erstreckt sich der Hotellerieservice über seine gesamte Aufenthaltsdauer. Dennoch sind auch die für die Patientenunterkunft und -versorgung verantwortlichen Supportmodule eher weit entfernt vom Kernprozess der Behandlung. Nach der oben dargelegten Regel impliziert dies vor allem eine hohe Verantwortung für die Effizienz der Leistungserbringung. Dennoch bestehen Anknüpfungspunkte, den Hotelleistungsmodulen in gewissem Umfang nebst Kosten- auch Erlösverantwortung zu delegieren.<sup>104</sup> Bekanntermaßen sind sie in der Lage, hier nicht im Zentrum stehende Wahlleistungserlöse zu generieren. Anders als die übrigen, mehr verwaltungsorientierten Tertiäreinheiten lassen sie sich damit als Profit-Center führen. Gerade für die Optimierung der Funktionen im Tertiärbereich bieten sich aber auch weitergehende organisatorische Lösungen, etwa ein Outsourcing an.<sup>105</sup> Auch Ausgründungen auf eine eigene Service-GmbH kommen in Frage.<sup>106</sup> Insbesondere Küchen-, Archiv- und Reinigungsaufgaben werden dann von alten und

---

<sup>103</sup> Es ist eine empirische Frage, wie weit Vorausplanung möglich ist und ob Einschätzungen wie die, dass der Anteil planbarer Fälle für die Chirurgie bei bis zu 90% liege, real zutreffen, vgl. KLIMPE (2001), S. 32. So weiß IRLE (2006) von 32 Ursachen für einen verspäteten Start einer OP zu berichten, vgl. EBD. (2006), S. 78.

<sup>104</sup> In weiten Teilen der Fachliteratur werden sämtliche Sekundäreinheiten als typische Cost-Center gesehen, vgl. ADAM/GORSCHLÜTER (1999) und HOPPE/SCHMIDT/WEYGOLDT (1999). Begründet wird diese Annahme mit dem fehlenden (direkten) Zugang zum „Absatzmarkt“. Dies mag auf die Leistungen der Apotheken zutreffen, wenn sie zum Sekundärbereich gezählt werden, vgl. SCHLÜCHTERMANN/SIBBEL (2005), S. 34. Es ist jedoch nicht gesagt, dass medizinische Supportleistungen generell auf keinem externen Markt angeboten werden können. Außerdem steht hinter dezentralen Lösungsansätzen, wie der hier diskutierten Profit-Center-Organisation, ja die Idee, Gegebenheiten des Marktes zu internalisieren, vgl. HURLEBAUS (2004), S. 318ff.

<sup>105</sup> Vgl. SIMON (1997), S. 39f. Auch die Einheiten im Sekundärbereich werden zunehmend in die Überlegungen einbezogen, vgl. Kap. 3. Im Primärbereich erscheinen diese Möglichkeiten begrenzter, vgl. ZUCK (1997), S. 161-164. Nichtsdestotrotz können auch die Kerneinheiten zur Disposition stehen, vgl. ROTH (2003), S. 46. Ein funktionierendes Outsourcing-Modell für die Strahlentherapie stellen PREIBLER/SCHEMANN (2000) vor.

<sup>106</sup> Vgl. PELSTER/THÖLKING (2004) und insbesondere die aktuelle Klinikstudie von MAYER (2006), S. 31.

teils neu einzustellenden Mitarbeitern in ausgegliederten Tochtergesellschaften abgedeckt. Derartige Überlegungen lassen sich relativ problemlos mit modularen Strukturen vereinbaren.

Wie gezeigt wurde, erfolgt eine Kategorisierung der Krankenhausservicemodule sinnvollerweise nach dem Patientenfallkontakt und der Entscheidungsautonomie ihrer Leiter. Doch sie ist kaum allgemein gültig möglich, sondern muss sich an den jeweiligen ökonomischen Wirkungen orientieren. Alternative Versuche der Unterscheidung der Supportleistungen im Krankenhaus mit dem Ziel, den Organisationseinheiten die richtige Performancegröße zuzuweisen, sind bisweilen aber problematisch.<sup>107</sup> Es muss deswegen im Einzelfall geprüft werden, welche Module aus dem Sekundär- und Tertiärbereich für die Effizienz der Leistungserstellung verantwortlich gemacht und zur Kostensenkung oder zur Einhaltung eines Kostenbudgets verpflichtet und welche kosten- und erlösverantwortlich als Profit-Center ausgerichtet werden.

Es bleibt festzuhalten, dass sich besonders für die Sekundärmodule im Krankenhaus stichhaltige Argumente finden lassen, bei ihrer Verselbständigung auf die ordnenden Kräfte einer Profit-Center-Steuerung zu setzen. Während den ärztlich geleiteten Modulen ihre Grenzen in Bezug auf die Plan- und Beeinflussbarkeit gesetzt sind, ist bei den Modulen im technisch geprägten Supportbereich ähnlich wie bei den meisten Tertiäreinheiten häufig kein direkter Patientenkontakt gegeben. Allerdings ist die Abhängigkeit der ärztlichen Sekundärmodule vom Primärbereich bzw. die zu Teilen fehlende Relevanz der Tertiärmodule für den Kernprozess der Patientenversorgung kein unüberwindbares Hindernis für den Einsatz eines Profit-Center-Modells. Sind wie hier seine aufbauorganisatorischen Strukturen abgesteckt, sollte man einen genauen Blick in die Kosten und Erlöse auslösenden Abläufe der Leistungserstellung werfen.

#### 2.4 Verrechnungspreise als Instrument der Ablaufsteuerung im Krankenhaus

Die Umsetzung der Dezentralisierung von Ergebnisverantwortung auf Kosten- und Erlöszentren ist mit der Zusammenführung und Delegation der Aufgaben und Verantwortung einerseits und der Kompetenz in Form der Entscheidungsbefugnisse über die hierfür erforderliche Ressourcen andererseits nicht abgeschlossen. Denn neben dieser vertikalen besitzt die dezentrale Ressourcenverantwortung auch eine horizontale Dimension: Zwischen Kern- und Serviceeinheiten in einem modular organisierten Krankenhaus bestehen zahlreiche Interdependenzen, mit denen eine horizontale Verschiebung der Ressourcen verbunden ist. Es kommt deshalb nicht bloß darauf an, die Leistungseinheiten über ein möglichst standardisiertes Aufnahme-,

---

<sup>107</sup> Auf genau dasselbe Problem stoßen auch ERFORT (1998) und SCHLÜCHTERMANN/SIBBEL (2005), S. 33f.

Behandlungs- und Entlassungsmanagement mit prä- und poststationärer Patientenversorgung zusammenzuführen. Daneben ist es notwendig, sie auch wertmäßig untereinander zu verknüpfen.<sup>108</sup> Den Ausgangspunkt für die Schaffung eines hierfür geeigneten Controlling-Instrumentariums bilden die Leistungsströme auf Center-Ebene. Abstrahiert man von möglichen übergreifenden Verbundbeziehungen, trägt zu ihrer Veranschaulichung Abbildung 2 bei.

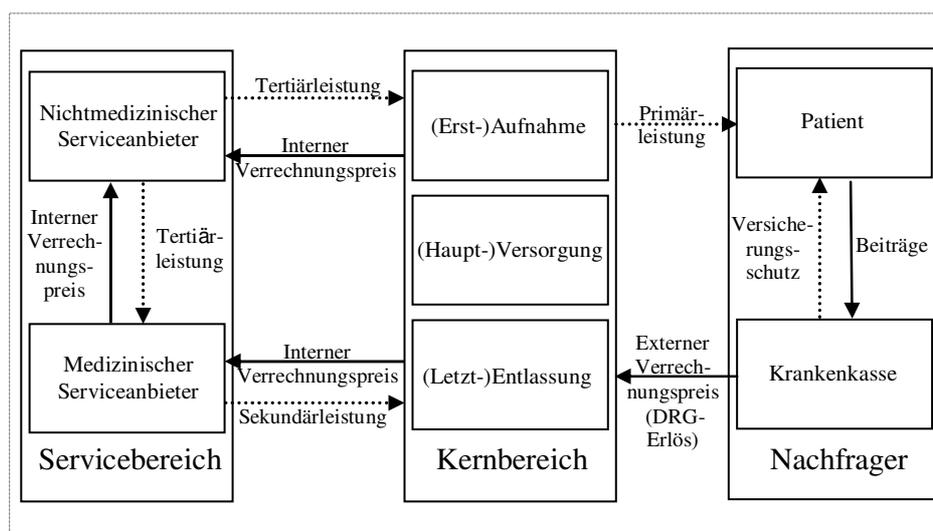


Abbildung 2: Mengen- und Wertströme im modularen Krankenhaus<sup>109</sup>

Es wird deutlich, dass das Krankenhaus durch starke Leistungsverflechtungen zwischen den Leistungseinheiten gekennzeichnet ist. Dabei erbringen die Sekundäreinheiten ihre Leistungen ganz oder überwiegend im Auftrag der Kernmodule. Die Tertiärmodule hingegen stehen üblicherweise in Beziehung zu sämtlichen Leistungsfeldern. Auch zwischen den einzelnen Anbietern aus dem nicht-medizinischen Versorgungsbereich findet für gewöhnlich ein wechselseitiger Austausch von Teilleistungen statt. Anders als die Sekundärleistungen unterliegen sie zudem eher selten dem spezifischen Krankenhausproblem der mangelnden Quantifizierbarkeit des Outputs.<sup>110</sup> Aus diesem Grund werden in weiterer Folge die Betrachtungen auf diagnostische und therapeutische Dienstleistungen eingegrenzt<sup>111</sup>, die zwar in unterschiedli-

<sup>108</sup> Welche Bedeutung die unternehmensinternen Leistungsbeziehungen für die Bewertung der Performance der Beteiligten hat, verdeutlicht KLEY (2001) am Wertmanagement im Aviaton-Konzern Deutsche Lufthansa.

<sup>109</sup> Auf wechselseitige Leistungsbeziehungen zwischen Kern- und Servicemodulen wird wegen ihrer geringen Präsenz im Krankenhaus im Folgenden nicht näher eingegangen, vgl. hierzu BROCKMANN (2005), S. 56-57.

<sup>110</sup> Wie einzelnen Stellen in Kap. 2.3.2 schon herauszulesen war, unterscheiden sich die Anforderungen an den Umgang mit Tertiärmodulen auch sonst nicht wesentlich von Unternehmen aus Branchen, die traditionell den Analysegegenstand der Betriebswirtschaftslehre bilden. Bei ihnen kann auf die gesamte Breite der Literatur und Beratungspraxis zum Thema „Business Re-Engineering“ zurückgegriffen werden.

<sup>111</sup> Der nichtmedizinische Bereich steht nicht im Fokus, leistet trotzdem einen bedeutenden Funktionsbeitrag, vgl. BUNZEMEIER/Franzius/Roeder (2003), S. 162 und auch HUCH/LENZ (2005), S. 72. So zählen die Verschlingung des Verwaltungsapparates sowie die Auslagerung oder die kooperative Nutzung von Einheiten aus dem Wirtschaftsdienst zu den typischen Maßnahmen zum Abbau der Leistungstiefe im Krankenhaus.

cher Weise vom Problem der Leistungserfassung betroffen sind, aber ausnahmslos Bestandteil des Kernleistungserstellungsprozesses sind und so meistens direkt von ihm tangiert werden.<sup>112</sup>

Eine Vielzahl an Krankheitsbildern lässt sich nicht strikt einer Facheinheit zuordnen. Sie erfordert einen interdisziplinären Leistungsaustausch. Sämtliche Größen des kodierten Falldatensatzes, d. h. das komplette Fallgewicht, werden in voller Höhe als Primärerlös aber nur einer Facheinheit gutgeschrieben. Die Abrechnung kann entweder durch die aufnehmende, entlassende oder die hauptsächlich behandelnde Facheinheit, also diejenige mit dem größten Anteil an Behandlungs- und Pflegetagen, erfolgen. Das Krankenhaus steht vor der Herausforderung, sich auf eine Option zu einigen. Vielmals wird die DRG-Zuweisung an das Kernzentrum geknüpft, das den Patienten entlässt.<sup>113</sup> Tatsächlich steigt dadurch der CMI, weil das zuvor die Hauptleistung erbringende Modul relativ zu hoch bewertet wird. Wird die DRG der operierenden Klinik zugewiesen, beeinflusst sie dort den CMI, obgleich die längste Aufenthaltsdauer nicht unbedingt den ökonomischen und gegebenenfalls auch nicht den medizinischen Schwerpunkt repräsentiert. Diese Problematik ist besonders ausgeprägt, wenn chirurgische und konservative Fächer gemeinsam behandeln. Erfolgt die Zuordnung der Fallpauschale daher auf den Aufnahmebereich, ist der CMI anfällig für Variationen im Patientenmanagement.<sup>114</sup> So lassen sich auch kaum realistische Grundlagen für klinikbezogene Mengenplanungen schaffen. Dennoch ist eine Entscheidung seitens des Managements zu treffen, nach welcher Maßgabe die von der Krankenkasse bezahlte DRG zwischen den Facheinheiten verteilt wird.<sup>115</sup> Während der Gesetzgeber strikte Regelungen für die Abrechnung krankenhausesübergreifender Patientenverlegungen vorsieht<sup>116</sup>, liegt es im Aufgabenbereich jeder Einrichtung, ein Konzept zur wertmäßigen Einstufung und koordinierten Abrechnung von Teilaufenthalten zu entwickeln. Im Zusammenhang mit dem aufgegriffenen Trend hin zu modularen Strukturen verliert die beschriebene Abrechnungsproblematik bei Verlegungsreihen zwar an Bedeutung.<sup>117</sup> Die Schaffung eines Neurozentrums aus der Neurologie, Neurochirurgie und Neuro-

---

<sup>112</sup> Demnach werden in weiterer Folge Sekundär- vereinfacht als Serviceeinheiten des Krankenhauses begriffen.

<sup>113</sup> Dies ist das allgemein anerkannte Resultat der empirischen Untersuchungen von BRACHT (2002), S. 16.

<sup>114</sup> In seiner Studie wählt BRACHT (2006) die Hauptabteilung als Zuordnungsvariante. Zwar liegt das Fehlerpotenzial auch hier noch bei bis zu 25%. Im Falle der Entscheidung für die Aufnahme- bzw. Entlassabteilung ergeben sich aber Ergebnisabweichungen von teils bis zu 88% bzw. 47%, vgl. EBD. (2006), S. 83ff.

<sup>115</sup> Lösungsideen zur Verrechnung von DRGs auf Primärbereichsebene finden sich bei HANSEN/SYBEN (2005), PFEUFFER ET AL. (2005), S. 33 und FOCKE/REINISCH/WASEM (2006). Letztere geben auch einen Überblick über bisher veröffentlichte Verfahren der Erlöszuteilung unter den Facheinheiten, vgl. EBD. (2006), S. 289.

<sup>116</sup> Einfach ausgedrückt, werden dem erst- und dem zweitaufnehmenden Krankenhaus eine um einen Abschlag gekürzte DRG ausbezahlt. Ähnlich strenge Abrechnungsvorschriften lassen sich auch für die Wiederaufnahme von Patienten finden, vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 104f. Im Kern sollen sie „Drehtüreffekte“ verhindern, d. h., dass für (nach Hause) Entlassene im Falle einer Wiederaufnahme eine zweite Pauschale abgerechnet wird.

<sup>117</sup> Vgl. hierzu und zum später folgenden Praxisbeispiel CONRAD (2003), S. 425 und CONRAD (2005).

radiologie zum Beispiel macht eine gewisse Zahl an betriebsinternen Kosten- und Erlöszuweisungen entbehrlich. Sie fasst die stationsübergreifende Patientenversorgung von Emboliestationen in der interventionellen Neuroradiologie mit anschließender Fallverlegung auf eine Neurochirurgie kosten- und erlösseitig zusammen. Das Problem, dass die Leistungsanteile der außerhalb der Kernzentren agierenden Module sachgerecht berücksichtigt werden müssen, ist mit dieser Entwicklung aber nicht gelöst. Von wenigen Ausnahmen abgesehen erwirtschaften die mit der Durchführung von „übergreifenden“ Dienstleistungen betrauten Module keine eigenen Erlöse aus der Behandlung von Patienten, die nicht über G-DRGs abgerechnet werden. Deswegen fallen ihre Vergütungen nicht unter den Tisch. Ihre Entgeltbeträge sind immantener Bestandteil der Fallkostenkalkulation, d. h. in jeder G-DRG kalkulatorisch subsumiert.

Zur Abstimmung der internen Ressourcen stehen zwei unterschiedliche Verfahrenstypen zur Auswahl. Im Einzelnen steht einmal die Frage im Vordergrund, was eine Serviceleistung bei gegebenen Potenzial-, Programm- und Prozessstrukturen kostet oder kosten *wird*, zum anderen was sie aus der Sicht der DRGs kosten *darf*. Bei der zuerst angeführten Problemstellung geht man davon aus, dass sich eine wirtschaftliche Budgetverteilung im Krankenhaus dann gut realisieren lässt, wenn sie auf Basis der tatsächlichen Leistungserbringung erfolgt.<sup>118</sup> Dazu muss man sich an spezifische, d. h. am jeweiligen Problem und an den betrachteten Entscheidungssituationen orientierte Bezugsgrößen halten. Die Kosten bestimmenden Attribute können in zahlreichen Detaillierungsstufen ausgearbeitet werden. Die Auswahl der zur jeweiligen unternehmerischen Entscheidungssituation passenden Kostensobjekte ist die Grundlage, um krankenhauserne Leistungen individuell bepreisen und vergüten und danach schlüssige Aussagen über deren Wirtschaftlichkeit treffen zu können. Aus den auf diese Weise abgeleiteten Support- können dann die Selbstkosten ermittelt werden, die zur Erbringung einer Behandlungsleistung in den Kern-Centern erforderlich sind. Anschließend lassen sich diese den geplanten Fallerlösen gegenüberstellen und mit ihnen vergleichen (progressive Budgetierung).

Den genau umgekehrten Weg gehen Erlösverteilungsmodelle der zweiten Verfahrensgruppe. Sie verzichten auf eine explizite Kosten- und Leistungserfassung und -planung für die einzelnen medizinischen Dienstleister im Krankenhaus. Stattdessen setzen sie an den erzielbaren Fallpauschalen aus dem DRG-Entgeltsystem an, die durch retrograd bestimmte Kostenvorgaben für die interne Leistungserbringung realisiert werden müssen. Ähnlich des Vorgehensweise beim Target-Costing geht man also von den vorgesehenen Fallerlösen als Zielgröße aus,

---

<sup>118</sup> Vgl. dazu die organisationstheoretischen Betrachtungen bei KREUTER (1997) und REICHERTZ (1999).

die die maximal erlaubten Kosten für Krankenhausleistungen bestimmt. Aber nicht nur die Berechnungsrichtung unterscheidet sich hier vom ersten Verfahrenstyp. Auch der Ausgangspunkt der Betrachtungen ist ein anderer. Schließlich liegt die Datenbasis nicht im Krankenhaus selbst, sondern leitet sich aus den Kalkulationsergebnissen ab, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für jede G-DRG-Version neu herausgegeben werden.

Bei Modellen der Budgetabstimmung auf Basis der öffentlichen Kalkulationsergebnisse geht man zweistufig vor. Zuerst müssen die Kosten bestimmt werden, die maximal für einen Behandlungsfall zur Verfügung stehen, der unter den Vergütungsumfang der derzeitigen DRGs fällt. In einem zweiten Schritt gilt es dann, die fallbezogenen Kosten in Relation zur Höhe der geplanten Erlöse auf die Leistungseinheiten im Krankenhaus aufzuteilen.<sup>119</sup> Die Erlöszuweisung auf die Fachmodule lässt sich recht eindeutig vornehmen. Eine anteilige Weiterverrechnung auf die sie unterstützenden Servicezentren ist jedoch problembehaftet, da deren Leistungen nicht separat abgerechnet werden. Als Anhaltspunkt bei der Aufspaltung der Fallerlöse könnte die Aufenthalts- oder die Liegedauer des Patienten als Instrumentenvariable und ein Tagessatz zur Abgeltung der Supportleistungen genutzt werden. Ein solches Verfahren hätte die widersinnige Folge, dass die Erlöszuteilung umso höher ausfällt, je länger sich der Patient im Krankenhaus aufhält bzw. bettlägerig versorgt wird.<sup>120</sup> Ganz abgesehen davon, dass im Servicebereich keine Verantwortung für die Beschäftigung bzw. die Fallzahl besteht, hat sich in der Praxis die Idee durchgesetzt, den DRG-Erlös zu verteilen, indem die Kalkulationsmatrix zwischengeschaltet wird, die die federführende InEK als Grundlage für eine Kostenträgerrechnung zur Verfügung stellt. Der Leistungs- bzw. Erlösbeitrag für die Servicemodule, wie das Laboratorium oder die kardiologische oder endoskopische Diagnostik, ist somit das Ergebnis eines gesetzlich geregelten Procedere. Sein Zustandekommen kann am nachfolgenden Anschauungsbeispiel verdeutlicht werden. Angenommen, die DRG für die Implantation einer Tumorendprothese besitze eine Bewertungsrelation von 6,933.<sup>121</sup> Des Weiteren sei postuliert, der zugehörige Basisfallwert liege bei 2.956,53 €. <sup>122</sup> Als absoluten Entgeltbetrag erhalte das Krankenhaus hieraus 20.497,62 €. Als Maß des anteiligen Fallerlöses etwa der Anästhesie an dieser Behandlung muss ihr Erlösäquivalent mit dem Punktwert der DRG multipliziert werden. Gibt der Basisdatensatz ein dimensionsloses CW von 0,546 vor, bekommt die betrachtete

---

<sup>119</sup> NAEGLER (2005), S. 766 weist richtigerweise darauf hin, dass ein Teil des DRG-Erlöses vom Krankenhaus auch als geplanter Überschuss in die persönliche Rücklage eingestellt werden kann. Streng genommen erhält man die „erlaubten“ Kosten daher erst nach Abzug der gewünschten Erlösbeteiligung am Betriebsergebnis.

<sup>120</sup> Im Grunde genommen würde man damit nichts anderes tun, als den Fehlanreiz des früheren Entgeltsystems im Krankenhaus zu internalisieren, das Leistungs- und Kostenvolumen je Fall künstlich auszudehnen.

<sup>121</sup> Die beispielhaft genutzte DRG und ihr Relativgewicht sind dem Fallpauschalenkatalog für 2008 entnommen.

<sup>122</sup> Hierbei handelt es sich um den für 2008 gültigen Landesbasisfallwert (nach Kappung) für Rheinland-Pfalz.

Supporteinheit 54,6 % der zu Grunde liegenden BR von 2.956,33 €, also 1.614,56 € des Gesamtpreises der Behandlung von 20.497,62 €. Führt man diese Rechnung für alle abgerechneten DRGs fort und addiert die Beträge, erhält man die Gesamtkosten der Serviceeinheit aus den Durchschnittskosten der an der Fallkostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäuser, in Bezug auf die eigenen Leistungen und die eigene BR. Denkbar in diesem Kontext ist, dass für die Anästhesie ein Kostengewichtsanteil für den Verrechnungspreis bestimmt werden soll, der zum Beispiel ausschließlich ihr Personalbudget repräsentiert. Wenn dem so ist, muss das CW von 0,546 um alle nicht relevanten Teilgewichte, etwa für Materialkosten, vermindert werden.

Ein großer Vorteil der rechnerischen Herleitung von Verrechnungspreisen aus DRGs, wie sie im oben eingeschobenen Zahlenbeispiel mittels des InEK-Kalkulationsrasters vorgenommen wurde, besteht darin, dass alle Aktivitäten im Krankenhaus in einer engen Verzahnung mit dem externen Budget stehen. Damit ist gewährleistet, dass der Umfang der erwarteten Erlöse bzw. eine patientenbezogene Erlöshöchstgrenze die Höhe der internen Leistungszahlungen limitiert. Darüber hinaus leisten Verrechnungsmodelle, die auf den Katalogdaten des InEKs aufbauen, wichtige Steuerungs- und Kontrollaufgaben. Dazu muss man lediglich wissen, ob die tatsächlich anfallenden Kosten in einzelnen Bereichen unter oder über dem durch die G-DRGs gedeckten Erlösanteil liegen. Sind sie darunter, sind Unterkapazitäten die Folge. Überkapazitäten werden vorgehalten, wenn die Kosten über dem Niveau des DRG-Anteils sind. Überdies wird erkennbar, in welche Richtung die betroffenen Mitarbeiter ihr Verhalten beim Entscheiden und Ausführen ändern müssen, um das Budget den tatsächlichen Erlösen anzupassen. Trotz ihres zudem relativ geringen Kalkulationsaufwands sollte man nicht vorschnell auf eine generelle Vorziehwürdigkeit von InEK-konformen Verrechnungsmodellen auf DRG-Basis schließen.<sup>123</sup> Gegen ihren Einsatz spricht zum Beispiel, dass nicht alle Strukturen und Prozesse sowie die dazugehörigen Kosten im Krankenhaus derart flexibel sind, dass sie sich in die entsprechenden Anpassungsmaßnahmen der Module einbeziehen lassen. Die vollkommene Realisierbarkeit der Kostenvorgaben kann deshalb zumindest angezweifelt werden.

In diesem Zusammenhang ist auch abzuklären, wie die Verantwortlichen im Servicebereich damit umgehen, dass sie über keine wirklichen Gestaltungsmöglichkeiten verfügen, ihre Erfolge über die Erlösseite zu beeinflussen. Schließlich werden ihnen nur in dem Maße höhere Erlöse zuteil, wie im Zuge von Fallzahlsteigerungen der Gesamterlös der im Kernbereich

---

<sup>123</sup> Zu den folgenden und weiteren Kritikpunkten an Splitting-Modellen vgl. BRACHT (2002), S. 15-17, POLEI (2003), S. 1008, S. 1111, SCHLEPPERS ET AL. (2003), S. 803-807, RAETZELL ET AL. (2004), S. 1219, ROEDER ET AL. (2004a), S. 708f, THIEX-KREYE ET AL. (2004) und KUNTZ/SCHMITZ/SCHUSTER (2005), S. 280.

zentral angesiedelten DRGs anwächst. Budgets, die die Höhe ihrer Kosten beinhalten, jedoch keine Erlössteigerungsaktivitäten abbilden können, haben mit Sicherheit einen ungünstigen Einfluss auf die Motivation. Außerdem setzen anteilige DRG-Kostengewichte Verhaltensanreize, sich am Verbrauch und an der Verteilung von Mitteln eines durchschnittlichen Versorgungs- bzw. Effizienzlevels zu messen. Mag das für die Ressourcen eines kompletten Behandlungsfalls Sinn ergeben, kann der mischkalkulierte Erlösanteil für die verschiedenen Supportmodule Fehlentscheidungen aus finanzieller Sicht des Gesamtkrankenhauses bewirken. So könnte ein erlösmäßig bevorteilter Dienstleister, d. h. einer mit positiven Bewertungsrelationen bei vergleichsweise geringen Kosten, daraufhin mehr Mittel aufwenden, als bislang benötigt wurden. Ein zweites anschauliches Beispiel dafür, dass eine Erlöszurechnung auf die organisatorischen Leistungsbereiche zu schwerwiegenden Verwerfungen führen kann, sind Profitabilitätsberechnungen für Servicemodule, die Ausdruck einer ganz besonderen Spezialisierung sind. Gerade sie stellen unersetzbare Glieder im Gesamtprozess der stationären Patientenbehandlung dar, die bei systematischer Durchschnittsbetrachtung der Bewertungen für teilweise höchst unterschiedliche Krankenhausleistungen ungerechtfertigt unterrepräsentiert bleiben und somit innerklinisch nicht in ausreichendem Maße transparent abgegrenzt werden.

Allerdings liefern die InEK-Kalkulationsdaten nicht nur Mittelwerte bezogen auf die Kosten und die medizinische Qualität. Sie drücken auch eine durchschnittliche Datenqualität aus. Die Gründe für nachweisbare Heterogenitäten sind vielfältig.<sup>124</sup> Sie lassen sich aber größtenteils auf die Unterschiede bei der Art der Datenerhebung in den Kalkulationshäusern zurückführen. Zwar ließen sich die Probleme reduzieren, wenn die Qualität der Kostenträgerrechnung verbessert und das Fehlen von fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten ausgeglichen würde. Dennoch bleibt ein gewichtiger Nachteil. Er erklärt sich aus der Gliederungstiefe in der Kalkulationsmatrix des InEKs. Wie schon erwähnt, ist sie für Zwecke einer behandlungsbegleitenden Kalkulation von Fallkosten entworfen und ausgearbeitet worden und nicht als Grundlage für die Verrechnung krankenhausbetrieblicher Serviceleistungen gedacht. Die Einteilung in Kostenmodule bzw. Cost-Buckets (CBs), die Kombinationen zwischen den Kostenarten und Kostenstellen in der InEK-Matrix, richtet sich daher vorrangig nach abrechnungstechnischen Gesichtspunkten. Tatsächlich sind die betrachteten Profit-Center vor allem auch kompetenzmäßig abgegrenzte Bezirke, in denen die leitenden Mediziner mit Erfolgsverantwortung ausgestattet sind und Entscheidungen treffen, die sich auch auf Tatbestände außerhalb

---

<sup>124</sup> Einen strukturierten Überblick über kalkulations- und steuerungsbedingte Ursachen von Kostenheterogenitäten im deutschen DRG-System geben THIEX-KREYE ET AL. (2004), S. 865. Zwar stammt ihre Darstellung aus dem Jahr 2004. Dennoch haben die Probleme hohe Aktualität, wie in Kap. 2.2.2 und 2.2.3 beschrieben.

der DRGs, etwa in der Ambulanz, erstrecken können. Hieraus ist anzunehmen, dass die meisten Krankenhäuser den Empfehlungen des Handbuchs Folge leisten und eine bewusst tiefer gehende Differenzierung entsprechend der strukturellen und organisatorischen Anforderungen umsetzen als vom InEK musterhaft vorgegeben. Das heißt konkret, dass auf eine weitere Verrechnung innerhalb der einzelnen CBs kaum verzichtet werden kann, wenn sie zum Zwecke der Personalführung nicht bloß als mittelbar wirkendes Instrumentarium von Nutzen sein soll.

Eine in jedem Fall unstrittige Top-down-Verteilung von DRG-Erlösen ist nicht möglich. Erschwert wird sie durch die krankenhausindividuellen Organisationsstrukturen, die sich auf der Ebene der InEK-Module eher selten eins zu eins wiederfinden. Vor allem aber die Tatsache, dass DRG-Anteile für Module ohne Primärerlösgutschrift nicht beeinflussbar sind, lassen es zweckmäßig erscheinen, ihre Führung auf eine Kostenkontrolle zu begrenzen. Damit dienen Verrechnungspreise, die methodisch aus den DRG-Erlösen abgeleitet werden, zwar der Zielkostenfindung, aber weniger der Ablaufsteuerung zwischen Profit-Centern.<sup>125</sup> Verrechnungspreise, die nicht als reine Budgetabschlagszahlungen fungieren, sondern primär an den vergütungsfähigen Serviceleistungen und ihren dazugehörigen Kosten ansetzen<sup>126</sup>, dürften die überlegene Gestaltungsvariante sein.<sup>127</sup> Unklar ist bis dato lediglich, nach welchem Konzept diese nicht nur die gewonnenen Erkenntnisse zum Target-Costing nutzen, sondern auch die Umsetzung der intendierten DRG-Anreizwirkungen auf die Profit-Center-Ebene realisieren wollen.

---

<sup>125</sup> Nach SCHLEPPERS ET AL. (2003) gibt es noch eine dritte Form der Budgetverteilung, eine reduzierte Variante einer solchen auf der Basis der Kalkulationsergebnisse. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass das DRG-Erlösbudget und das konventionell errechnete Budget ins Verhältnis gesetzt und Abweichungen nach oben wie nach unten pauschal auf sämtliche Organisationseinheiten umgelegt werden, vgl. EBD. (2003), S. 805f.

<sup>126</sup> Dieses Verständnis von Verrechnungspreisen im Krankenhaus haben auch SIEMERING/BACKENS (1999), S. 83 und KRIEGEL (2005), S. 175-177. Damit bilden sie eher eine Ausnahme. Arbeiten, die sich sonst mehr oder weniger intensiv mit dieser Thematik befassen, verzichten auf eine (eindeutige) Definition.

<sup>127</sup> Vgl. STREHLAU-SCHWOLL (1999b), S. 74, BRACHT (2002), S. 17 und THIEX-KREYE ET AL. (2004), S. 863.

### 3 Anforderungen an die Gestaltung von krankenhauses internen Verrechnungspreisen

Im vorigen Kapitel wurde das spezifische, durch krankenhausexterne Faktoren und krankenhausesinterne Zielsetzungen geprägte Entscheidungsfeld für die Gestaltung von Verrechnungspreisen gekennzeichnet. Hiernach soll der Informationsbedarf im Krankenhaus für eine zieladäquate Steuerung der Leistungsmodule geklärt werden. Zuerst wird das generelle Vorgehen zur Herleitung der Anforderungen erläutert (Abschnitt 3.1), bevor im zweiten Schritt die theoretische Ermittlung der relevanten Aspekte erfolgt (Abschnitt 3.2). Die so herausgearbeiteten Kernaussagen werden dann mit den Ergebnissen einer eigens durchgeführten Studie abgeglichen (Abschnitt 3.3). Die Gegenüberstellung der deduktiv mit den induktiv erhobenen Anforderungen führt zu einer Aufstellung inhaltlich bedeutender Aspekte, die die weitere Konzeption von Verrechnungspreisen sowie die Prüfung ihrer Anwendbarkeit im Krankenhaus leitet.

#### 3.1 Vorgehensweise bei der Ermittlung der Gestaltungsanforderungen

In einer Reihe von Beiträgen wird der Einsatz von Verrechnungspreisen im Krankenhaus propagiert. Das Wissen über ihre tatsächliche Verbreitung jedoch ist gering. Wie in Abschnitt 1.2 ausgeführt, liefert weder der empirische noch der theoretische Stand der Forschungen einen Erfolg versprechenden Zugang zu einer umfassenden Überprüfung von konzeptionellen Gestaltungsaussagen. Es liegt daher nahe, Verrechnungspreise in deutschen Krankenhäusern näher zu untersuchen. Einen Schritt in diese Richtung geht die vorliegende Analyse, die als theoriegeleitete empirische (Sozial-)Forschung konzipiert ist.<sup>128</sup> Persönliche Befragungen bei gezielt ausgesuchten Versorgern sollen über den Entwicklungsstand von Verrechnungspreisen im stationären Sektor Auskunft geben. Ihr vordringliches Ziel aber besteht darin, Informationen über ihre Ausgestaltungsvarianten zu gewinnen. Dazu sollen aus Vorüberlegungen bestimmte Gestaltungsanforderungen empirisch fundiert werden. Die theoretische Argumentation stellt sicher, dass alle inhaltlich relevanten Aspekte erfasst werden, und dient zugleich der Systematisierung der Gestaltungsanforderungen. Der empirische Erkenntnisbeitrag liegt in der Bestätigung und Konkretisierung der identifizierten und vorkategorisierten Einsatzkriterien und kann sie gegebenenfalls um weitere Gesichtspunkte ergänzen. Auf diese Weise erhöht sich auch der Praxisbezug der Ausarbeitungen. Mit Blick auf das explorativ-deskriptive Forschungsziel liegt als empirische Methode die Durchführung von leitfadenbasierten, persönli-

---

<sup>128</sup> Es kommt nicht darauf an, mit großzahligen Stichproben Hypothesen zu prüfen. Vielmehr wird auf ein Konzept zurückgegriffen, dessen Idee FLICK (1999), S. 13, wie folgt beschreibt: „Wesentliche Kennzeichen sind dabei die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie der Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis.“

chen Interviews nahe.<sup>129</sup> Daher wurden in der Zeit von September 2006 bis April 2007 Personen aus dem kaufmännischen Krankenhausbereich, in erster Linie dem Dezernat für Finanz- und Rechnungswesen, mündlich befragt. Sie besitzen den relevanten Erfahrungshintergrund sowie die Problemumsicht, die sie im Kontext dieser Arbeit zu Experten und ihre Befragungen zu Experteninterviews macht.<sup>130</sup> Vor allem Controller mit unternehmens- oder zumindest bereichsleitenden (Stabsstellen-)Positionen kamen in Betracht. Branchenexperten aus der Beratung und Journalisten, die sich ebenso mit betriebswirtschaftlichen Problemstellungen im Krankenhausbetrieb auseinandersetzen, blieben bewusst außen vor. Sie nehmen an der Konzeption des Kostenrechnungs- bzw. Organisationssystems im Allgemeinen bloß mittelbar teil.

Die Auswahl der Personen wurde von zwei Zielen geleitet. Zum einen sollte eine möglichst hinreichende Bandbreite an Untersuchungsergebnissen abgesichert werden. In Bezug auf die Gesamtanzahl der untersuchten Krankenhäuser wurde zum zweiten eine hinreichende Sättigung angestrebt. Auf den ersten Blick erscheinen die insgesamt acht Untersuchungsobjekte diese Voraussetzung kaum zu erfüllen. Zwar wird im Rahmen vergleichbarer Studien eine identische oder nicht wesentlich höhere Gesamtanzahl bereits als positiv bewertet.<sup>131</sup> Vor allem aber aus den eigenen Feldnotizen wird ersichtlich, dass eine Erhöhung des Stichprobenumfangs keine wesentlichen Zusatzerkenntnisse gebracht hätte.<sup>132</sup> Um überdies ein Maximum an Varianz zu erzielen, sind unter den einbezogenen Krankenhäusern solche aus fünf unterschiedlichen Versorgungsregionen bzw. Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) und mit unterschiedlichem Versorgungsniveau (Grund- und Regel- bzw. Schwerpunkt- und Maximalversorgung) vertreten. Als zusätzliches Auswahlkriterium wurden die Trägerschaft und die (von ihr mitbestimmte<sup>133</sup>) Rechtsform festgelegt. Daher finden sich unter den ausgesuchten Krankenhaustypen sowohl solche in öffentlicher als auch in privater Trägerschaft. In der Summe aber sind Universitätsklinika und Einrichtungen mit privatem Träger oder in privaten Ketten stärker repräsentiert. Damit soll

---

<sup>129</sup> Zur Eignung der Methodik der qualitativen Befragung bei einem explorativen Forschungsziel vgl. stellvertretend für viele Arbeiten BOGNER/MENZ (2005), S. 7-10, S. 17f, DIEKMANN (1995), S. 443-445 und STIER (1996), S. 191. Den Nutzen eines Leitfadens bei Interviews deutlich macht TRINCZEK (2005), S. 209-214.

<sup>130</sup> Zum Begriff des Experten(-interviews) vgl. MEUSER/NAGEL (2005), S. 73f. Eine Einordnung der ausgewählten Methodik in verschiedene Konzepte zur Befragung nimmt LAMNEK (2001) vor, vgl. EBD. (2001), S. 285.

<sup>131</sup> Ein treffendes Beispiel stellt die empirische Untersuchung von HURLEBAUS (2004), S. 337-367 dar. Seine Ergebnisse basieren auf Experteninterviews an neun Krankenhäusern Deutschlands und aus der Schweiz.

<sup>132</sup> Diese Vorgehensweise entspricht dem Grundkonzept des „theoretical sampling“. Anders als beim „statistical sampling“ steht dabei nicht die Verteilung der Merkmale einer Grundgesamtheit, sondern eine grundlegende Typologisierung im Vordergrund, siehe dazu FLICK (1999), S. 78ff, LAMNEK (1995a) und LAMNEK (1995b).

<sup>133</sup> BAUKMANN (2001) weiß zu berichten, dass Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft nach wie vor meist in der Rechtsform des Regiebetriebs, private Einrichtungen dagegen als Eigenbetriebe geführt werden, vgl. EBD. (2001), S. 9-15. Der Bestimmung der jeweilig verfolgten Unternehmensziele dient die Unterscheidung aber nicht, was seine Ausführungen auf den S. 59-65 bestätigen und diese Arbeit gemäß Kap. 2.2.3 strikt umsetzt.

der zukünftigen Stellung dieser Krankenhausgruppen Rechnung getragen werden, die in zahlreichen Studien, etwa der damaligen Andersen Unternehmensberatung oder von McKinsey, als marktbeherrschend beschrieben wird.<sup>134</sup> Es soll keinesfalls der Eindruck erweckt werden, als seien öffentliche und freigemeinnützige Einrichtungen aus wirtschaftlichem Blickwinkel grundsätzlich benachteiligt und deswegen häufig nicht überlebensfähig. Aus den Diskussionen in der Fachliteratur und den vereinzelt auffindbaren Erfahrungsberichten kann aber geschlossen werden, dass gerade Krankenhäuser in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft weniger professionell und konsequent unternehmerische Führungs- und Organisationskonzepte verfolgen und in den angeschlossenen Betriebsbereichen umsetzen.<sup>135</sup> Nicht von der Hand zu weisen ist außerdem, dass diese Einrichtungen meistens alleine oder nur in kleinen Verbänden dastehen, so dass eine patienten- bzw. gewinnorientierte Zentrenbildung zwar möglich und sinnvoll, aber oft sehr schwierig ist. Umgekehrt erscheint es einleuchtend, dass Krankenhäuser, in denen mit der entsprechenden Führungsfähigkeit und -kraft eine Neuausrichtung der Strukturen und Prozesse angestrebt wird bzw. zum Teil vollzogen ist, eine bewusste Beschäftigung der Interviewpartner mit organisatorischen und rechentechnischen Fragestellungen fördern und insofern qualitativ hochwertige Analyseergebnisse erwarten lassen.

Eine ausführliche Liste zu den Befragten und die Gesprächs- bzw. Gedächtnisprotokolle liegen dem Autor der Arbeit vor. Um die von den Interviewten ausdrücklich geforderte und im Gegenzug strikt zugesicherte Anonymität nicht zu gefährden, wird in dieser Veröffentlichung aber auf nähere Angaben, allen voran Personen- und Ortsnamen, verzichtet. Jedes Krankenhaus erhält vereinfachend ein Ordnungszeichen (A bis H). Ferner werden in den zitierten Interviewpassagen Angaben, die einen Rückschluss nicht nur auf die befragten Einzelpersonen, sondern auch auf ihren Arbeitgeber ermöglichen könnten, ausgespart. Die Auswahl und die vorzufindende Anordnung der Zitate folgt nur Zwecken der Systematisierung. Es lässt sich keine Zusammengehörigkeit zu einem Krankenhaus finden, selbst wenn einige der ausgewerteten Expertenaussagen den Anschein haben mögen, sie seien inhaltlich aufeinander bezogen.

---

<sup>134</sup> Nach Einschätzungen von BARTSCH (2006) werden der Bettenzahl nach kleinere Häuser, die Verbundstrukturen eingehen, und Schwerpunktversorger in Zukunft erfolgreich arbeiten, vgl. EBD. (2006), S. 14f. Die Gutachter von Andersen trauen nur sehr wenigen, eher großen kommunalen und freigemeinnützigen Häusern ein langfristig wirtschaftliches Überdauern zu, vgl. KOTHE-ZIMMERMANN (2006), S. 20. Nach einer Länderumfrage von BUSCHER (2007) aus dem Jahre 2006 befindet sich mehr als ein Viertel der vor allem in Westdeutschland tätigen Krankenhäuser mit einer eher negativen Zukunftseinschätzung in der Konvergenzphase.

<sup>135</sup> Einen gesteigerten Handlungsbedarf bei DRGs sieht z. B. JORDAN (2007) für kommunale Einrichtungen.

## Interviewleitfaden

### A. Daten zum Interview

Name	_____
Bereich/Position	_____
Krankenhaus	
Aufgestellte Betten	_____
Stationäre Fälle in Tausend	_____
Aktueller Casemix-Index	_____
Durchschnittliche Verweildauer	_____
Universitätskrankenhaus	_____
Träger	_____
Stadt, Bundesland	_____
Dauer	___ Stunden ___ Minuten

### B. Abzudeckende Themenfelder

#### Umfeld der Kalkulation von Verrechnungspreisen im Krankenhaus

- Bedarf und Bedeutung von Verrechnungspreisen
- Aktivitäten und Beteiligte bei der Verrechnungspreisgestaltung

#### Anforderungen an die Gestaltung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus

- Verwendung spezieller Methoden bei der Planung und Gestaltung
- Zu berücksichtigende Aspekte bei der Verrechnungspreisgestaltung
- Gewichtung der als wesentlich erachteten Gestaltungskriterien
- Beachtung von nicht DRG-relevanten Kosten und Leistungen
- Einfluss der staatlich geprägten Planungsebene auf die Verrechnungspreisgestaltung
- Dezentral Akzeptanz schaffende Eigenschaften von Verrechnungspreisen
- Weitere Erfolgsfaktoren bei der Gestaltung von Verrechnungspreisen

Abbildung 3: Systematik und abgefragte Inhalte des benutzten Interviewleitfadens

Es wurde ein Interviewleitfaden herangezogen. Sein Einsatz stellt sicher, dass der Fokus der Fragen sämtliche für das Forschungsziel relevanten Themenbereiche widerspiegelt. Daneben stand die Vergleichbarkeit bzw. wechselseitige Kontrolle der Ergebnisse im Vordergrund. Der benutzte Leitfaden ist in obiger Abbildung 3 dokumentiert. Neben einigen relevanten Daten zum persönlichen Hintergrund des Gesprächspartners selbst sind die zwei Themenblöcke der durchgeführten Interviews aufgeführt. Das erste Gebiet zielt auf die Erfahrungen der Interviewten in Bezug auf den generellen Einsatz von Verrechnungspreisen bzw. das Vorgehen bei ihrer Ermittlung ab. Es dient der Offenlegung von Annahmen über die Umgebung, in der Verrechnungspreise zum Einsatz kommen können bzw. bereits Anwendung finden. Bei der Formulierung der Anforderungen wird implizit stets von bekannten Rahmenbedingungen ausgegangen. Da diese mitbestimmen, welche Kriterien genannt werden, ist es wichtig, die getroffenen Annahmen bzw. zu beurteilenden Aussagen explizit als (Arbeits-)Hypothesen in Form von inhaltlich standardisierten Fragen zu identifizieren. Der zweite Themenkomplex des Untersuchungsansatzes bezieht sich auf die Anforderungen an die Gestaltung von krankenhaushinteren Verrechnungspreisen. Dabei werden Problemfelder, deren Besprechung in einer gegenseitigen Auseinandersetzung zur Formulierung von Anforderungskriterien beitragen kann, herausgestellt. Das aktive (Nach-)Fragen und das Aufzeigen möglicher Gegenpositionen soll gleichzeitig den Einfluss des Interviewers reduzieren bzw. eine umfassende wie unverfälschte Wiedergabe des für das Forschungsziel bedeutsamen Fachwissens der Befragten fördern.<sup>136</sup> Durch die Frage nach weiteren Erfolgsfaktoren wird eine offene Diskussion über nützliche bzw. notwendige Eigenschaften von Verrechnungspreisen angestoßen. Dieses Vorgehen beinhaltet auch eine chronologisch mit den Gesprächen fortschreitende Problempräzisierung.<sup>137</sup>

### 3.2 Deduktiv abgeleitete Gestaltungsanforderungen aus dem Krankenhauszielsystem

Im folgenden Abschnitt sind die Anforderungen festzustellen, an denen der Aufbau von Verrechnungspreisen im Krankenhaus auszurichten ist. Dabei bietet es sich an, diese in zwei große Gruppen zusammenzufassen (Unterabschnitt 3.2.1). Den Ansprüchen der ersten Gruppe werden Verrechnungspreise gerecht, wenn ihre Gestaltungsanforderungen aus den Zielen mit einer Kostenträgerrechnung herausgebildet werden (Unterabschnitt 3.2.2). Sie bildet die Basis für die bundesweit durchgeführte G-DRG-Kalkulation. Allerdings sind Verrechnungspreise im Krankenhaus nicht nur nach der momentan geltenden Vergütungsform zu bestimmen, son-

---

<sup>136</sup> Zu Problemen möglicher Antwortverzerrungen und dem Einsatz entsprechender Gegenmaßnahmen vgl. z. B. DIEKMANN (1995), S. 382-410 und S. 452f, LAMNEK (2001), S. 295-297 und STIER (1996), S. 173-182.

<sup>137</sup> Daher wurden im Verlauf des mehrmonatigen Interviewprozesses Anpassungen bei einzelnen Formulierungen vorgenommen, ohne jedoch den zu besprechenden Umfang in seinen Inhalten wesentlich zu verändern.

dem besonders auch nach den Erfordernissen der Kostenstellenrechnung. Unterabschnitt 3.2.3 beschäftigt sich aus diesem Grund mit der Frage, welche Anforderungen an Verrechnungspreise gestellt werden, wenn sie der Realisierung krankenhauseigener Profit-Center dienen sollen.

### *3.2.1 Gruppierung der Anforderungen an die Verrechnungspreisgestaltung*

Verrechnungspreise lassen sich auf vielfältige Weise nutzen. Ihre genaue inhaltliche Ausrichtung hängt von den Zielen ab, die mit ihnen verfolgt werden sollen. Damit konkretisieren sie sich durch die Interessen der Anspruchsgruppen und Akteure, die vom Grad der Zielerfüllung tangiert werden. Mit Blick auf die Vielzahl an denkbaren Stakeholdern eines Krankenhauses erweist sich eine Einteilung der Gestaltungsanforderungen an Verrechnungspreise in zwei Gruppen als zielführend.<sup>138</sup> In einer ersten Gruppe sind alle kostenstellenbezogenen Aspekte zusammengefasst, denen aus der Sicht des Eigentümers bzw. des Vorstands oder Managements ein besonderer Informations- und Steuerungswert zukommt. Ihnen muss die Bestimmung der Verrechnungspreise folgen, wenn diese im hier vorgelegten Handlungsrahmen einer Profit-Center-Rechnung die Abstimmung von Ressourcen zwischen Budgetverantwortlichen im Kern- und Servicebereich unterstützen soll. Mit Blick auf die Bandbreite der verschiedenartigen Entscheidungstatbestände im Krankenhausalltag können die zu beachtenden Gestaltungsdimensionen und ihre jeweiligen Bedeutungen breit gestreut sein. Aus diesem Grund lassen sie sich am besten in einem gesonderten, dem Unterabschnitt 3.2.3 im Detail aufzeigen.

Den Gestaltungsanforderungen der zweiten Gruppe dagegen muss Beachtung geschenkt werden, wenn der Informations- und Steuerungsbedarf der Unternehmensleitung sich nicht auf Kostenstellenebene beschränkt, sondern sie zusätzlich zum Beispiel ein Bild davon bekommen will, wie sich die Patienten in den Betten führenden Fachzentren und deren Erfolgsbeiträge auf ausgewählte Fallgruppen aufteilen. Damit Verrechnungspreise den Erfordernissen einer fallgruppen- oder vielleicht auch einer einzelfallbezogenen Kostenträgerrechnung gerecht werden<sup>139</sup>, müssen sie Antworten auf unternehmerische Fragestellungen liefern können, wie sie in der freien Wirtschaft seit langem von Bedeutung sind, etwa: Welche Produkte bzw. Produktgruppen erzielen einen positiven, welche einen negativen Deckungsbeitrag? Welchen Einfluss haben Veränderungen auf den Deckungsbeitrag? Wie sollte das Produktportfolio im Optimum aussehen? Allerdings lassen sich die Anforderungen an die Verrechnungspreisbildung nicht aus den Zielen mit der Einführung einer krankenhausindividuellen Kostenträger-

---

<sup>138</sup> Eine grafische Übersicht über alle Akteure, die als Anspruchsteller gegenüber dem Krankenhaus bzw. seinem Eigentümer oder Management auftreten können, findet sich bei DIERKES/LINGENFELDER (2006), S. 544.

<sup>139</sup> Zur Wahl der Bezugsgröße für krankenhauseinterne Verrechnungspreise vgl. Kap. 4.2.1.

rechnung herleiten. Das hängt damit zusammen, dass die Preisbildung für Patientenbehandlungen durch die Kalkulation im Krankenhaus erfolgt. Dafür sind aber nicht nur seine Rechenergebnisse von Bedeutung, sondern auch die Kosteninformationen, die alle anderen stationären Versorger Deutschlands einmal jährlich ans InEK liefern.<sup>140</sup> Wie in Abschnitt 2.4 besprochen, erstellt das Institut aus den erhobenen Behandlungs- und Kostendaten den Katalog der abrechenbaren G-DRGs und unterstützt so die Krankenhäuser und Krankenkassen sowie deren Verbände bei der gesetzlich vorgeschriebenen System Einführung. Insofern erklärt sich, weshalb die Interessen des InEKs eine große Rolle bei der Verrechnungspreisbildung spielen.

### *3.2.2 Anforderungen für die krankenhauseinheitliche DRG-Kalkulation*

Wegen der staatlich administrierten Erstattungsbeträge je DRG können Verrechnungspreise im Krankenhaus nicht völlig selbständig eingesetzt und individuell ausgeformt werden. Vielmehr haben sie in Aufbau, Inhalt und Verfahren den Standards zu folgen, die dem Leitfaden zur Kalkulation von Behandlungsfallkosten zu Grunde liegen. Das handbuchkonforme Füllen der InEK-Matrix erlaubt es, im Bereich der Kalkulations- und konsekutiv der Entgeltstrukturen konzeptionell mitzuwirken. Wenn die eigenen Kosten- und Leistungsprofile in die Kostengewichtung der künftigen Leistungsvergütung einfließen, eröffnet sich dem Krankenhaus außerdem die Möglichkeit, die gewonnenen Ergebnisse in Benchmarking-Projekten zu verwenden. Auf der anderen Seite verpflichtet die Teilnahme an der DRG-Kalkulation bzw. an vergleichbaren Projekten des Benchmarking dazu, die Kostenstellen- zu einer Kostenträgerrechnung zu erweitern und diese dann so durchzuführen, dass sie den Abrechnungsbestimmungen der DRGs entsprechen. Daraus lässt sich die erste Anforderung an die Bildung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus formulieren: Sie müssen zur Kostenrechtfertigung und -begründung gegenüber der GKVen und den Regulierungsbehörden dienen (Anforderung 1).

Verrechnungspreise ermöglichen die gesetzliche Leistungs- und Kalkulationsaufstellung bei DRGs aber nur, wenn drei Gestaltungsbedingungen erfüllt sind. Eine erste Charakterisierung für die krankenhauseinterne Verrechnungspreisbildung ermöglicht das Verständnis der deutschen DRGs als "lernendes System". Um sich allmählich vom australischen Original zu lösen und die Qualität der Kalkulationsergebnisse laufend zu verbessern, sieht es das InEK als wünschenswert an, wenn die Supportleistungen soweit als möglich patientenbezogen erfasst und

---

<sup>140</sup> Vgl. dazu wiederholend die einleitenden Ausführungen und Quellenangaben in den FNen von Kap. 2.2.3.

zugeordnet werden (Anforderung 1a).<sup>141</sup> Demnach sind die Leistungen der ärztlichen und medizinisch-technischen Einheiten im Krankenhaus in Art und Umfang nicht nur hinsichtlich des empfangenden Fachbereichs, sondern weitestgehend auch in Bezug auf den Patienten zu dokumentieren, der die innerbetriebliche Leistung in Anspruch nimmt. Insgesamt sollen nach Beendigung einer Patientenbehandlung Informationen darüber vorliegen, welche Arten von Leistungen dem Patienten vom Servicebereich zuteil wurden, mit Fokus auf alle besonders kostenintensive Behandlungsleistungen. Wie genau eine solche Patientenzurechnung im Sinne des Verursachungsprinzips durchführbar ist, hängt ganz entscheidend damit zusammen, in welchem Umfang die auf den einzelnen Patienten von seiner Aufnahme bis zur Entlassung entfallenden Kosten in die Kostenträgerrechnung einbezogen werden. Daraus leitet sich die Frage ab, wie Verrechnungspreise in rechentechnischer Hinsicht zu konzipieren sind, damit sie dem Anspruch des InEKs nach Vollständigkeit gerecht werden können (Anforderung 1b).

Die Umsetzung dieser zweiten Zielsetzung des Instituts ist nicht als erstrebenswert, sondern als obligat anzusehen. Konkret verlangt das InEK eine jede Behandlung im Krankenhaus begleitende Leistungsdokumentation. Auf diese Weise sollen den Patienten am Ende ihres stationären Aufenthalts alle aufgelaufenen Kosten zugeordnet werden können (100%-Ansatz).<sup>142</sup> Darüber hinaus verständigte man sich im deutschen Gesetz darauf, die relativen Kostengewichte auf Basis historischer Vollkosten zu erheben. Die damit einher gehende Verpflichtung, einer Nachkalkulation einen festen Platz in der Krankenhauskostenrechnung zu erteilen, lässt sich durchsetzen, wenn ein starkes Augenmerk auf die Erfassung von effektiven Kosten gerichtet wird. Die dritte und letzte Bedingung an die Verrechnungspreisgestaltung im Rahmen der DRG-Kalkulation lautet daher: Verrechnungspreise sind auf Basis der tatsächlich angefallenen Kosten zu bilden (Anforderung 1c). Das Hauptmerkmal der Istkostenpreise ist die Verteilung der gesamten Fallkosten über die Service- auf die Kernzentren und dann die Patienten.

Die Beteiligung an der DRG-Kalkulation rückt die Suche nach dem bestmöglichen Verrechnungspreissystem fürs Krankenhaus in den Bereich der externen Rechnungslegung; ein fundamentaler Unterschied zum privatwirtschaftlichen Sektor, wo die gesamte Kostenrechnung

---

<sup>141</sup> Vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 191 und INEK (2007d), S. 2f und S. 105ff. Dahinter steht das Prinzip der Verursachungsgerechtigkeit, wie es im weiteren Verlauf der Arbeit noch auftaucht. Es verlangt, dass einem Bezugsobjekt nur die Kosten zugerechnet werden, die ursächlich mit ihm in Verbindung stehen. Dagegen will das Beanspruchungsprinzip, der Leitgedanke der Prozesskostenrechnung, wie sie ebenso an späterer Stelle zum Thema wird, dass sich die zugeteilten Kosten proportional zum erbrachten Leistungsvolumen verhalten.

<sup>142</sup> Vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 92 und S. 192 und INEK (2007d), S. 2f, S. 42ff und S. 89ff.

gestalterisch nur vereinzelt Einschränkungen unterworfen ist.<sup>143</sup> Gleichzeitig birgt eine enge Orientierung an den InEK-Richtlinien die große Gefahr, die herzuleitenden methodischen Regelungen zur Verrechnungspreisgestaltung überhaupt nicht an den eigenen Zielen festzumachen.<sup>144</sup> Diese sollten und dürfen jedoch nicht aus dem Blickfeld verschwinden, wenn das hier gesuchte Verrechnungspreissystem nicht nur als externe Informations- und Steuerungsbaasis funktionieren, sondern vor allem krankenhausbetrieblichen Ansprüchen genügen soll. Es liegt im Ermessen jedes Krankenhauses, ob es Verrechnungspreise zum Aufbau der DRGs und zu deren Aktualisierung bzw. als Grundlage für krankenhausübergreifende Fallkostenvergleiche einsetzt oder sich mit der Konzeption und Etablierung einer alternativen Form der Kostenträgerrechnung befasst. Mit Kostenkalkulationen betreten die meisten stationären Einrichtungen Neuland, wie die einleitenden Ausführungen in Unterabschnitt 2.2.3 belegen. Die Voraussetzungen für eine Kostenrechnung in Gestalt einer behandlungsepisodenbezogenen Leistungserfassung sind daher oft noch zu schaffen. Große Teile der Vorbereitungen und der benötigten Kosten- und Leistungsdaten sind jedoch in beiden Fällen deckungsgleich.

Letztendlich geht es also nicht allein um die Frage, mit welchen Kosten die Implementierung einhergeht, sondern in erster Linie auch darum, den Nutzen aus der Teilnahme an der DRG-Kalkulation und dem Einsatz eines krankenhausindividuellen Kalkulationsverfahrens sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Es ist unbestritten, dass ein patientenbezogenes Leistungserfassungssystem, welches mit der Einführung einer entsprechenden Kostenträgerrechnung vom Krankenhaus auf- oder auszubauen ist, diesem in vielerlei Hinsicht hilfreich sein kann. Ob ein solches individuelles System unmittelbar zur Entwicklung der DRGs, zur Pflege ihrer Datenbasis oder zu krankenhausübergreifenden Vergleichen der Fallkosten Verwendung finden kann, ist aber fraglich. Darum bietet sich eine von Beginn an InEK-konform konzipierte Kostenträgerrechnung an. Weil der offizielle Leitfaden möglichst viele Krankenhäuser in die Lage versetzen will, die DRG-relevanten Fallkosten ihrer Patienten auswertbar zusammenzustellen, gestattet er zahlreiche Ermessensspielräume für die Bildung von Verrechnungspreisen. Das Krankenhaus kann diese daher so formulieren, dass sie seiner persönlichen Situation Rechnung tragen, ohne die einzuhaltenden Mindestanforderungen an ihre Gestaltung zu verletzen.

Der Weg, den das Krankenhaus dafür beschreiten muss, ist eine Angleichung der Rechensysteme bei gleichzeitiger zielorientierter Differenzierung und konzeptioneller Fundierung seiner eigenen Kostenträgerrechnung. Wenn Verrechnungspreise auf das Handbuch zur Kalkulation

---

<sup>143</sup> Zur externen Rolle der Krankenhauskostenrechnung vgl. MALTRY/STREHLAU-SCHWOLL (1997), S. 535ff.

<sup>144</sup> Vertreter dieser Ansicht sind BRÖSEL/KÖDITZ/SCHMITT (2004), S. 249 und ERNST ET AL. (2004), S. 1225.

von Fallkosten ausgerichtet sind und die Vorgaben des InEKs integrieren können, d. h. als Plattform für die krankenhausindividuelle Weiterentwicklung versteht, lassen sich die Effekte beider Perspektiven greifbar und zugänglich machen. Das verdeutlicht ein Blick in das Handbuch, welches zur strukturierten Ermittlung der Krankenhauskosten je DRG die Ausgliederung aller Bestandteile fordert, die für ärztliche und pflegerische Leistungen anfallen, die mit nicht DRG-relevanten Kosten in Verbindung stehen. In einem System aus „weiterführenden“ Verrechnungspreisen können sich aber auch Kostenanteile isoliert innerbetrieblich verrechnen oder sich außerhalb der heute geltenden G-DRGs verankerte Leistungsbereiche, zum Beispiel die Ambulanz, rechentechnisch berücksichtigen lassen.<sup>145</sup> Eine behandlungsprozessbezogene Datenerfassung und -auswertung ist zunächst ebenso wenig vorgesehen. Bei entsprechender Gestaltung des Verrechnungspreissystems durch den Anwender ließe sie sich aber erarbeiten.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass Verrechnungspreise im Krankenhaus für die Kostenrechtfertigung und -kontrolle sowie für die Weiterentwicklung der am regulierten Markt festzusetzenden DRG einer Behandlungsleistung benötigt werden. Eine besondere Bedeutung gewinnen sie hierfür, weil die ihm vorliegenden Kosteninformationen als Bezugspunkt für die regulierte DRG-Kalkulation offen gelegt werden müssen. Andernfalls können sie nicht als wertmäßige Rechenbasis für das Gefüge der Bewertungsrelationen dienen, nach denen inländische Versorger aller Größenordnungen ab Anfang 2009 bezahlt werden sollen. Ihre prinzipielle Verfügbarkeit verführt das Krankenhaus aber schnell dazu, sie überwiegend als Grundlage der DRG-Kalkulation zu nutzen. Es muss deswegen verstehen lernen, dass Verrechnungspreise zwar nicht völlig willkürlich gestaltbar sind, das InEK-Handbuch aber zahlreiche Verfahrensspielräume enthält, die es nutzen muss, wenn aus Verrechnungspreisen für eine fallbezogene Kostenzuordnung ein leistungsfähiges Controlling-Instrument hervorgehen soll. Die Informationen, die es auf Kostenstellenebene bereitzustellen hat, sind deduktiv aus den Zielen herzuleiten, auf die das Krankenhaus mit der Etablierung einer Profit-Center-Organisation hinwirkt.

### *3.2.3 Anforderungen für die Realisierung krankenhaus eigener Profit-Center-Strukturen*

Ein Ansatz, die aus krankenhausindividueller Sicht zu beachtenden Gestaltungsanforderungen an Verrechnungspreise zu identifizieren und zu ordnen, besteht darin, von der institutionellen Verwirklichung des Profit-Center-Konzepts auszugehen. Unter Zugrundelegung seiner Strukturen und Prozesse kann Verrechnungspreisen nicht länger bloß eine Bedeutung für die Kostenträgerrechnung und letztlich auch der Charakter eines Abrechnungs- bzw. externen Auf-

---

<sup>145</sup> Vgl. InEK (2007d), S. 42-44, S. 45ff und konkret für die Ambulanz S. 61-63.

tragswerts im Rahmen der DRG-Kalkulation zuerkannt werden.<sup>146</sup> Vielmehr kommt dem Anspruch, mit ihnen das auf Kostenstellenebene bzw. auf Ebene der Profit-Center im Kern- und Servicebereich erklärte Ziel der Gewinnerwirtschaftung zu realisieren, eine tragende Rolle zu.

Unter diesem Blickwinkel lassen sich für Verrechnungspreise neben der Kostenkontrolle und -rechtfertigung im Rahmen der DRG-Kalkulation zwei weitere Hauptaufgaben formulieren. Zum einen soll ihr Einsatz der Erfolgsermittlung im Krankenhaus förderlich sein (Anforderung 2). Daneben sollen Verrechnungspreise als Instrument der Verhaltenssteuerung fungieren (Anforderung 3).<sup>147</sup> Bei der Erfolgsermittlung steht die informatorische Unterstützung von Entscheidungen der Krankenhausleitung im Mittelpunkt. Sie soll in die Lage versetzt werden, gewinnzielorientiert zu operieren. Dazu bedarf es Verrechnungspreise, die einheitenübergreifende Leistungsbeziehungen monetär abbilden und den wirtschaftlichen Erfolgsbeitrag der entkoppelten Profit-Center beurteilen können. Besteht Klarheit darüber, welche Planungs- und Steuerungsinformationen das Krankenhaus faktisch benötigt und seine zentral ansässige Leitung für mittel- bis langfristig ausgerichtete Entscheidungen und die sie ergänzenden Kontrollen nutzen möchte, lassen sich die Verrechnungspreise bedarfsgerecht formulieren. Der Erfolgsermittlung hilfreiche Verrechnungspreise bewirken jedoch nicht notwendigerweise, dass die dezentralen Leistungseinheiten alle Maßnahmen ergreifen, die den Interessen des Gesamtkrankenhauses entsprechen. Weiterer Ausgangspunkt bei der Bildung von Verrechnungspreisen müssen aus diesem Grund Überlegungen sein, sie zur Abstimmung von dezentralen Entscheidungen mit Bezug auf das unternehmerische Gewinnziel einzusetzen. Bedingung dafür ist, dass die internen Verrechnungspreise der Aufgabe der Verhaltenssteuerung nachkommen.

Orientiert sich die Ableitung der Verrechnungspreise an der Funktion der Erfolgsermittlung, geht es darum, für die rechnungsmäßig wie organisatorisch abgegrenzten Leistungseinheiten im Krankenhaus marktliche Strukturen zu simulieren, indem fehlende Kosten- bzw. Erlösbezüge geschaffen werden.<sup>148</sup> Um die Einführung wettbewerbsähnlicher Mechanismen zu unterstützen und damit eine exakte Erfolgs- bzw. Verantwortungszuweisung zu garantieren, kann der Ergebnisbeitrag einer bald landesweit vorgegebenen DRG-Fallpauschale nicht isoliert in den einzelnen Facheinheiten bestimmt werden. Vielmehr muss den Entscheidungsträgern im

---

<sup>146</sup> Diese Tatsache bleibt bei Analysen von Verrechnungspreisen oft unbedacht, vgl. REICHERTZ (1999), S. 1. So folgen die „klassischen“ Analysen der Idee, ein Unternehmen als Monolith zu begreifen. Würde man diese auch für das Krankenhaus einnehmen, blieben Interdependenzen außen vor, vgl. z. B. HART (1995), S. 15ff.

<sup>147</sup> Vgl. stellvertretend EWERT/WAGENHOFER (2005), S. 579-582 und KÜPPER (2005), S. 396f.

<sup>148</sup> Es lassen sich kaum Arbeiten ausfindig machen, die sich mit Verrechnungspreisen im Krankenhaus beschäftigen. Diese verlangen von Verrechnungspreisen aber fast ausnahmslos einen Beitrag zur Erfolgsermittlung, wie z. B. die beiden Beiträge von EICHHORN (1999), S. 5 und SIEMERING/BACKENS (1999), S. 83 belegen.

Kernbereich über Verrechnungspreise die Anzahl und das Ausmaß krankenhauser intern angeforderter Leistungen kostenmäßig in Rechnung gestellt werden. Andernfalls könnte zum Beispiel die Ausweitung der Aktivitäten durch eine operative Disziplin zu Budgetengpässen bei den intern beanspruchten Supportmodulen führen. Bei Einsatz von Verrechnungspreisen dagegen kann eine Erhöhung des Leistungsvolumens durch Mehrerlöse ausgeglichen und die Fachklinik entsprechend der Art und dem Umfang ihrer bestellten Leistung belastet werden.

Erfüllen Verrechnungspreise die Erfolgsermittlungsfunktion, wird ersichtlich, welche Einheit im Krankenhaus wie viel zu dessen Gesamterfolg beiträgt und welche Gewinne oder Verluste erwirtschaftet. Wird die gegenseitige Erbringung von medizinischen Leistungen transparent gemacht, lassen sich krankenhauser interne Strukturen und Abläufe gut analysieren und bei Bedarf auch optimieren. Dazu gehört im Besonderen, dass die anteilig ermittelten Bereichserfolge auch im engen Rahmen der Krankenhausplanung zur Erarbeitung und Durchsetzung von Unternehmensstrategien herangezogen werden.<sup>149</sup> Die Aufgabe von Verrechnungspreisen besteht dabei in der Gewinnung von Informationen für die Planung der Beschaffung von Betriebsmitteln, medizinischen Sachmaterialien und ärztlichen Dienstleistungen und von Kapazitäts- und Strukturanpassungen, etwa zur Straffung, Erweiterung oder Umstrukturierung des Leistungsangebots sowie zur Prüfung von Gestaltungsvarianten der Zusammenarbeit mit anderen Anbietern von Gesundheitsleistungen. Dezentrale Einheiten, in denen ein Kostenvorsprung besteht oder zumindest erzielbar ist, die sich in ihrer Leistungsqualität positiv hervorheben oder betriebsnotwendige Dienste anbieten, gilt es, an die Unternehmung zu binden. Für Funktionen, deren Erfolgsbeitrag im Kosten- und Qualitätsvergleich dauerhaft negativ ist, kann es dagegen die partielle oder sogar die totale Aufgabe, die Fremdvergabe oder die Ausgliederung in kooperativen Betreibermodellen im Rahmen des Versorgungsauftrags bedeuten.

Bei der Erfolgsermittlung stehen Entscheidungen darüber an, wie Erfolg abgegrenzt und auf die dazu beitragenden Einheiten aufgeteilt wird. Inwieweit das ausreicht, um erfolgswusstes Verhalten zu fördern, kann jedoch erst in Verbindung mit der Verhaltenssteuerungsfunktion erörtert werden. Mit ihr übernehmen Verrechnungspreise eine personelle Koordinations- und Lenkungsaufgabe. Dies erfordert eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Zielsetzungen, Einstellungen und Verhaltensdispositionen der Profit-Center und ihrer Leiter. Aufgabe des Krankenhauses ist es deswegen, Verrechnungspreise anzusetzen, die die Verantwortlichen auf der Anbieter- und Nachfragerseite zu einem gesamtzielkonformen Verhalten motivieren. Den

---

<sup>149</sup> Zur Relevanz der strategischen Planung im Krankenhaus vgl. JANISCHOWSKI/SCHNEIDER (1999). Eine Übersicht über die strategischen Erfolgsfaktoren eines (Universitäts-)Klinikums geben BEHREND/SCHNEIDER (1999).

Entscheidungsträgern in den organisatorischen Kernzentren müssen Anreize gegeben werden, Fremdleistungen verstärkt nach ökonomischen Maßstäben zu beziehen. Das lässt sich erreichen, wenn bei der Ableitung ihrer Budgets nebst Erlösen nicht bloß die eigenen Kosten berücksichtigt, sondern auch Bewertungskriterien für die mengenmäßige Inanspruchnahme von Supportleistungen gesetzt werden. Ihren Erbringern muss man veranschaulichen, wie mit den Ressourcen wirtschaftlich verantwortungsvoll umgegangen wird, die für Patientenbehandlungen im Kernbereich des Krankenhauses bereit stehen. Mit Blick auf ein Laboratorium kommt es dabei zum Beispiel darauf an, Verrechnungspreise so zu entwerfen, dass medizinisch vermeidbare diagnostische Untersuchungen unterlassen werden. Dagegen äußern sich in der Radiologie potenzielle Verhaltensdefizite in einer unangemessen hohen Anzahl von Röntgenbildern. Wie alle anderen Funktionseinheiten sind auch das Labor und die Radiologie letzten Endes dazu zu motivieren, das Leistungsangebot andauernd und kritisch unter Wahrung der Behandlungsqualität danach zu prüfen, wie sich der geplante Krankenhausertrag durch eine andere Ressourcenausnutzung erreichen, unter Umständen sogar übertreffen lässt. Eine Verhaltenssteuerung der ärztlich geprägten Module im Supportbereich muss darüber hinaus deren Nähe zu den Fachdisziplinen und damit deren unmittelbaren Patientenbezug bedenken. Im Gegensatz zu den medizinisch-technischen Servicemodulen sollten Aspekte, die etwa bei der Anästhesie eine Therapie mit kostengünstigeren, aber wirkungsgleichen Medikamenten und Verbrauchsmaterialien erlauben, nicht alleine im Vordergrund stehen. Vielmehr müssen die für direkte Dienstleister im Krankenhaus zu entwickelnden Verrechnungspreise zusätzlich und insbesondere an der Schnittstelle zwischen zwei ärztlichen Kompetenzgruppen zum Einsatz gelangen. Diese sind dann in professioneller Weise so aufeinander abzustimmen, dass auch im Personalbereich vorhandene Einsparpotenziale erkannt und dann erschlossen werden.

Rationalisierungspotenziale im Personalbereich des Krankenhauses betreffen nach verbreiteter Meinung überwiegend langfristige Entscheidungen. Insofern erscheint die Nutzung von Verrechnungspreisen erforderlich, die nicht nur der kurzfristigen Informationsversorgung und Stärkung des Kostenbewusstseins förderlich sind, sondern auch strategische Entscheidungen der Kern- und Serviceeinheiten koordinieren und auf das übergeordnete Unternehmensziel ausrichten.<sup>150</sup> Ziel der Krankenhausleitung kann es dabei sein, die langfristig orientierten Planungs- und Budgetierungsprozesse für Verrechnungspreise so zu formulieren, dass die Fachseinheiten aktiv an deren Gestaltung teilhaben. Dazu reicht es nicht, wenn Verrechnungspreise

---

<sup>150</sup> Dass Verrechnungspreise auch eine strategische Komponente beinhalten, belegen ALLES/DATAR (1998) in einem modelltheoretischen Rahmen. Auch EWERT/WAGENHOFER (2005) verdeutlichen an einem Rechenbeispiel, dass Verrechnungspreise als Instrument zur Verhaltenssteuerung strategisch gesetzt werden können.

verhaltensbezogene Aspekte der Kerneinheiten bei der operativen Leistungsverwendung berücksichtigen. Sie müssen auch strategische Wirkung besitzen. Damit dieser zusätzliche Steuerungseffekt zum Tragen kommt, ist sicherzustellen, dass bei der Entscheidung für die Reservierung und Verteilung von Kapazitäten einerseits und der Berichterstattung hinsichtlich ihrer voraussichtlichen Verwendung andererseits ökonomische Wertvorstellungen verfolgt werden.

Dieses Argument lenkt den Blick auf ein anderes, in der betriebswirtschaftlichen Literatur zu DRGs und ihren Folgen für das Controlling im Krankenhaus kaum erkanntes Gestaltungsproblem - die Chancen- und Risikoteilung. Während nämlich die Kerneinheiten durch DRGs an Standards gemessen werden und sich gesteigertem Rationalisierungsdruck ausgesetzt sehen, sind die Supportmodule weder mit den Chancen noch den Risiken einer Patientenbehandlung und den damit einhergehenden Gewinn- bzw. Verlustoptionen konfrontiert. In welchem Umfang sie an den Gewinnchancen und Verlustrisiken beteiligt und so zu einer gesamtzielbewussten Nutzung intern bereitgestellter Ressourcen motiviert werden, hängt wesentlich von der Gestaltung der Verrechnungspreise ab. Allerdings scheint es nur wenig ratsam, die Servicemodule den vollen finanziellen Risiken auszusetzen, weil die Entscheidungsspielräume ihrer Leiter gegenüber denjenigen Betten führender Einheiten deutlich eingeschränkt sind. In der Regel entscheiden die Leiter der Facheinheiten über die Aufnahme der Patienten. Deswegen können sie bei einer sich abzeichnenden Budgetüberschreitung Wahleingriffe in die nächste Abrechnungsperiode verschieben oder dafür sorgen, dass die Versorgung komplexer Patientenfälle bzw. die dafür vermeintlich anfallenden Kosten auf krankenhausexterne Anbieter verlagert werden. Ein zur Leistungsunterstützung gebetenes Servicemodul dagegen wird nicht oder zumindest nur in geringem Rahmen festlegen können, ob eine Behandlung stattfindet. Außerdem wird es selbst bei drohendem Budgetengpass die geforderte Erbringung einer Leistung für einen durch das Budget im Kernbereich womöglich noch gedeckten Eingriff kaum verweigern. Wie die Beispiele in Unterabschnitt 2.3.2 und von oben zeigen, kann man dennoch nicht garantieren, dass es den angemeldeten Bedarf in Art, Umfang und Zeit bedingungslos erfüllt. So sind während einer Patientenbehandlung immer einige Regeln zu befolgen, wie etwa die, dass der Operateur und sein Team nur dann die Arbeit aufnehmen können, wenn ein zur Operation abgestellter Anästhesist die Einleitung der Narkose abgeschlossen hat. Die Ergebnisse einer Ultraschalluntersuchung in der Radiologie müssen nicht notwendigerweise in direkter Abstimmung mit dem OP mitgeteilt werden. Daraus den Rückschluss zu ziehen, der Radiologe brauche seine Befunde nicht rechtzeitig vor OP-Start zu liefern, ist aber auch falsch. Die Funktionsärzte aus dem medizinisch-technischen Supportbereich haben eben nur weit mehr Möglichkeiten, ihren Arbeitsrhythmus mit den Plänen der Chirurgie abzuglei-

chen.<sup>151</sup> Damit sich mögliche Ineffizienzen der Leistungserbringer nicht in einem schlechten finanziellen Ergebnis der Auftraggeber niederschlagen, müssen den Servicemodulen in unterschiedlichem Ausmaß Risiken einer Abweichung von einer als optimal identifizierten Steuerungsnorm aufgebürdet werden. Allerdings sind solche Verrechnungspreise nur günstig, wenn das die Vorleistung erzeugende Modul nicht auf dem gesamten Verlust je DRG sitzen bleibt, während das empfangende Fachzentrum den vollen Gewinn bzw. Deckungsbeitrag bekommt.

Die Zuordnung des Erfolgs auf bestimmte Module löst Verhaltensimpulse bei den beteiligten Verantwortlichen aus. Schließlich machen die Profit-Center-Leiter ihre Entscheidungen vom ermittelten Erfolg abhängig, wenn sie auf seiner Grundlage bewertet werden.<sup>152</sup> Das zeigt die enge Kopplung der beiden Gestaltungsanforderungen an Verrechnungspreise im Rahmen von Profit-Centern, der Erfolgsermittlung und der Verhaltenssteuerung. Die Eignung von steuerungswirksamen Verrechnungspreisen hängt deshalb stark von der Struktur und dem Umfang der verrechneten Kosten ab. Werden die tatsächlichen Kostenverhältnisse verschleiert, ist das in dezentralen Entscheidungssituationen, die auf Planbasis zu treffen sind, nur wenig hilfreich. Gleichfalls Fehlentscheidungen bewirken können Verrechnungspreise, die nur Teile der angefallenen oder geplanten Kosten enthalten, weil sie die Modulleiter in den Glauben versetzen, dass die betreffenden Krankenhausleistungen nur wenig kosten. Eng mit diesen Gestaltungsproblemen zusammen hängt, dass der Gewinn als Beurteilungs- und Entlohnungsmaßstab der Center-Verantwortlichen ein stark aggregiertes Maß darstellt. Ein Verzicht auf die Ermittlung gesonderter Ergebnisse und die Bewertung nach der gemeinsamen DRG erscheint als ein Ausweg aus dem Dilemma. Allerdings kann auch das Profit-Sharing, wie es den Verteilungsmechanismen zu Grunde liegt, die auf den DRG-Erlös einer Patientenbehandlung abstellen und ihn auf Basis der InEK-Referenzkosten verteilen<sup>153</sup>, keine Garantie für eine Interessensharmonie im Krankenhaus geben. Innerhalb der herangebildeten Zentren wird diese nämlich nur eintreten, wenn es den für die ökonomischen Belange verantwortlichen Chefärzten und Pflegedienstleitern gelingt, ihr Personal zu motivieren, bei allen Diagnostik- und Behandlungsschritten permanent eine kritische Beurteilung ihrer Arbeiten vorzunehmen. Allen Mitarbeitern muss bewusst sein, dass Kostensenkungsmaßnahmen oder auch systemseitig gerechtfertigte Fallerlöserhöhungen beim Kodieren in den Grenzen des Versorgungsauftrags

---

<sup>151</sup> Eine ähnliche Situation bildet das Fallbeispiel nach, das in Kap. 3.4 der vorliegenden Arbeit entwickelt wird.

<sup>152</sup> Zur Anreizkompatibilität als Gestaltungsprinzip vgl. PFAFF/STEFANI (2006), S. 520. Eine umfassende Modellanalyse effizienter Erfolgsteilungsregeln nimmt VELTHUIS (2004) vor. Zwei Arbeiten, die die hohe Relevanz der Beachtung der Gestaltungsanforderung belegen bzw. Ideen zur Etablierung einer erfolgsbezogenen Vergütung fürs Krankenhaus liefern, sind die von PFÖHLER/DÄNZER (2005), S. 128 und von KOBER (2005).

<sup>153</sup> Ein einfaches Rechenbeispiel zum Profit-Sharing findet sich bei EWERT/WAGENHOFER (2005), S. 497-501.

einen positiven Erfolgsbeitrag leisten. Allerdings ist nicht ohne weiteres davon auszugehen, dass die Leistungsausführenden ihre Kompetenzen und Verantwortlichkeiten wunschgemäß einsetzen. Eine gesamtzielorientierte Weitergabe der positiven DRG-Anreize bis hin zu jedem einzelnen Kostenverursacher bzw. Erlöserzeuger ist wohl nur dann zu erwarten, wenn das Erreichen des Krankenhausgewinnziels dazu beiträgt, persönliche Ziele anzusteuern. Dahinter steht die durch die Agencytheorie beleuchtete und in Unterabschnitt 2.2.3 für die Beziehung zwischen dem Krankenhausträger bzw. -management und den dezentralen Entscheidungsträgern aufgegriffene Steuerungsproblematik, dass die Nutzenvorstellung eines jeden Mitarbeiters nicht mit der ihres Leiters und schon gar nicht mit den Zielen zusammenfallen muss, die das Gesamtkrankenhaus verfolgt. Nichtsdestotrotz ist von einem Multiplikatoreffekt innerhalb der Module für das aufgestellte Gewinnziel auszugehen, wenn es gelingt, die Center-Inhaber im Kern- und Supportbereich zu verstärkten Wirtschaftlichkeitsanstrengungen zu bewegen.<sup>154</sup>

Als Fazit lässt sich feststellen, dass Verrechnungspreise im Krankenhaus für die Kostenkontrolle und -rechtfertigung im Rahmen der DRGs maßgebend sind (Anforderung 1). Aber erst bei dezentralen Controlling-Strukturen mit Gewinnverantwortlichkeit der Kern- und Serviceleiter können sie ihre volle Gestaltungswirkung entfalten. Eine besondere Bedeutung erhalten sie dabei einerseits, um die Erfolge der dezentralen Einheiten ermitteln und bewerten zu können (Anforderung 2), andererseits, um bei ihren Verantwortlichen Verhaltensanreize auszulösen, Gewinn bringend zu entscheiden und zu handeln (Anforderung 3). Es stellt sich die Frage, wie die Praxis die InEK-Minimalanforderungen und die Gestaltungsvorgaben des Krankenhauses für die Verrechnungspreisbildung bewertet. Die Antwort darauf gibt Abschnitt 3.3.

### 3.3 Induktiv abgeleitete Gestaltungsanforderungen aus Experteninterviews

Im vorigen Kapitel wurden die Anforderungen diskutiert, die an die Gestaltung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus zu stellen sind. Nun sollen die Ergebnisse von Expertenbefragungen hinzugezogen werden. Sie können Aufschluss über die Anforderungen in der Praxis geben. Nach einer kurzen Beschreibung des Implementierungsstandes und dem generellen Interesse an Verrechnungspreisen soll untersucht werden, welche praktische Bedeutung den oben identifizierten Gestaltungsanforderungen zukommt (Unterabschnitt 3.3.1). Anschließend

---

<sup>154</sup> Diese Hebelwirkung betont PHILIPPI (1989), S. 537. Indirekt werden dabei die hierarchischen Strukturen innerhalb der Ärzte- bzw. Pflegeschafft kritisiert. Mit der Modularisierung gewinnt der Teamarztgedanke an Bedeutung, vgl. VERA/KUNTZ (2007), S. 176. Trotz kollegialer Führungsstrukturen wird es innerhalb der Organisationseinheiten aber eine letztverantwortliche Instanz geben.

steht zur Diskussion, ob weitere Aspekte bei der Verrechnungspreisbildung eine Rolle spielen sollten, weil sie von den Befragten als wesentlich empfunden werden (Unterabschnitt 3.3.2).

### *3.3.1 Krankenhauspraktische Relevanz der ermittelten Gestaltungsanforderungen*

Ausgangspunkt jeder zielorientierten Bewertung von Verrechnungspreisen und ihrer Ausgestaltung ist das unternehmerische Handlungskonzept. Fragen nach der Zweck- und Rechtmäßigkeit der organisatorischen Strukturen sind jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchungen. Sie sind nur insoweit von Interesse, als sich daraus Besonderheiten für den Einsatz und die Wirkungsweise krankenhauser interner Informations- und Steuerungssysteme ergeben. Daher wurden die ausgesuchten Experten im Rahmen des ersten Themenblocks nach der allgemeinen Bedeutung von Verrechnungspreisen unter gegebenen bzw. sich wandelnden organisatorischen Bedingungen befragt. Trotz der Unterschiede in der jeweiligen Gestaltungssituation und den individuell verfolgten Zielen herrscht unter den befragten Krankenhäusern weitgehend Einigkeit. Danach wird der generelle Nutzen von Verrechnungspreisen bei einer stärkeren Dezentralisierung von ökonomischen Entscheidungskompetenzen und Verantwortung für Ressourcen als durchgehend hoch eingestuft.<sup>155</sup> Während ein Teil der Krankenhäuser mindestens seit 1993 über ihre Einführung nachdenkt oder erfolgreich mit ihnen praktiziert (A, C, D, E und H), beschäftigen sich B, F und G (wiederholt und) intensiv frühestens seit 1997 mit dieser Thematik – eine Bestätigung für die für Deutschland vertretenen Wirkungsannahmen und Organisationseffekte von festen Budgets und Preisen.<sup>156</sup> Von den meisten Interviewpartnern wird es dabei als bedeutsam erachtet, nur Teile der Budgets der Serviceeinheiten über Verrechnungspreise an deren Leistungen zu koppeln. Es wurde auch nach dem Grund gefragt, wieso Verrechnungspreise als Instrument der Budgetverteilung in der Krankenhauspraxis so vielfältig ausgestaltet und uneinheitlich gehandhabt werden. Fast alle Interviewpartner verweisen in diesem Kontext auf die unzureichende Infrastruktur der Kostenrechnung und der Informationstechnologie. Dabei sieht sich Krankenhaus C gefordert, aber weder heute noch in naher Zukunft in der Lage, die zeitlichen und personellen Ressourcen aufzubringen, um Informationsdefizite bei der Leistungserfassung und -planung auszumerzen. Einen Schritt weiter ist Krankenhaus D, dessen Referent erklärt, inzwischen über die Voraussetzungen zu verfügen, um Ressourceneinsätze im erforderlichen Detaillierungsgrad dezentral analysieren zu können. Aus langjähriger Erfahrung weiß er aber auch zu berichten, dass der

---

<sup>155</sup> An dieser Stelle sei stellvertretend je eine Aussage der Interviewten der Krankenhäuser G und H zitiert. Während der erste Gesprächspartner feststellt, dass es nicht länger ausreicht, „wenn man im Durchschnitt liegt“, äußert sich der zweite folgendermaßen: „Geld liegt im Prozess begraben. Nur dort lässt es sich heben.“

<sup>156</sup> Siehe dazu die Ausführungen in Kap. 2.2.2.

Ausbau zu einem umfassenden Profit-Center-Modell über Verrechnungspreise nur in dem Maße voranschritt, wie sich die Unschärfen der Informations- und Datenlage beheben ließen.

Einigkeit zwischen den Experten besteht aber nicht nur in Bezug auf den Stand ihrer realisierten Systeme bzw. den Bedarf an ihrer Überarbeitung. Auch die Anforderungen an Verrechnungspreise, nach denen sie im zweiten Themenblock befragt wurden, sind kaum umstritten.

(a) Ein auf den ersten Blick etwas undurchsichtiger Stellenwert kommt ihnen nur im Zusammenhang mit dem DRG-Thema „Kostenträgerrechnung“ zu. Wie schon dargelegt, sind Verrechnungspreise für die DRG-Kalkulation so auszubauen, dass sie den vom InEK erteilten und in einem Handbuch dokumentierten „Fallauftrag“<sup>157</sup> erfüllen. Diese Auffassung wird von den Befragten im Krankenhaus grundsätzlich geteilt. Die Umsetzung der kalkulatorischen Gestaltungsanforderungen erfolgt jedoch auf ganz unterschiedliche Weise. Eine ausgeprägte InEK-Steuerung weist Krankenhaus E auf. Es ist stark darauf ausgerichtet, der gesetzlichen Vollkostenverrechnung Folge zu leisten. Ähnlich verhält es sich in den Einrichtungen B und H, die unabhängig von der angestrebten Vollerhebung der Fallkostendaten einen Bedarf erkannt haben wollen, die Patientenbehandlung mehr in den Mittelpunkt ihrer bislang vorwiegend auf Kostenstellen ausgerichteten Budgetsysteme zu stellen. Eine weitere und genauere Differenzierung entzieht sich allerdings jeder Grundlage. So scheinen die Interviewten häufig keine genaue Vorstellung davon zu haben, welche Anforderungen das InEK an die Herleitung von Verrechnungspreisen überhaupt stellt, wenn diese der Ermittlung landeseinheitlicher BRs für die DRG-Vergütung von Krankenhausleistungen dienen sollen. Die Erfassung und Verrechnung von Istkosten etwa wird nicht ein einziges Mal als beachtenswerter Gestaltungsaspekt genannt, obgleich der vom InEK herausbrachte Leitfaden seine Kalkulation darauf stützt.

Dafür bejaht die Vielfalt und Widersprüchlichkeit der Expertenpositionen in gewisser Weise den als zweckmäßig erachteten Integrationsansatz, wonach eine handbuchkonforme Verrechnungspreisermittlung ausreichend Freiheiten lässt, sie Nutzen stiftend in Gestalt eines auf die krankenhausesindividuellen Anforderungen zugeschnittenen Controlling-Instrumentariums weiterzuführen.<sup>158</sup> In diese Richtung zielt auch die von den meisten Praktikern geäußerte Ansicht,

---

<sup>157</sup> Vgl. Interview E. Die damit verbundenen Aufgaben, zuvorderst die Datenübertragung und die Katalogpflege, verursachen nach Ansicht des Gesprächspartners aus Krankenhaus B diesem bis zu 30.000 € Kosten pro Jahr.

<sup>158</sup> Der Interviewte aus Krankenhaus F behauptet in diesem Zusammenhang sogar, die Gestaltungsvorgaben des InEKs seien so gering, dass im Prinzip jedes bundesdeutsche Krankenhaus über ein Rechnungswesen verfügen müsse, das ihnen gerecht wird. Der Praxisreferent aus Krankenhaus E dagegen weist auf rechentechnische Schwierigkeiten hin, die die verpflichtende Teilnahme am InEK-Kalkulationsmodell aufwirft. Kranken-

dass die kalkulatorische Beschränkung auf den stationären Teil der Krankenhauskosten keinen Sinn macht. Danach sollten den Krankenhäusern A, F, G und H zufolge die Kosten für die Behandlung ambulanter Patienten nicht ausgegliedert, sondern in die Verrechnungspreisbildung einbezogen werden.<sup>159</sup> Demgegenüber wird vorgeschlagen, nicht DRG-relevante Kostenbestandteile aus Fragen der Verrechnungspreisgestaltung auszusparen.<sup>160</sup> So wurden investive Kosten von den Befragten als „ganz andere Welt“<sup>161</sup> und als getrennt zu behandelndes Thema eingeordnet, weil sie nicht im Einflussbereich der dezentralen Einheiten liegen und die Erreichung von Erfolgszielen erschweren. Diese Feststellung geht über die schon diskutierten Anforderungen an Verrechnungspreise hinaus, rechtfertigt jedoch das bei der Profit-Center-Bildung zu Grunde gelegte Postulat, Akteure nur dann für Budget- bzw. Ergebnisabweichungen zur Verantwortung zu ziehen, wenn die Abweichungsursachen von ihnen steuerbar sind.

(b) Von den Interviewten ausdrücklich als bedeutsam eingestuft, sollen Verrechnungspreise im Krankenhaus der Ermittlung und Bewertung der Erfolge der organisatorischen Einheiten dienen, die in Leistungsbeziehungen zueinander stehen. Bei ihrer Gestaltung geht es weniger um die informatorische Unterstützung der Entscheidungs- und Leistungsträger auf dezentraler Ebene. Sie soll vielmehr darauf abstellen, die Leitung des Krankenhauses mit entscheidungsunterstützenden Informationen zu beliefern. Die Informationen, die ihr übermittelt werden, können offenbar nicht genau genug sein. Diese Feststellung erklärt zumindest den (auch vom InEK gehegten) Wunsch aller acht Praxisreferenten, die Ressourcen im Krankenhaus mittels Verrechnungspreisen verursachungsgerecht aufzuteilen. Ansonsten könnten Anpassungen im Leistungsangebot nicht mehr ausreichend fundiert vorgenommen werden. Eine Entscheidungssituation, vor der momentan auch die Krankenhäuser B, C, D und F stehen, ist die Erweiterung des Leistungsprogramms. Es ist einsichtig, dass sie aus Sicht der Erfolgsermittlung nur solche Serviceleistungen quantitativ ausweiten wollen, deren zuzurechnende Kosten durch die innerbetrieblichen Erlöse mindestens gedeckt sind. Entsprechend möchte man den Ausbau der verschiedenen Einheiten im Fachbereich nur dann vorantreiben, wenn möglichst Gewinne erwirtschaftet werden. Bei Unwirtschaftlichkeit sollen sich mit Hilfe von Verrechnungspreisen Überlegungen anstellen lassen, die im Angebot befindlichen Kernleistungen im Rahmen des medizinisch Machbaren aufzugeben, zumindest aber im Umfang zu reduzieren.

---

haus B fasst die Mehrheitsmeinung zusammen, ein „geschlossener Kreis“ der Rechensysteme bringe vor allem Vorteile.

<sup>159</sup> Während in der Handchirurgie bis vor kurzem 2.000 Patienten im Jahr behandelt wurden, sind es heute in der Summe nicht weniger. Allerdings wird in Krankenhaus G nur noch etwa ein Viertel davon stationär versorgt.

<sup>160</sup> Vgl. stellvertretend Interview D und Interview F.

<sup>161</sup> Vgl. Interview F.

Auch das Controlling in Krankenhaus H verwendet die dezentralen Erfolge als Informationsgrundlage für eine Erweiterung seines Leistungsspektrums, wobei dabei natürlich der gesetzlich bestehende Versorgungsauftrag Beachtung findet. Allerdings nehmen dort besonders Kooperationsansätze mit externen Partnern zur Steigerung der DRG-Fallzahl hohes Gewicht ein. Eine zweite Umstrukturierungsentscheidung, bei der Verrechnungspreise nach Ansicht der Vertreter der Krankenhauspraxis eine Rolle spielen sollten, ist die Leistungsangebotsverringering. Beschäftigt sich das Krankenhaus damit, will es die derzeitigen Ressourcen möglichst weg von Betriebsbereichen lenken, die den (beabsichtigten) Unternehmenserfolg schmälern.<sup>162</sup>

(c) Eng verknüpft mit dem Ziel der Erfolgsermittlung ist für die Befragten eine motivatorische Wirkung von Verrechnungspreisen.<sup>163</sup> Als besonders wichtig empfinden sie dabei, dass der gewählte Ansatz die arbeitsteiligen Einheiten im Krankenhaus, nicht dessen leitende Kräfte als primäre Informationsadressaten versteht. Auf diese Weise sollen die Entscheidungen der verschiedenen medizinischen Kern- und Servicezentren zur Erreichung der krankenhauserganzheitlichen Gewinnziele beitragen. Es steht außer Frage, dass die sich aus dem Patientenfall ergebende Notwendigkeit zentrales Kriterium aller dezentralen Entscheidungen ist.<sup>164</sup> Solange keine Qualitätsdiskriminierung betrieben werden muss, sind die Entscheidungen aber an budgetären Kriterien auszurichten. Um dies zu erreichen, sollen Verrechnungspreise die Supportmodule zu einer kostenkritischen Prüfung der bei ihnen nachgefragten Leistungsmengen bei gegebenen Kapazitäten anregen.<sup>165</sup> Auf der anderen Seite will man den Ärzten und Pflegekräften in den Fachkliniken die wirtschaftlichen Vor- und Nachteile aufzeigen, die von der kurzfristigen Entscheidung ausgehen, Leistungen aus dem Servicebereich zu beziehen.<sup>166</sup> Die befragten Krankenhäuser wollen aber auch über die mittel- bis langfristigen Konsequenzen der dezentralen Entscheidungen informiert sein. Eine Möglichkeit, die Verantwortungsträger im Segment Krankenversorgung auch die Auswirkungen ihrer strategischen Entscheidungen direkt spüren zu lassen, liegt in der Planung der Mengen für Transferleistungen, die hinsichtlich der Fallzahlpläne des Gesamtkrankenhauses aufeinander abgestimmt sind.<sup>167</sup> Solche Gestaltungswünsche stellen hohe Anforderungen an Verrechnungspreise im Rahmen der Internen Budgetierung, weil sie unter der Annahme von erwarteten DRGs funktionieren müssen. Dafür

---

<sup>162</sup> Ein Hauptproblem dabei ist für den Interviewten aus Krankenhaus B, wenn so offenbarte Schwächen bei der Leistungserbringung sich selbst bei angepasstem Patientenaufkommen nicht beseitigen lassen, etwa aus Versorgungsgründen. Welche Rolle der Dispositionscharakter von Kosten für die Verrechnungspreisbildung spielt, wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit detailliert behandelt.

<sup>163</sup> Vgl. v. a. Interview B, Interview D und Interview H.

<sup>164</sup> Vgl. Interview C, Interview E.

<sup>165</sup> Vgl. u. a. Interview C und Interview D.

<sup>166</sup> Vgl. Interview B, v. a. aber Interview F und Interview G.

<sup>167</sup> Vgl. neben Interview H insbesondere auch das Interview E.

ist die in Abschnitt 2.4 aufgestellte These, eine InEK-konforme Erlösverteilung auf die Kern- und die Funktionseinheiten im Servicebereich lasse sich für die Gestaltung krankenhausesindividueller Verrechnungspreise nutzen, durch praktische Erfahrung präzisiert: Zwar können bei Bildung nach anteiligen CWs unerwünschte Verzerrungen auftreten; eventuell ist die Bemessung der Mengenpläne für die interne Leistungserbringung nach der zu erwartenden Beschäftigung jedoch ein effektiver Mechanismus, um die operativ agierenden Zentren zu einem Verhalten anzuregen, das den Zielen des Krankenhauses bei strategischer Planung gerecht wird.

Die hohe Bedeutung von gesamtzielkonsistenten Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Personalführung wird von allen Interviewten bekräftigt. Trotzdem stellt ein großer Teil der befragten Krankenhäuser seine Überlegungen eher einseitig auf die Einheiten im Fachbereich ab. Das erklärt, warum die in der Praxis vorzufindenden oder geplanten Verrechnungspreise in ihren Ausformungen oft nur wenig auf die Bedürfnisse der Supporteinheiten abgestimmt sind. Ein passendes Beispiel liefert die Situation in Krankenhaus G. Deren Kerneinheiten planen und reservieren Kapazitäten und bedienen sich an ihnen, wenn es erforderlich wird. Eine Bestrafung für eine Bezugsmenge, die von der beabsichtigten etwa nach oben hin abweicht, ist nicht vorgesehen. Das bedeutet aber auch, dass die Supporteinheiten ihre erbrachte Mehrarbeit nicht vergütet bekommen. In den Krankenhäusern D und F wird dagegen der Chancen- und Risikoteilung bei der Verrechnungspreisbildung ein hoher Stellenwert zuerkannt. Außerdem kommt dort den zwei Gesprächspartnern zufolge ein Verrechnungspreissystem zum Einsatz, welches dem differenzierten Angebot der Dienstleister Rechnung tragen kann. Diese Erkenntnis bestätigt, was in Unterabschnitt 3.2.2 thematisiert wurde: Ob und in welcher Weise auf Verrechnungspreise gesetzt wird, die zur Lösung von Motivationsproblemen der Kern- und Serviceeinheiten beitragen, ist eng mit der oft mangelnden Transparenz im Krankenhaus und dessen (Zurück-)haltung verknüpft, ein umfassendes Profit-Center-Modell zu etablieren.

In der Gegenüberstellung mit den empirischen Aussagen bestätigen sich die deduktiv hergeleiteten Gestaltungsanforderungen in den meisten Fällen. Unterstrichen wurde dabei, dass Verrechnungspreise (b) den Gewinnbeitrag der Kern- und Servicemodule ermitteln und (c) die Dispositionen ihrer verantwortlichen Leiter so beeinflussen sollen, dass mit den dezentralen Erfolgen zugleich den übergeordneten Unternehmenszielen gedient ist. Neu ist die Erkenntnis, dass die Herleitung der ihnen zu Grunde liegenden Planzahlen eng am Erlösbudgetrahmen des Krankenhauses auszurichten ist, der mit Start in die Konvergenzphase von den offiziellen DRG-Katalogdaten bestimmt wird. Begründet wird diese Anschauung mit dem Merkmal der mittel- bis langfristigen Erfolgszielorientierung, das Verrechnungspreisen im

Rahmen der Internen Budgetierung bei alleiniger Orientierung an den Kosten für eine Serviceleistung bei definierten Potenzial- und Prozessstrukturen weitgehend fehlt. (a) Von einem eher untergeordneten Interesse erscheint den Krankenhäusern dagegen die Teilnahme an der Fallkostenkalkulation. Diese Erfahrung erstaunt zuerst, deckt sich jedoch mit den vorherigen Feststellungen, wonach das InEK-Kalkulationshandbuch zwar gewisse Anforderungen an die Gestaltung von Verrechnungspreisen stellt, gleichzeitig aber relativ freie Hand bei deren Umsetzung lässt. Sehr zweckmäßig ist es nach Meinung der Interviewpartner überdies, wenn die mit der staatlichen Investitionsförderung verbundenen Kosten der Abschreibung nicht in die krankenhausinternen Berechnungen einfließen. Sehr wohl zu einem rechnerischen Bestandteil sollen ambulante Kosten gemacht werden. Anstatt mit rein stationären Kostenpreisen zu arbeiten, gelten somit die gesamten Betriebskosten als Maßstab der Verrechnungspreisbildung.

### *3.3.2 Zusätzliche beachtenswerte Gestaltungsanforderungen*

Es ist von praktischer Seite bekräftigt, dass Verrechnungspreise für Krankenhauserviceleistungen nach Möglichkeit drei Anforderungen zu erfüllen haben. Die dezentrale Erfolgsermittlung, die Verhaltenssteuerung und die Kostenrechtfertigung stehen daher als Gestaltungsvoraussetzungen in der weiteren Diskussion um verschiedene Verrechnungspreistypen im Vordergrund. Daneben werden von einigen Interviewpartnern Kriterien aufgeführt, die eine genauere Betrachtung verdienen. Diese sind in ihren Ausprägungen zum Teil nur wenig spezifisch auf die Verrechnungspreisbildung ausgerichtet. Das ist eine Erklärung dafür, weshalb sie sich nicht unmittelbar aus dem Gewinn-, sondern eher aus dem Qualitätsziel eines Krankenhauses heraus bestimmen lassen, was im weiteren Verlauf noch genau dargestellt werden soll.

Nach Aussage der interviewten Krankenhäuser ist vor allem der Bedarf an Vereinfachungen groß. Darunter lässt sich eine Reihe von Verwendungsmöglichkeiten subsumieren, die in den Lehrbüchern zu Verrechnungspreisen Beachtung finden, in der Regel aber eher am Rande angesprochen werden. In diesem Zusammenhang sieht Ansprechpartner B die Wirkungen von Verrechnungspreisen umso stärker, je eher es mit ihnen gelingt, exogene Kostenschwankungen so auszugleichen, dass sie aus den krankenhausinternen Berechnungen herausfallen. Durch eine Entkopplung von Marktpreisschwankungen lassen sich die maßgeblichen Ursachen für unerwünschte Ergebnisabweichungen schneller klären und abstellen. In den Augen des Interviewten B können aber nicht nur sich überlagernde Preis- und Mengeneffekte eliminiert und auf diese Weise interne Kostenkontrollen erleichtert werden. Auch die Durchführung der Fallkostenkalkulation, wie sie der Gesetzgeber verlangt, beschleunigt sich. Eine

schnelle und zielgerichtete Interpretierbarkeit der durch Verrechnungspreise zur Verfügung gestellten Informationen und Auswertungen erfordert ein gewisses Maß an Praktikabilität. Den Interviewten aus Krankenhaus F und D ist es deshalb wichtig, sich auf eine bestimmte Zahl an Verrechnungspreisen zu beschränken. Das gehe zwar zu Lasten der Kostenhomogenität. Wollte man aber der Heterogenität des Patientenspektrums in vollem Umfang Rechnung tragen, würde das System unübersichtlich und nicht mehr handhabbar. Zudem würde man Verhaltenssteuerungsprobleme im Krankenhaus nicht im angestrebten Umfang lösen, sondern „Scheinkämpfen“<sup>168</sup> einen Platz einräumen und auf diese Weise Konfliktlinien bloß verlagern.

Besondere Bedeutung besitzen Verrechnungspreise in der Krankenhauspraxis aber nicht bloß für die Vereinfachung der Kostenrechnung. Als mindestens genauso wichtig erachten es die Interviewten, dass die Anwendung von Verrechnungspreisen der Sicherung der Akzeptanz dient. Dass persönliche Bedürfnisse der Entscheidungs- und Leistungsträger auf dezentraler Ebene nicht unbeachtet bleiben dürfen, haben die abschließenden Erläuterungen in Unterabschnitt 2.2.3 und die vorherigen Ausführungen zur Erfolgsermittlung und -bewertung schon demonstriert. Den dezentralen Einheiten eine an der Gewinnzielerreichung gebundene Vergütung anzubieten, kann aber nur ein Aspekt sein. Der Ansatzpunkt, bei allen Krankenhausmitarbeitern Akzeptanz zu schaffen, besteht nach Meinung der Praxis darin, Mitwirkungsrechte bei der Einführung und Nutzung von Verrechnungspreisen einzuräumen. Das könnte nach Aussage der Experten aus den Krankenhäusern C und E zum Beispiel so aussehen, dass Orientierungsgespräche mit Mitarbeitern geführt werden, um die gegenseitige Interessenslage und die Erfolgsaussichten von Verrechnungspreisen besser abschätzen zu können. Im Laufe ihrer Entwicklung müssen die Prozesse dann fortwährend kritisch geprüft und hinterfragt, eventuelle Schwachstellen am und im System korrigiert werden. Weitgehend einheitlich fällt in diesem Zusammenhang die Meinung der Interviewten aus, dass Verrechnungspreise insbesondere bei ihrem erstmaligen Einsatz Akzeptanz erfahren müssen.<sup>169</sup> Der nachvollziehbare Grund dafür liegt in den im Krankenhaus größtenteils vorhandenen Strukturen und Denkweisen, bei denen jeder Neuerung mit erheblicher Skepsis begegnet wird, weil oft jahrzehntelang vertraute und eingeübte Verhaltensschemata nur widerwillig verworfen werden. Neue Wege bedürfen demnach Verrechnungspreise, die eingängig und nachvollziehbar sind. Das bedingt Vereinfachungen der Kostenrechnung. Anders ausgedrückt sind differenzierte Verrechnungspreissysteme geeignet, um einen gemeinsam erzielten Erfolg aufzuteilen, und dennoch wertlos, da sie der Verhaltenssteuerung und dem Praxisanspruch nach Akzeptanz entgegenstehen.

---

<sup>168</sup> Vgl. Interview D.

<sup>169</sup> Vgl. u. a. Interview A, Interview C und Interview D.

Wie die drei Hauptanforderungen stellen auch die zusätzlich identifizierten Gestaltungskriterien der Einfachheit und Akzeptanz Indikatoren für den Nutzen von Verrechnungspreisen und der von ihnen gelieferten Informationen dar. Eine abschließende Beurteilung kann aber nur getroffen werden, wenn die Kosten gegenübergestellt werden, die die Entwicklung von Verrechnungspreisen verursacht. Diese werden als erheblich eingestuft. Der Hauptgrund dafür liegt im mangelnden Gehalt und in der fehlenden Zeitnähe der Informationen, die die Kostenrechnung des durchschnittlichen Krankenhauses nach Meinung der befragten Referenten ausmachen, deren Qualität sich mangels Ressourcen aber nur schwer steigern lässt. Auf der anderen Seite sind sich die Krankenhäuser bewusst, dass sich ihre Situation nur verbessert, wenn kostenwirksame Anpassungen in der Kostenrechnung vorgenommen werden, deren Optimierung Verrechnungspreise ja gerade dienen sollen. Es handelt sich so um ein Dilemma, ähnlich der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Fallkostenkalkulation bzw. den Ausbau der Kosten- zu einer Kostenträgerrechnung, das bloß in der Gesamtschau zu lösen ist.

Die in diesem Kapitel 3 vorgestellten Gestaltungsanforderungen geben Eigenschaften an, die man sich von Verrechnungspreisen im Krankenhaus erhofft. Die Erfolgsermittlung und die Verhaltenssteuerung stellen die zwei Anforderungen dar, die unter Gesichtspunkten der Entscheidungsdelegation mit Profit-Centern erfüllt werden sollen. Wenn auch nicht sofort zu erkennen, gedenkt man auch die Kostenrechtfertigung des Krankenhauses gegenüber den Krankenkassen und Regulierungsbehörden aus dem unternehmerischen Gewinnziel heraus zu erhalten. Der Grund dafür ist, dass die vorliegende Arbeit kein Instrumentarium aus zwei parallelen Informationssystemen entwickeln, sondern eine Abstimmung zwischen dem Ergebnis nach externer Rechnungslegung und dem kalkulatorischen Gewinn des Krankenhauses erreichen möchte. Die Aspekte der Einfachheit und Akzeptanz erwartet man sich vor allem aus Überlegungen zur Zufriedenheit des Personals. Die Ziele der Mitarbeiter zu den Gewinnzielen des Krankenhauses zu machen, ist Aufgabe der Verhaltenssteuerung. Sie sind aber auch fest mit dem Qualitätsziel der Patientenversorgung auf höchstem Niveau verbunden.<sup>170</sup> Inwieweit sich die erhofften Ergebnisse einstellen, lässt sich erst beurteilen, wenn die Eigenschaften von Verrechnungspreisen einer Analyse unterzogen werden, die alle Anforderungen berücksichtigt. Ein kurzes Fallbeispiel soll helfen, sich dabei ergebende Konflikte genauer zu verstehen.

---

<sup>170</sup> Vgl. dazu wiederholend die Ausführungen im hinteren Teil von Kap. 2.2.3 und die dort angegebenen FNen.

### 3.4 Beispiel zu Konflikten zwischen den Gestaltungsanforderungen

Aus den vorausgehenden Ausführungen lässt sich ableiten, dass die externen Gestaltungsanforderungen an Verrechnungspreise und die Gruppe interner Aspekte hinsichtlich ihrer Erfüllung in Konkurrenz zueinander stehen. Auch zwischen den Anforderungen an die Erfolgsermittlung und -beurteilung auf der einen Seite und der Verhaltenssteuerung der Module auf der anderen Seite können Konflikte entstehen. Tatsächlich zeigen sich die damit verbundenen Probleme innerhalb der internen Gruppe besonders scharf. Zur Illustration dieser Behauptung soll ein einfaches Rechenbeispiel dienen. Angenommen, eine internistische Klinik beauftragt ein radiologisches Zentrum zur Durchführung einer Röntgenaufnahme vom Thorax. Bestätigt diese den Verdacht auf ein Emphysem in der Lunge, muss der Patient internistisch versorgt werden. Bei einem normgerechten Befund dagegen kann seine Entlassung veranlasst werden.

Für die unmittelbar am transportablen Patienten durchführbare Routineserviceleistung fallen in der Radiologie Kosten in Höhe von 80 € an. Erhält die Einheit ihre Kosten in vollem Umfang vergütet, fällt nach Abbildung 4 der Verlust der Diagnoseleistung bzw. der kompletten DRG in der internistischen Klinik an. Das Ergebnis informiert diese über die fehlende Attraktivität der Leistungserbringung bei gegebener Kostensituation. Diese Vorgehensweise ist vom Gesetzgeber gewollt. Anreize, effizient zu agieren, bestehen für die Radiologie bei garantierter Abdeckung der angesetzten Kostenarten aber keine. Deckt der Verrechnungspreis nicht die tatsächlichen, sondern standardisierte Kosten über 60 € ab, verbleibt die Kostendifferenz ergebniswirksam beim radiologischen Zentrum, das nun seinerseits das Risiko der Patientenbehandlung trägt. In der Regel entscheidet die Serviceeinheit selbständig und akut, ob etwa der Röntgenstrahler ans Krankenbett oder der Patient in die Radiologie gebracht wird oder wie viele Röntgenbilder nötig sind, um die vermuteten Anomalien in der Lunge zu belegen. Aus dem Blickwinkel der Verhaltenssteuerung ist damit ein Anreiz geschaffen, die Ist- an die Standardkosten anzunähern. Das Ergebnis des Auftraggebers erscheint mit 10 € erstmalig positiv, die Leistungserbringung der DRG lohnend. Das Krankenhaus als Ganzes erwirtschaftet jedoch weiterhin einen Verlust. Aus seiner Perspektive ist die Patientenbehandlung wirtschaftlich ohne jegliches Interesse. Dringen Informationen über die realen Kostenverhältnisse in der Radiologie, etwa wegen unzureichender dezentraler Controlling-Strukturen, nicht bis zum Fachklinikum durch, können Anpassungsentscheidungen in Bezug auf die Leistungserbringung nicht erfolgen. Das Problem dabei ist, dass der dort ausgewiesene Erfolg in Wahrheit überhaupt nicht anfällt, weil beim Servicezentrum die Ist- um 20 € über den Standardkosten liegen. Dadurch liegt ein Konflikt zwischen der Erfolgsermittlung und der Steuerung vor.

	<b>Internistische Klinik</b>		<b>Radiologie</b>	
Primärerlös (€)	1000		-	
Primärkosten (€)	930		-	
	Istkosten	Standard- kosten	Istkosten	Standard- kosten
Sekundärerlös (€)	-	-	80	60
Sekundärkosten (€)	80	60	80	80
<b>Ergebnis (€)</b>	<b>-10</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>-20</b>

Abbildung 4: Beispiel zu Konflikten zwischen den Gestaltungsanforderungen

	<b>Internistische Klinik</b>		<b>Radiologie</b>	
Primärerlös (€)	1000		-	
Primärkosten (€)	930		-	
	Vollkosten	Teilkosten	Vollkosten	Teilkosten
Sekundärerlös (€)	-	-	80	20
Sekundärkosten (€)	80	20	80	80
<b>Ergebnis (€)</b>	<b>-10</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>-60</b>

Abbildung 5: Fortsetzung des Beispiels zu Verrechnungspreisen im Krankenhaus

Ein solcher ist in ganz ähnlicher Weise anzutreffen, wenn Teil- und Vollkostenpreise zur personellen Koordination von Budgets miteinander verglichen werden. Dazu dient das Beispiel gemäß Abbildung 5. Aus ihr geht hervor, dass bei Ansatz der vollen (Ist-)Kosten die betrachtete Facheinheit erneut den Verlust von 10 € in vollem Umfang zu tragen hat. Die Radiologie dagegen erzielt ein ausgeglichenes Ergebnis. Damit ist der korrekte DRG-Erfolgsbeitrag im internistischen Zentrum ersichtlich. Um ein Bewusstsein für die tatsächlich entstandenen Kosten zu schaffen, erscheint dieses Ergebnis dagegen ohne Wert, da Anreizprobleme beim betrachteten Dienstleister nach obigem Beispiel über Standardkosten behoben werden sollten,

nicht über Istkosten. Diesem Mangel kann man nach der gängigen Literaturmeinung abhelfen, wenn Verrechnungspreise gezielt auf die Beeinflussung ganz bestimmter Kostenarten ausgerichtet sind.<sup>171</sup> Im vorliegenden Fall könnten sie zum Beispiel so ausgestaltet sein, dass ausschließlich die Materialkosten für Kontrastmittel und alle weiteren zur Behandlung benötigten Substanzen angesetzt und entsprechend ihrer fiktiv angenommenen Höhe von 20 € intern weiter verrechnet werden. Als Ersatz für das schon kritisch aufgenommene Fehlen eines dezentralen Controlling sei dabei postuliert, die Budgetverteilung erfolge auf Basis der Kalkulationsdaten.

Prinzipiell ließe sich die mit einer DRG erzielbare Erlössumme problemlos um ausgewählte Kostenbestandteile vermindern. Dazu sind alle nicht relevanten Teilgewichte vom Kostengewicht der gemeinten G-DRG abzuziehen. Das Erlösvolumen würde sich reduzieren, was eine niedrigere Verrechnungsgröße in Form der augenblicklich krankenhausindividuellen BR zur Folge hätte. Aus methodischer Sicht allerdings ist die Kostenausgliederung in hohem Maße skeptisch zu sehen. Schließlich erfolgt die Bemessung der CWs bzw. EWs bekanntermaßen auf Vollkostenbasis. Werden bei der DRG-Zuweisung dennoch Kosten in bestimmter Höhe ausgeklammert, die dimensionslosen Relationen jedoch gleichzeitig unverändert übernommen, sind solche Teilkostenpreise wegen ihres willkürlichen Charakters kaum durchsetzungsfähig. Eine umfassendere Begründung für ihre Ablehnung ist, dass sich die beispielhafte Leistungsbeziehung zwischen der Radiologie und der internistischen Klinik nicht auf Sachmaterialien beschränkt, sondern sie besonders auch durch einen hohen Personaleinsatz charakterisiert ist. Der theoretisch vorgebrachte Einwand, dass sich *nur* Teilkosten zur Steuerung von Mengenentscheidungen auf dezentraler Ebene eignen, kann nicht generell gehalten werden.<sup>172</sup>

Eine mögliche Lösung des Konflikts zwischen der theoretischen Forderung nach Verrechnung ausgesuchter Kosten und den wahren Verhältnissen im Krankenhaus stellen nach bisherigen Erkenntnissen Standardkostenpreise dar. Ob die Arbeit mit ihnen aber in jeder Situation überzeugt, ist spätestens nach den Ausführungen zu Teil- versus Vollkostenpreisen eher ungewiss. Aufkommende Befürchtungen, dass ein Standard nicht automatisch eine effektive Steuerung der Supporteinheit aus der Radiologie nach sich zieht, finden ihre Berechtigung, wenn erneut EW-Anteile, dieses Mal in ihrer Funktion als standardisierte „Marktgrößen“, erhalten sollen. Dabei sei angenommen, die internistische Fachklinik erhalte den krankenhausunternehmerischen Auftrag, die OP-Kernzeit je Patient zu verkürzen und damit auch sparsamer mit radiologischen Dienstleistungen umzugehen. Legt man das G-DRG-Modell der Budgetverteilung

---

<sup>171</sup> Zur Konzeption und zu den Charaktereigenschaften von Voll- und Teilkostenpreisen siehe Kap. 4.4.1.

<sup>172</sup> Vgl. dazu ausführlich Kap. 4.4.1 und besonders Kap. 5.3.

zugrunde, wird der Fachklinik allerdings überhaupt kein Anreiz gegeben, krankenhauserne Dienstleistungen sparsam in Anspruch zu nehmen. Viel wahrscheinlicher ist, dass sie vor- sichtlich einen Radiologen stets in größerem zeitlichem Umfang bestellt als medizinisch erforderlich, um allen Eventualitäten vorzubeugen. Die ihr zugeordneten Kosten der betrach- teten DRG bleiben davon schließlich unberührt. Demgemäß lassen sich die verantwortlichen Internisten auch weder belohnen noch bestrafen, wenn sie wenig oder viel Supportleistungen angefordert haben. Die Radiologie erzielt unabhängig von den verursachten Kosten konstante Erlöse. Allein die Relation zwischen der Beschäftigung in der Fachklinik und den für eine Patientenbehandlung verbrauchten bzw. angesetzten Kosten beinhaltet einen Gestaltungsfrei- raum. Diese Situation ist aus ökonomischer Sicht eines Profit-Centers unbefriedigend. Sie schließt aber nicht aus, dass anteilige DRGs einen unternehmerischen Nutzen haben. Wenn die Krankenhausleistung strategische Maßnahmen auf ihrer Basis treffen möchte, so könnten diese Vollkostenpreise eine vereinfachte Approximation der mittel- bis langfristig durch die Planungs- und Steuerungsentscheidungen veränderlichen Kosten bilden. Der große Vorteil der Verwendung von Vollkosten scheint dementsprechend in der Erfolgsermittlung zu liegen.

Aus den beschriebenen Sachverhalten wird, verglichen mit den Ausführungen in Abschnitt 2.4 noch einmal verstärkt, deutlich, dass anteilige CWs multipliziert mit der spezifischen BR und der DRG-Fallzahl unter theoretischen Gesichtspunkten als Verrechnungspreise eher un- günstig sind. Es wird aber auch klar, dass das praktische Interesse an ihnen nicht grundlos ist. Weil es nicht übergangen werden soll, müssen die Gestaltungsanforderungen grundsätzlich interner Verrechnungspreise auch aus der DRG-Perspektive auf die ökonomischen Wirkungen gegeneinander abgewogen werden. Der funktionale Fokus der Suche nach Verrechnungsprei- sen, die viele Vorteile relativ zu ihren Nachteilen besitzen, liegt dabei in der Steuerung der Mengen von krankenhausernen Leistungen. Sie knüpft an den Entscheidungen an, die in den Händen der Verantwortungsträger in den Kern- und Servicemodulen liegen. Die Funktion der Erfolgsermittlung zielt auf die informatorische Unterstützung von mittel- bis langfristigen Entscheidungen der Krankenhausleitung ab. Angesichts ihrer Erfolgswirkung können Ver- rechnungspreise aber auch einen Ansatz zur Koordination der dezentralen Entscheidungen und damit zur Lösung von dort vorherrschenden Motivationsproblemen bieten. Die Erfolgs- ermittlung über Verrechnungspreise muss deswegen als zweiter Bestandteil ihrer Bildung in die weitere Analyse eingehen. Nicht zuletzt sind Verrechnungspreise so zu gestalten, dass sie möglichst wenige gesetzliche Formalitäten einhalten müssen. Um Konflikten mit der externen Rechenschaftslegung aus dem Weg zu gehen, darf sich ihre Bestimmung nicht von ihr lösen. Allerdings genügt es, von den Minimalanforderungen im Kalkulationshandbuch auszugehen.

Das beschriebene Modell erhebt keinen Absolutheitsanspruch: Verrechnungspreise, die im Rahmen einer Profit-Center-Organisation einen anderen Zweck priorisieren, haben ebenfalls ihre Berechtigung. Nur müssten auch sie als Konzept begriffen werden, mit dem die drei an sie gerichteten Anforderungen möglichst umfassend erfüllt werden, was bei der folgenden Analyse der Gestaltungsalternativen von Verrechnungspreisen im Krankenhaus deutlich wird.

## 4 Gestaltungsalternativen von Verrechnungspreisen im Krankenhaus

Ausgehend von den Anforderungen, die das Krankenhaus bei der Gewinnung von Verrechnungspreisen leiten, sind nun die Vor- und Nachteile denkbarer Gestaltungsalternativen herauszuarbeiten. Dazu wird ein Stufenplan entworfen (Abschnitt 4.1). Er soll helfen, die Mengengrößen, die zur Festsetzung der Dienstleistungen verfügbar sind, nach ihrer Zweckmäßigkeit zu analysieren (Abschnitt 4.2). Danach können die Wertgrößen nach dem Verfahren ihres Zustandekommens erörtert und beurteilt werden (Abschnitt 4.3). Anschließend stellt sich die Frage, in welchem Umfang Serviceleistungen überhaupt einbezogen und schließlich bewertet werden sollen (Abschnitt 4.4). Am Ende des Kapitels steht der konzeptionelle Rahmen, den es bei der Nutzung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus zu beachten gilt (Abschnitt 4.5).

### 4.1 Stufenkonzept zur Systematisierung der Gestaltungskomponenten und -alternativen

Auf der Suche nach Verrechnungspreisen, die in der Lage sind, die intern an sie gerichteten Gestaltungsanforderungen zu erfüllen und gleichzeitig durch die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben als Rechtfertigungshilfe für die damit kalkulierten DRGs dienen, stößt man auf eine kaum überschaubare Vielzahl an anwendbaren Formen. Das breite Spektrum überrascht nicht, weil Verrechnungspreise nicht nur im Krankenhaus einer Vielzahl an konkurrierenden Gestaltungsprinzipien gerecht werden sollen. Unter den in der Literatur folglich auch sehr umfangreichen Systematisierungen erscheint zumeist die Untergliederung in markt-, kosten- und verhandlungsorientierte Verrechnungspreise.<sup>173</sup> Diese Variante der Kategorisierung wird in der vorliegenden Arbeit nicht unterstützt. Dafür gibt es zwei Gründe. Zum einen erfordern Verrechnungspreise auf der Grundlage von Verhandlungen in gewisser Weise stets selbst eine Wertorientierung.<sup>174</sup> Je nach Ergebnis stellen diese demnach eher spezielle Ausprägungen der Bestimmung von Kosten- oder Marktpreisen dar. Zum anderen müssen erstere, weil Namen gebend, nicht in jedem Fall von der Höhe und Struktur der Kosten der internen Organisationseinheiten ausgehen. Genau so gut vorstellbar ist es, dass sie zwar auf selbst kalkulierten Kosten aufbauen, zumindest ergänzend aber von verfügbaren Marktpreisen ausgehen oder ihr Zustandekommen ohne rechnerische Fundierung erfolgt und von bloßer Willkür bestimmt ist.

Ein Erfolg versprechender Zugang zur Problematik der Verrechnungspreise ist ihre Differenzierung in ihre Wertbasis und die dieser zu Grunde liegende Mengen- bzw. Abrechnungsein-

---

<sup>173</sup> Diese Form der Kategorisierung wählen zum Beispiel DAHLHEIM/GÜNTHER/SCHILL (2001), S. 244f und auch EWERT/WAGENHOFER (2005), S. 585.

<sup>174</sup> Zu dieser Auffassung vgl. REICHERTZ (1999), S. 27. Umso mehr wundert, weshalb sie Verrechnungspreise in weiterer Folge nach dem Verfahren ihrer Festlegung und ihrer Wertbasis einteilt, vgl. EBD. (1999), S. 27ff.

heit. Dieses Vorgehen erlaubt es, die Gestaltungsqualität von alternativen Instrumenten zur krankenhausinternen Mittelverteilung – ähnlich wie die G-DRGs in den einleitenden Abschnitten 2.1 und 2.2 – aus zwei Perspektiven zu beleuchten. Oft steht nur im Vordergrund, welche methodischen Ansätze und damit welche Preise die beste Ausrichtung auf das Gesamtziel des Unternehmens erreichen. Demgegenüber macht eine Reihe von Analysen deutlich, dass die Betrachtung auszuweiten und vor allem auch die Rolle der Mengenkompente zu problematisieren ist. Schließlich steht das Entgelt erst nach Kenntnis der Mengengröße fest, die für die intern erbrachte oder geplante Leistung maßgebend ist. Daher kann die Ursache für festgestellte Systemmängel bzw. unerwünschte -wirkungen nicht nur in der angenommenen Wertkomponente, sondern eben auch in einer unbefriedigend definierten Serviceleistungszahl liegen. Die beiden Klassifikationsmerkmale werden nicht alternativ, sondern miteinander in Verbindung interpretiert. Auf diese Weise lassen sich Auswirkungen von zwischenzeitlichen Preisänderungen oder einer geänderten Menge an Einsatzmaterialien separat darstellen und für sich analysieren. Ähnliches gilt für eine Anpassung im medizinischen Leistungsportfolio, wie die zwischenzeitliche Neugründung eines klinischen Versorgungszentrums. Ohne eine Trennung von Mengen- und Wertrechnung jedenfalls erscheinen notwendige zeitnahe Auswertungen bei einem weiteren Ausbau des DRG-Systems nicht durchführbar.



Abbildung 6: Schrittfolge bei der Verrechnungspreisgestaltung

Demzufolge bietet sich bei der Festlegung des Verrechnungspreises für Krankenhausdienstleistungen ein mehrstufiges Vorgehen an. Die grundsätzliche Schrittfolge dabei lässt sich gemäß Abbildung 6 angeben. Die Bestimmung der Mengen- bzw. Abrechnungskomponente für Verrechnungspreise stellt auf die getroffene Entscheidung der Center-Bildung ab. Sie bildet

die Grundlage, anhand derer sich die Erfolge der Module messen und beurteilen lassen.<sup>175</sup> Während der Output einiger Anbieter auf Einzelleistungsbasis verrechnet werden kann, verlangen andere Dienstleistungen sachgerechte Bezugsgrößen zur Entgeltbemessung. Eine Orientierung an Einzelleistungen liegt vor, wenn die Höhe der Kosten für jeden einzelnen Patienten ermittelt wird. Dagegen bestimmt sich der Kostenpreis über Bezugsgrößen, wenn auf eine patientenindividuelle Betrachtung der Serviceleistungen verzichtet wird. Nach der Festlegung der Bezugsgrößen erfolgt deren Erfassung in quantitativer Form. Als Ausgangspunkt der Planung kann das krankenhausextern ausgehandelte Leistungsprogramm dienen. Alternativ bietet es sich an, vom Bedarf der Kernmodule für bestimmte medizinische (Dienst-)Leistungen auszugehen, der den Servicemodulen in Gestalt von Berichten zugeht. Nach der Erfassung und Planung bedarf es der multiplikativen Verknüpfung der Mengen- mit einer Wertkomponente.<sup>176</sup> Mit Blick auf den zeitlichen Bezug der Entgeltbemessung muss dazu überlegt werden, ob die Abstimmung der internen Budgetvorgaben über Ist- oder Standardkostenpreise erfolgen soll. Obendrein stellt sich die Frage, ob alle Kostenelemente verteilt und in die Verrechnungspreise einbezogen oder nur Anteile aus den Budgets der Zentren für Supportleistungen ausgegliedert und in die Budgets der nachfragenden Kerneinheiten eingestellt werden. Nicht zuletzt gilt es, eine Entscheidung zu treffen, welche Rolle die Kosten für ambulante Behandlungen und Investitionskosten für die zu entwerfenden Verrechnungspreise einnehmen sollen.

Die Darlegung alternativer Mengen- und Wertgrößen von Verrechnungspreisen allein ermöglicht noch keine Beurteilung. Insofern wird im Anschluss an die Kennzeichnung der Gestaltungsausprägungen ihre Wirksamkeit überprüft. Erweist sich eine Variante aus dem Blickwinkel der festgehaltenen Anforderungen als geeignet, muss man ihr als Mengen- bzw. Wertbaustein Beachtung schenken. Ein abschließendes Urteil kann aber nur gefällt werden, wenn die als vorteilig erklärten Anwendungsformen zu einem „übergreifenden“ Verrechnungssystem aggregiert werden. Dabei kann es neben der Mengen- und Wert- noch eine Korrekturkomponente geben. So sind Verrechnungspreise denkbar, die nicht allein die Eingriffskosten oder zumindest Kostenanteile mehr oder weniger komplexer und mit unterschiedlichem Aufwand messbarer Sekundärleistungen abdecken, sondern einen Vergütungsaufschlag umfas-

---

<sup>175</sup> Die Einflussgrößen der Leistungsmengen werden gemeinsam mit der DRG-Fallzahl erfasst, allerdings nicht gesondert ausgewiesen. Dieser Sachverhalt wird in den nachfolgenden Darstellungen noch deutlich gemacht.

<sup>176</sup> Natürlich kann die Verbrauchswertfassung auch über einen Kostenbetrag erfolgen, der nicht in eine Mengen- und Preiskomponente unterteilt. Der Verzicht auf die Trennung ist freiwillig bzw. von den Wünschen und Gegebenheiten im Krankenhaus abhängig und widerspricht nicht dem rein konzeptionellen Vorgehen.

sen.<sup>177</sup> Die formale Anerkennung des Zuschlags kann dazu beitragen, das vorhandene Informations- und Steuerungssystem auf Angemessenheit zu überprüfen, d. h. den Ausbau der Kostenstellen- zu einer InEK-fähigen Kostenträgerrechnung voranzutreiben, Fehlentwicklungen bei der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung offen zu legen oder das Handeln der daran Beteiligten in Richtung einer höheren ökonomischen Verantwortung zu beeinflussen. Dennoch beschränken sich die weiteren Betrachtungen zunächst auf das Mengen- und Wertobjekt. Erscheint in ihrer kombinierten Gestalt aus zu bestimmenden Gründen eine Ergebniskorrektur von Nöten, wird der Servicekostenzuschlag an entsprechender Stelle vorgenommen.

#### 4.2 Wahl der Planbezugsgrößen für Verrechnungspreise im Krankenhaus

Wirtschaftliche Erfordernisse zwingen dazu, medizinische Einrichtungen nicht nur an ihrer fachlichen Qualität, sondern auch an ihrer wirtschaftlichen Tragfähigkeit zu messen. Der erste Schritt, interne Leistungen anhand ökonomischer Größen zu beurteilen, besteht in der Festlegung von Kalkulationsobjekten als Maßstäbe für deren Verbrauch (Unterabschnitt 4.2.1). Als Ausgangsbasis für die Planung der Leistungsmengen für Verrechnungspreise im Krankenhaus kann die DRG-Fallzahlplanung dienen. Alternativ orientiert man sich an den Kapazitäten, die die Kerneinheiten benötigen, indem sie ihren Bedarf kommunizieren (Unterabschnitt 4.2.2).

##### *4.2.1 Ableitung von Bezugsgrößen aus den Leistungen der Service-Center*

Eine Möglichkeit der Strukturierung von Supportleistungen im Krankenhaus liegt in der Wahl des Kostenzurechnungsobjekts. Dieses konkretisiert sich in der Form eines bestimmten Aggregationslevels der Leistungen. Als Maßgrößen zu ihrer Erfassung und Abrechnung lassen sich aufsteigend nach dem Detaillierungsgrad demgemäß Einzelleistungen, Behandlungsaktivitäten bzw. -prozesse und DRGs unterscheiden, wie folgende Abbildung 7 schematisch zeigt.

---

<sup>177</sup> Einen solchen kennt auch das G-DRG-System. Zwar ist dieses vom Grundsatz eindimensional. Wie schon in Kap. 2.1 beschrieben, umfasst es dennoch eine Reihe von Ausnahmen. Als treffende Beispiele an dieser Stelle seien der Qualitätssicherungszuschlag bei Beteiligung des Krankenhauses an Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Vergütungszuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen genannt. Auch für hoch spezialisierte Leistungen lassen sich krankenhausesindividuell gesonderte Zusatzentgelte definieren.

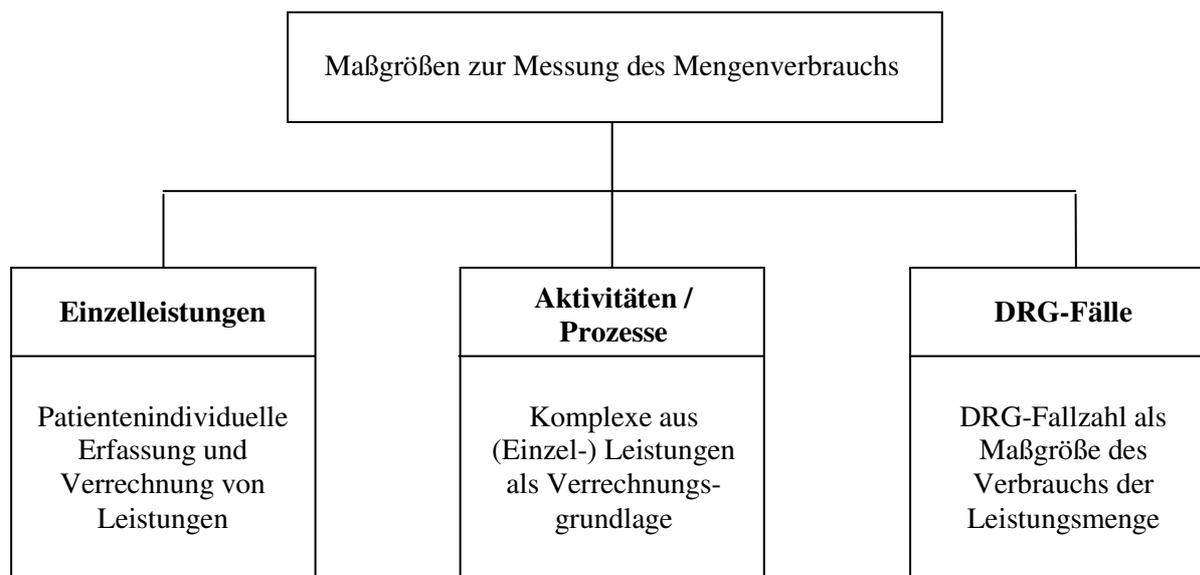


Abbildung 7: Maßgrößen zur Messung des Verbrauchs an Serviceleistungen

Beginnt man mit der kleinsten verwendbaren Abrechnungseinheit, dann soll der Ressourcenverbrauch je Einzelleistung für den Krankenhauspatienten bestimmt werden. Zur dezentralen Erfolgsermittlung ist es wesentlich, dass keine Behandlungsmaßnahme und keine Einzelverrichtung bzw. -abweichung unter den Tisch fällt, sondern arbeitsanalytische Untersuchungen durchgeführt und alle erhaltenen Informationen systematisch aufgezeichnet und ausgewertet werden. Eine konsequente Orientierung an Verrechnungspreisen auf Einzelleistungsbasis liefert deshalb die kalkulatorischen Voraussetzungen, um die Leistungen der Servicemodule im Krankenhaus im Detail bewerten und beurteilen zu können. Der für eine Einzelleistungsverrechnung notwendige Funktionsbezug zwischen dem Anbieter und der korrespondierenden Leistungsmenge für eine Patientenbehandlung lässt sich aber nicht in allen Bereichen gleichermaßen herstellen. Eine verhältnismäßig homogene Ausgangssituation findet sich in den medizinisch-technischen Institutionen. Dort gelingt die Erfassung und Zusammenführung der Leistungen mit der erforderlichen Detaillierung. Zwar ist die Führung entsprechender Statistiken in der erstmals für das GSG geltenden Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nicht mehr vom Gesetz vorgeschrieben, weil die BPfIV heute bloß noch für den psychiatrischen Bereich gilt.<sup>178</sup> Trotzdem wurden die Einzelnachweise in vielen Krankenhäusern fortgeführt. Unter DRGs dürften sie weiter an Wert gewinnen, um eine steuerungswirksame Allokation von begrenzten Ressourcen zu unterstützen. Schließlich erhöht eine Einzelleistungsverrechnung die Transparenz und Nachvollziehbarkeit und erleichtert so detaillierte Abweichungsanalysen.<sup>179</sup>

<sup>178</sup> Vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 198 und S. 200.

<sup>179</sup> Vgl. BUNZEMEIER/Franzius/Roeder (2003), S. 163.

Eine Abgeltung der Einzelleistungen verlangt aber nicht nur, Eingriffsleistungen im Detail zu erfassen. Fortwährend werden verbesserte Behandlungsmethoden für eine steigende Anzahl Schwerstkranker entwickelt und bislang unbekannte Krankheitsbilder diagnostiziert, die bedeutende Faktoren für den Ressourcenverbrauch sein können. Daher müssen auch diese Größen systematisch und über die zu entwickelnden Verrechnungspreise abgefragt werden, wenn garantiert sein soll, dass bei hypothetisch gleicher Erkrankung und gleichem Therapieverlauf und -erfolg Unterschiede im Erfolgsausweis aus keinem anderen Grund als aus ökonomisch ineffizienter Führung resultieren. Auf diese Weise kann ein System aus Verrechnungspreisen konstruiert werden, das die Module von ihrer Kosten- bzw. Erlösseite differenziert zu beurteilen vermag. Gleichzeitig aber würde es schon bald mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine für den Krankenhausalltag nicht überschaubare Anzahl an Kostensätzen beinhalten. Gerade für Häuser der Spezial- und Maximalversorgung müssten wohl einige hundert, vielleicht tausend Verrechnungspreise für einzelne Service-Center festgesetzt werden. An dieser Stelle stellt sich zunächst die Frage nach der Wirtschaftlichkeit, weil sich viele Leistungen aus dezentraler Perspektive bei verschiedenen Eingriffstypen gleichen oder zumindest sehr ähnlich sind und nicht laufend neu bestimmt werden müssen. Weit problematischer aber dürfte es sein, dass die Module und ihre leitenden Endsystemnutzer mit der (Weiter-)Entwicklung und Pflege eines solchen Verrechnungspreisschemas wohl überfordert wären. Nach einer gewissen Einarbeitungsphase und dem Besuch von Schulungen mangelt es ihnen sicherlich nicht an der erforderlichen Methodenkompetenz. Es sind vielmehr die zeitlichen Kapazitäten, die aufgrund des sprunghaften Anstiegs der Kodier- und Nachweisverpflichtungen im Zuge der G-DRG-Einführung<sup>180</sup> und des fundamental veränderten Anforderungsprofils bei einem zunehmend scharf gestellten Profit-Center-Konzept nur schwer zusätzlich bereitgestellt werden könnten.

Hat man sich aus Akzeptanz- oder Wirtschaftlichkeitserwägungen gegen eine Vollerhebung entschieden, hängt die Qualität der Kostenverrechnung davon ab, welche Kalkulationsobjekte ausgewählt werden. Als Alternativen kommen Einzelfallaktivitäten und Fallgruppen in Betracht.<sup>181</sup> Eine Orientierung an Aktivitäten liegt vor, wenn mehrere Arbeitsschritte bei der Patientenbehandlung zusammengefasst werden und der damit verbundene Ressourcenverbrauch

---

<sup>180</sup> Persönliche Befragungen von Mitarbeitern im und rund ums Krankenhaus zeigen, dass meist ein Drittel der Arbeitszeit für Dokumentations- und Kodieraufgaben veranschlagt wird, vgl. SYWOTTEK (2006), S. 66.

<sup>181</sup> Die Idee für diese Form der Differenzierung entspringt dem Wechsel des Krankenhausvergütungssystems, der im GSG manifestiert ist. Den DRGs liegen Fallgruppen zu Grunde. Das Entgelt, das den Krankenhäusern bis 2003 überweisen wurde, berechnete sich dagegen aus Aktivitäten, der Anzahl der erbrachten Pflégetage. Die Autoren NEUBAUER/ZELLE (1995) fassen Behandlungsfälle und Pflégetage zu Leistungskomplexen zusammen, die von Entgelten für eine Gesamtleistung pro Zeiteinheit abzugrenzen sind. Gemäß Kap. 4.1 kann ein solcher Vergütungsbestandteil Entscheidungsrelevanz genießen, wird aber explizit gesondert thematisiert.

die Beanspruchung der Serviceleistung widerspiegelt. Die zweite Form der Abbildung entgeltfähiger Supportleistungen im Krankenhaus erreicht man, wenn ein Fallgruppenpatient als Leistungskomplex für eine Reihe von Einzelleistungen betrachtet und das Behandlungsergebnis als Bezugsgröße dienen soll. In welcher Situation die eine der anderen Messgröße vorzuziehen ist, hängt davon ab, ob und inwieweit die im Krankenhaus bereitgehaltenen Ressourcenpotenziale in Art und Umfang von der durchzuführenden Patientenbehandlung bestimmt werden. Soweit die Verrichtungen der Servicemodule durch sie ausgelöst, aber in einer gewissen Konstanz, d. h. mehr oder wenig unabhängig vom Einzelfall, vollzogen werden, stellt ein hypothetischer, durchschnittlicher Patient eine sinnvolle Abrechnungseinheit dar. Im Gegensatz zu den in der Vergangenheit eingesetzten „Produktbeschreibungen“ aus dem GSG entsprechen DRG-Patienten als Bezugsgrößen dem Kostenhomogenitätskriterium zu weiten Teilen, da sich die Behandlungsfälle einer DRG nach ihrem Leistungserfordernis bzw. Ressourcenverbrauch von denen anderer Krankheitsartengruppen grundlegend unterscheiden. Die Streubreite innerhalb einzelner DRGs allerdings ist manchmal noch erheblich. Daher wird sich das Kalkulationsobjekt Kritik in Bezug auf die Erfolgsermittlung vorhalten lassen müssen. Zudem berücksichtigt der Endkostenträger „DRG-Patient“ weder die zeitliche Dimension einer Leistung noch ihren im Einzelfall sehr individuellen Ressourceneinsatz. Wie die empirische DRG-Entwicklung nicht nur in Deutschland zeigt, ist es auf der anderen Seite möglich, die Bezugsgröße nach weiteren Kriterien zu differenzieren.<sup>182</sup> Unabhängig von der letztlich ausgesuchten Differenzierungstiefe genügt der DRG-Patient als Maßgröße des Ressourcenverbrauchs dem vom InEK aufgestellten Grundsatz, möglichst viele Kosten als Einzelkosten einzubeziehen, vorausgesetzt, bei der fallorientierten Leistungsbeschreibung spielen primär die DRGs eine Rolle, bei denen die Art und Anzahl der Einzelleistungen in etwa gleich sind.

Daraus darf nicht geschlossen werden, dass sich immer ein direkter Zusammenhang zwischen den Leistungen und einer für sie relevanten DRG aufspüren lässt. In manchen Fällen differieren die Tätigkeiten eines Servicemoduls nämlich so stark, dass sich zwar Teile der von ihm angebotenen Leistungen über DRGs operationalisieren lassen, für andere dagegen eine solche fallgruppenbezogene Verrechnung kaum zu empfehlen ist. Ein treffendes Beispiel dafür sind die Leistungen der ärztlichen Mitarbeiter in den Supporteinheiten. Selbstverständlich sind das Aktivwerden eines Funktionsdienstleiters und die daraus resultierenden Kosten auf den innerbetrieblichen Bedarf zurückzuführen. Da der besagte leitende Funktionsarzt in der Regel aber

---

<sup>182</sup> ERNST ET AL. (2004) orientieren sich an dem – aus der medizinischen Qualitätssicherung bekannten – Konzept repräsentativer Tracer-Diagnosen und nehmen eine Patientenklassifikation für alle Fachkliniken vor, die regelmäßig anästhesiologische Serviceleistungen im Krankenhaus benötigen, vgl. EBD. (2004), S. 1228ff.

nicht unentwegt für denselben Kernbereich tätig ist, fallen die Kosten für Ressourcen an, die für mehrere Einheiten bereitstehen und von allen in Anspruch genommen werden können. Sofern für die Abgeltung der Supportleistungen trotzdem eine DRG als Kalkulationsgrundlage erhalten soll, kann die Zuteilung kaum verursachungsgerecht sein, weil die Kapazitäten auch dann in voller Höhe zur Verfügung stehen, wenn überhaupt nichts geleistet wird. Weil eine Zurechnung der Bereitschaftskosten nach dem Verursachungsprinzip nicht möglich ist, verbleibt zu deren Umrechnung auf die Produkteinheiten nur das Durchschnittsprinzip. Als Resultat seiner konsequenten Anwendung bekommt man Kostensätze, die wiederum in Übereinstimmung mit den Gestaltungsvorgaben des InEKs sind. Denn die Aufteilung in Einzel- und Pauschalleistungen beeinträchtigt nicht den Ausweis aller im Bewertungszeitraum am Verbrauch beteiligten Patientenfälle. Typischerweise liefert sie aber bestenfalls eingeschränkt brauchbare Informationen für die betriebliche Entscheidungsvorbereitung und -unterstützung.

Das beschriebene Durchbrechen des Verursachungs- bzw. Einwirkungsprinzips ist als Ausfluss von Akzeptanz- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und demnach als Vorschlag für ein bestimmtes Procedere anzusehen. Es spricht aber nichts dagegen, in einer konkret vorliegenden Situation präziser vorzugehen und den Anteil der von der Konstitution des Patienten und von Fall zu Fall abhängigen (Einzel-)Leistungen zu Lasten DRG-bezogener Leistungen zu steigern. Umgekehrt lässt sich jederzeit vom Durchschnittsprinzip abrücken, und es lassen sich weitere Formen der Vereinfachung wählen, als sie die Zuschlagskalkulation bedingt bzw. in den Verfahrensvorschlägen der DRG-Kalkulation enthalten sind. Wie oben bereits erwähnt wurde, kommen Behandlungsaktivitäten als zweite Gruppe einsetzbarer Bezugsgrößen in Betracht. Wird eine bestimmte Anzahl von ihnen gebündelt, ergibt sich ein Leistungsprozess.<sup>183</sup>

Von einer prozessorientierten Betrachtung geht ein erheblicher zusätzlicher Informationsnutzen für die Kalkulation der Fallklassen aus, wenn die Leistungen bzw. Aktivitäten der Supporteinheiten in Art und Umfang von ihnen bzw. den für sie verantwortlichen Facheinheiten bestimmt werden. Leistungsbereiche, die ihre täglichen Aufgaben entfernt vom Patienten und demzufolge kaum kernbereichsbezogen ausüben, kommen als potenzielle Einsatzfelder einer Prozesskosten(ver-)rechnung zwar nicht unmittelbar in Betracht. Es finden sich jedoch zahlreiche Aktivitäten im Krankenhaussupportbereich, die einen direkten Patientenfallbezug aufweisen. Viele zur stationären und ambulanten Behandlung und Pflege benötigte Materialien etwa lassen sich spezifisch für einzelne DRGs beschaffen und vorhalten. Bei bestimmten Er-

---

<sup>183</sup> Zur allgemeinen Bedeutung der Prozesskostenrechnung, ihrer Vorgehensweise und Beurteilungen des Systems vgl. z. B. EWERT/WAGENHOFER (2005), S. 689-699 und SCHWEITZER/KÜPPER (2003), S. 508-519.

krankungen kann der regelmäßige Bedarf aber nur schwer im Voraus bestimmt werden. Insofern wird der größere Teil der medizinischen und pflegerischen Materialien sicher eher für eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheitsfälle bestellt und gelagert. Ein aktivitätsbezogener Zusammenhang zwischen der Leistungserstellung und dem beschafften Material ist nicht feststellbar. Ein bedeutender Bereich mit Aktivitätsbezug zum Patienten ist die Anästhesiologie. Sowohl die Art als auch der Umfang ihrer Tätigkeiten sowie der damit verbundene Ressourcenverzehr bestimmen sich wesentlich über die Arbeitsbindungszeit im Fachbereich. Ein weiteres prominentes Beispiel in diese Richtung ist die Palliativmedizin. Auch ihre Leistungs- und Potenzialinanspruchnahme könnte man anhand der Zahl der Patienten mit einer progredienten Erkrankung in einem späten Stadium und begrenzter Lebenserwartung prognostizieren. Dennoch spielt die Fallzahl für die Kostensteuerung und -verrechnung einer schmerzlin- dernden Behandlung und Betreuung nur eine nachrangige Rolle. Welche Schritte unternommen werden, hängt von der Krankheitsart und dem Zustand des Patienten und so von der laufenden Disposition und dem Inanspruchnahmeverhalten des medizinischen Fachpersonals ab.

Aktivitäten bieten – verglichen mit einer Einzelleistungsverrechnung – weniger Möglichkeiten der Erfolgsermittlung. Aber anders als bei DRG-Patienten als Leistungsmaßstab zeigen sie dafür die konkreten Behandlungsabläufe. So werden alternative Behandlungswege differenziert berücksichtigt, und es ist präzise zu erkennen, wie hoch die Kosten für bestimmte Aktivitäten aus dem Supportbereich quer über alle Fachmodule sind. Um Rationalisierungseffekte im organisatorischen Ablauf zu erreichen, sind beide Bezugsgrößen geeignet. Sowohl bei der Orientierung an der Fallzahl als auch bei einer aktivitätsorientierten Verrechnung wird durch die Pauschalisierung der Serviceleistungen ein Handlungsdruck bewirkt. DRGs beruhen auf einem Klassifikationssystem, während die Prozesskostenkalkulation auf Aktivitätsbündel abstellt, etwa die Anzahl an bestellten Röntgenaufnahmen einer Radiologie. Weil es sich dabei direkt um die Prozessmenge handelt, lassen sich zur Zuordnung von Kosten zum Beispiel Minutensätze heranziehen. Aus der Anzahl an erbrachten oder geplanten Arbeitsminuten für einzelne Behandlungsfälle lässt sich zwar nicht unbedingt schließen, ob die Kosten in direkter Abhängigkeit zur Fallzahl stehen. Aber die Berechnung über Minutensätze nach dem Beanspruchungsprinzip schafft eine große Übersichtlichkeit über das Betriebsgeschehen im Krankenhaus: Es ist sofort erkennbar, welche Kern- ihre Supporteinheiten relativ kurz binden, etwa im Rahmen der Operation eines Leistenbruchs oder einer Blinddarmentzündung. Eine verhältnismäßig lange Arbeitsbindungszeit, wie sie die Entfernung eines Hirntumors in der Regel erfordert, deutet dagegen darauf hin, dass den zur OP berufenen Dienstleistern eher hohe Kosten entstanden sind, welche dann auf die entsprechende G-DRG zu verrechnen sind.

In der Diskussion um den besten Abrechnungslevel zeigt sich zusammenfassend, dass die Maßgrößen zur Messung des Verbrauchs an Serviceleistungen im Krankenhaus wesentlich für die Güte der Verrechnungspreise verantwortlich sind. Durch eine vollständige, auf die operativ tätigen Supporteinheiten abgestellte und ständig angepasste Verrechnung auf Einzelleistungsbasis lassen sich vorhandene Schwächen in den Mengengerüsten genau identifizieren und Fallmixentscheidungen effektiv vorbereiten. Bei Akzeptanz- und Wirtschaftlichkeitsproblemen in der praktischen Umsetzung bieten sich dem Krankenhaus zwei Möglichkeiten. Entweder setzt es auf DRGs oder Aktivitäten bzw. Prozesse. Zum Zwecke der bundesweit durchgeführten Fallkostenermittlung spielt das Verfahren der Produktkalkulation keine Rolle, solange dem obersten Gebot der Berechnungen, der Vollständigkeit, Folge geleistet wird. Eine Dezentralisierung der Gewinnverantwortung auf modularer Ebene aber erfordert weit höhere (Steuerungs-)Anforderungen, denen nach Möglichkeit auch Rechnung getragen werden sollte.

#### *4.2.2 Bestimmung der Planmenge für den Verbrauch an Serviceleistungen*

Verrechnungspreise sollen gewährleisten, dass Serviceleistungen nicht nur beschreibbar sind, sondern dass sich auch planen und kontrollieren lässt, in welchem Umfang Leistungen verbraucht bzw. bezogen werden. Daher bedarf es neben der qualitativen Erfassung und Strukturierung der Leistungen bzw. Bezugsgrößen ihrer Festsetzung in quantitativer Form. Dazu kommen zwei Möglichkeiten in Frage.<sup>184</sup> Einmal kann man auf Basis der von den Krankenkassen genehmigten Fallzahlen entsprechende Soll-Leistungen hierarchisch festlegen. Anstatt top down vorzugehen, bietet es sich als Alternative an, in einem Bottom-up-Prozess zu planen, in welchem Umfang der Servicebereich den Kerneinheiten Kapazitäten zur Verfügung stellt. Welche Ableitungsrichtung der Leistungsmengenplanung wann vorzuziehen ist, sollen die damit direkt zusammenhängenden Fragen in den folgenden Erläuterungen verdeutlichen.

Im Grunde genommen legt die Umstellung auf DRGs eine Kosten- und Leistungsplanung auf Basis des Krankenhauserlösbudgets nahe. Allerdings löst das wertmäßige Vorgehen nach den Kalkulationsrichtlinien die Informations- und Steuerungsprobleme nicht, die das Krankenhaus kennzeichnen. Es sei nur an die Probleme mit CWs bzw. EWs wegen der Durchschnittskostenbetrachtung, der fehlenden Repräsentativität der DRGs und ihrer Begrenzung auf den stationären Kostenbereich erinnert. Die Defizite von Kostenpreisen, die top down abgeleiteten EW-Anteilen entsprechen, sagen allerdings nichts über mögliche Vor- und Nachteile einer Leistungs- bzw. Leistungsmengenplanung aus, die als rechnerischen Ausgangspunkt das

---

<sup>184</sup> Vgl. EWERT/WAGENHOFER (2005), S. 674f und im Detail KILGER/PAMPEL/VIKAS (2002), S. 260-271.

DRG-Erlösbudget heranzieht. Geht die Festlegung der Planwerte für Leistungen der Supporteinheiten von der ausgehandelten Anzahl der im Krankenhaus insgesamt zu erbringenden Behandlungsfälle aus, muss zunächst für jede dort bereitgestellte Facheinheit eine Fallzahl ermittelt werden, die dem für eben dieses Modul geplanten Jahresbudget entspricht. Aus den Budgets der Kerneinheiten sind für diese dann Anteile für den mengenmäßigen Bezug von Dienstleistungen herzuleiten. Das erscheint problemlos, soweit die Fachmodule regelmäßig Nachfrager von Supportleistungen sind, die widerspruchsfrei und eindeutig messbar in einem direkten Zusammenhang zur Fallzahl stehen und eine Leistungsmenge je DRG abgerechnet werden soll. Eine Reduzierung der Leistungserstellung und -verwertung auf DRGs ist jedoch nicht sachgemäß. Wie die Argumente in Unterabschnitt 4.2.1 konkretisiert haben sollten, könnte sich die rechnerische Abstimmung der Serviceleistungen mit der Fallzahlplanung im Personalbereich als schwierig gestalten. Das liegt daran, dass die Höhe der Kosten für ärztliche Supportleistungen in der Regel nicht von der Beschäftigung determiniert wird, sondern weit mehr davon abhängt, wie stark die Leistungserbringer in die Arbeitsprozesse im Kernbereich eingebunden sind. Wenn die Abrechnungseinheit für interne Verrechnungspreise nicht die Fallzahl sein soll, sondern beispielsweise Aktivitäten als Kostenbestimmungsfaktoren eine zentrale Rolle einnehmen, ist man auf eine entsprechende Detaillierung angewiesen. Die quantitative Planung von Dienstleistungen ist dann in hohem Maße komplex und aufwändig.

Nichtsdestotrotz hat sich in der Krankenhauspraxis inzwischen die Auffassung durchgesetzt, dass auf eine rechnerische Herleitung von Soll-Leistungen aus dem DRG-Erlösbudget nicht verzichtet werden kann.<sup>185</sup> Das hängt damit zusammen, dass dann die quantitative Einzelleistungs- bzw. Bezugsgrößenplanung voll in die krankenhausbetriebliche Jahresfallzahlplanung integriert ist. Insofern begründet in erster Linie der vorausschauende Charakter den hohen Stellenwert der DRG-Fallzahlplanung. Als ihr schwerwiegender Nachteil ist die Tatsache zu sehen, dass sie mit den Unwägbarkeiten der DRGs des Bezugszeitraums belastet ist. Damit sind nicht die Schwächen in der Verhandlungsposition oder eine unprofessionelle Verhandlungsführung der Vertreter des Krankenhauses, sondern die zahlreichen Ungenauigkeiten gemeint, von denen die gegenwärtige DRG-Datenbasis bestimmt wird. Diese werden sich nach dem politischen Willen des Gesetzgebers zum anstehenden Ende der Konvergenzphase weitestgehend aufgelöst haben. Im Augenblick verändern sich die DRGs hinsichtlich ihrer Splits,

---

<sup>185</sup> Den besten Beleg dafür liefern die Ergebnisse der Experteninterviews, wie sie in Kap. 3.3 nachzulesen sind.

Grundausrichtung und besonders ihrer Anzahl so schnell, dass eine uneingeschränkte Leistungsplanung auf ihrer Basis mit nicht absehbaren ökonomischen Wirkungen verbunden ist.<sup>186</sup>

Wegen der Planungsunsicherheiten einer DRG-Fallorientierung der Krankenhausleistungen schlagen ihre Kritiker vor, die Bemessung der Leistungspläne verstärkt an den Kapazitäten je Krankenhaussupporteinheit auszurichten. Doch hier stellt sich das Problem, wie sich Kapazitäten überhaupt messen lassen. Die einfachste und in der Krankenhauspraxis beliebteste Form der Kapazitätsplanung ist wohl auch deshalb die Fortschreibung. In der Regel wird dabei vom Ressourcenverbrauch eines vergangenen Jahres ausgegangen. Ein solches Herangehen wirft keine Probleme auf, solange der Bedarf der Facheinheiten an krankenhaushinteren Serviceleistungen über die Zeit relativ wenig schwankt. Tatsächlich ist die Voraussetzung konstanter Leistungszahlen nur sehr selten erfüllt. Angenommen, in einer vergleichsweise gut ausgelasteten Fachklinik komme es unterjährig zu einem beträchtlichen Nachfragerückgang nach krankenhaushinteren Leistungen, etwa wegen einer vorübergehenden Vakanz der Chefarztposition. Wird ein neuer Chefarzt mit dem strategisch geprägten Ziel berufen, die Kostendisziplin im Hause zu stärken, wird er wahrscheinlich außerordentliche Schwierigkeiten erfahren, mit den Kapazitäten der Dienstleister auszukommen, wenn keine entsprechenden Budgetanpassungen vorgenommen werden. Ähnliche Probleme dürften sich einstellen, wenn ein Hoch in den Prozess der Leistungsplanung einfließt, weil der Bedarf eines DRG-besitzenden Moduls an Leistungen aus dem Servicebereich zugenommen hat. Dann ist anzunehmen, dass am Jahresende nicht ausgeschöpfte Budgets noch schnell verbraucht werden, um beispielsweise bei einer angespannten Finanzsituation des Kernmoduls in der nächsten Abrechnungsperiode keine Mittelkürzungen hinnehmen zu müssen. Die Einbeziehung von fortgeschriebenen Leistungswerten in das hier zu entwerfende Verrechnungssystem verhindert also gerade, dass die Fachmodule zu Kosten sparendem Wirtschaften angehalten werden. Die Fortschreibung kann aber nicht nur als ein starres Verfahren beanstandet werden, das einer schnellen Anpassung an veränderte krankenhausbetriebliche Situationen und wirtschaftlichem Verhalten entgegenwirkt. Mit ihrer eher kurzfristigen Orientierung besteht auch kein Bezug zu den mittel- und langfristigen Zielen des Krankenhauses, was die Umsetzung strategisch ausgerichteter Controlling-Instrumente, wie etwa der Kostenträgerrechnung, zum Scheitern verurteilen lässt.

---

<sup>186</sup> Beim Erwerb der australischen AR-DRGs galten 661 Fallgruppen als ökonomisch überschaubar und zugleich hinreichend medizinisch differenziert. Trotzdem enthielt bereits der Fallpauschalenkatalog 2004 806 DRGs. Der Version 2005 entnimmt man 954 abrechenbare G-DRGs. Heute sind es weit über 1.000 Fallpauschalen.

Bei all der Kritik an der Fortschreibungsbudgetierung stellt sich die Frage, welche Alternativen bestehen. Ein Mechanismus, ihre Steuerungs- und Akzeptanzdefizite auszugleichen, liegt in der Möglichkeit der Festsetzung von Plan-Kapazitäten für die einzelnen Leistungsarten. Bei ihm stehen nicht der bisherige Leistungseinsatz und seine wertmäßigen Konsequenzen in Form von Behandlungskosten im Zentrum. Vielmehr kommt es darauf an, Bedarfsrechnungen auf der Basis von effektiv geplanten Mengen durchzuführen. Die Verantwortung der Planung ist nicht wie beim Top-down-Vorgehen auf höchster Ebene im Krankenhaus angesiedelt. Stattdessen wird sie verbindlich von den Fachärzten und den leitenden Pflegern im Kernbereich getragen. Besonders als Casemanager sind sie mit klaren Kompetenzen ausgestattet und haben die dienstrechtliche Weisungsbefugnis gegenüber allen behandlungsbeteiligten Mitarbeitern inne. Die Supportmodule erwarten dagegen eine Berichterstattung über den voraussichtlichen Umfang der zu erbringenden Leistungen bzw. die Zahl an Bezugsgrößeneinheiten, die stellvertretend dafür steht. Im Gegensatz zur Fortschreibung bezieht dieser Ansatz der Bottom-up-Planung Überlegungen von Kapazitätsanpassungen explizit in seine Betrachtungen ein. Demzufolge müssen für Veränderungen im Behandlungsablauf keine einheitlich linearen Budgetzuschläge bzw. -kürzungen vorgenommen werden. Vielmehr können sie mit Zu- und Abschlägen je Leistung in der selbst kalkulierten Höhe bedacht werden. So kommt man dem erwarteten Ressourcenverbrauch für bestimmte medizinische Leistungen am nächsten. Das Verfahren lässt eine effektive Kostenkontrolle und -transparenz und neben einer verringerten Fehlerquote bei der Erfolgsplanung außerdem eine erhöhte Akzeptanz bei den Verantwortlichen erhoffen. Schwierig wird es, Nachweise zu erbringen, inwieweit den Bedarfsmeldungen der Kerneinheiten angemessene Behandlungspläne zu Grunde liegen, d. h. ob Kapazitätspuffer aus rein medizinischen Gründen vorgehalten werden oder die damit verbundene Erhöhung der kostenwirksamen Ressourcenbindung das Ergebnis von ungenauer Planung ist.

Von Bedeutung für eine effiziente Nutzung der Infrastrukturen im Servicebereich ist die Bereitschaft und Fähigkeit, Bedarfs- bzw. Behandlungspläne zu erstellen und einzuhalten. Daneben kommt es auf die rechtzeitige Kommunikation der Leistungen an, die in der Abrechnungsperiode am kranken Menschen bzw. in der Geburtshilfe erbracht werden sollen. Je sorgfältiger die Verantwortlichen in den Facheinheiten ihren Bedarf disponieren und den Servicemodulen übermitteln, umso genauer können deren Leistungen Kapazitäten zugewiesen werden. Erfolgt der Prozess der Abstimmung nicht mit der gebotenen Sorgfalt oder verspätet, kann dies nicht nur in Situationen geringer Nachfrage angemeldeter Leistungen zu Leerkostenblöcken führen. Auch bei beständig hohem Bedarf sind eventuell kostenintensive Kapazitäten aufrechtzuerhalten, die in geringerem Umfang oder nicht nach der terminlichen Verein-

barung genutzt werden, etwa dann, wenn ein Patienteneingriff sich verzögert oder abgesetzt wird, die Serviceeinheit von diesem Sachverhalt aber nicht zeitnah oder gar nicht unterrichtet wurde. Als besonderes Problem dabei erweist sich, dass der Nutzen einer sorgfältigen Planung von den Leistungsnehmern aus dem Fachbereich im Voraus in der Regel nur schwer beurteilt werden kann. Erst wenn auf Grund außerplanmäßiger Anfragen die Supportleistung nicht in der gewünschten Quantität oder zum angemeldeten Zeitpunkt abrufbar ist, es zu ungewollten Wechsel- und Leerlaufzeiten des Personals, Wartezeiten der Patienten oder zu verlängerten (präoperativen) Liegezeiten kommt, die sich negativ auf das Ergebnis auswirken, wird ihm die Bedeutung von Kapazitätsengpässen bewusst. Die Konsequenzen einer fehlenden Planungssorgfalt bei der berichtsabhängigen Kapazitätsplanung werden den Verantwortlichen der Kernzentren über Budget- bzw. Ergebnisabweichungen unmittelbar vor Augen geführt. Defizite einer mangelnden Rechtzeitigkeit der Berichterstattung und seine Kostenfolgen können nicht direkt abgebildet werden. Das legt die Vermutung nahe, dass man sich bei der dezentralen Kapazitätsplanung letzten Endes wohl doch an Fallzahlerwartungen halten muss.

Dafür spricht auch die im Krankenhauswesen häufig vertretene These, besonders der Umfang an zu erbringenden Versorgungsleistungen sei nicht planbar. Wie in Unterabschnitt 3.2.2 kurz angesprochen, trifft dies auf alle nicht näher betrachteten Notfalleingriffe zu. Hinzu kommt eine Reihe nicht vollumfänglich absehbarer Entwicklungen, etwa den oben genannten Wechsel in der Chefarztposition, die die Planbarkeit von Leistungen einschränkt. Ansonsten ändert sich das Krankheitsspektrum im Krankenhaus im Zeitablauf aber keineswegs so stark, dass Prognosen völlig utopisch wären.<sup>187</sup> Von daher stellt die mit Verrechnungspreisen verbundene Handlungsoption, Leistungsmengen dezentral zu planen, eine gute Möglichkeit der Kostenkontrolle dar. Kosteneinsparungen dürften besonders groß sein, wenn die Planverantwortlichen über eine leistungsstarke Kostenrechnung und eine bedienerfreundliche EDV verfügen.

Die in Abbildung 8 nochmals zusammengefassten Modelle beschreiben die zwei Richtungen, sich einer gewinnorientierten Mengenplanung von Leistungen anzunähern, die durch krankenhausplanerische Aspekte und den Versorgungsauftrag größtenteils vordefiniert sind.<sup>188</sup> Beim Top-down-Vorgehen bilden die Fallzahlen im DRG-Erlösbudget den Ausgangspunkt der Pla-

---

<sup>187</sup> Schwerer wiegt nach PHILIPPI (1989), S. 540f, der Einwand, eine eingeschränkte Planbarkeit von Leistungen bzw. Leistungsmengen liege in der medizinischen Ausbildung der Ärzte und Pfleger begründet. Dass sie durchaus Gespür für betriebswirtschaftliche Fragestellungen mitbringen, ist aber unbestritten.

<sup>188</sup> Der Vollständigkeit halber sei in diesem Kontext darauf hingewiesen, dass in der letzten Zeit auch das Beyond Budgeting und das Better Budgeting als sinnvolle Alternativen der Budgetierung im Krankenhaus diskutiert werden, vgl. SEVECKE (2004). Durchgesetzt haben sich die beiden Konzepte bisher aber noch nicht.

nung. Der Ansatz der Bottom-up-Planung will den Einfluss von systemseitigen Unsicherheiten ausklammern, gibt aber Anlass, Kapazitätsbedarfe einfach nur fortzuschreiben. In seiner weiter entwickelten Ausprägung dagegen geht er explizit vom künftigen Bedarf der Facheinheiten und ihrer Berichte aus. Damit eignet er sich nicht nur zur Gewinnung von Informationen für die Leistungsplanung. Er nimmt auch Einfluss auf das Nachfrageverhalten nach den Ressourcen, die die Supportkosten verursachen. Sein größter Nachteil liegt in der fehlenden Gesamtabstimmung, da die Kompetenzen der Planung auf die Fachzentren beschränkt bleiben und die Servicemodule auf rechtzeitige Informationen ihrer Abnehmer über deren Bedarfe angewiesen sind. Trotzdem kann auf die Bottom-up-Planung auch beim Top-down-Vorgehen der DRG-Fallzahlplanung kaum verzichtet werden, weil eine permanente fallbezogene Budgetzuordnung wegen der Vielfalt an Krankenhausserviceleistungen eher unwahrscheinlich ist. Detaillierungsgrad und Umfang der Berichte sind an den Bedingungen vor Ort auszurichten.

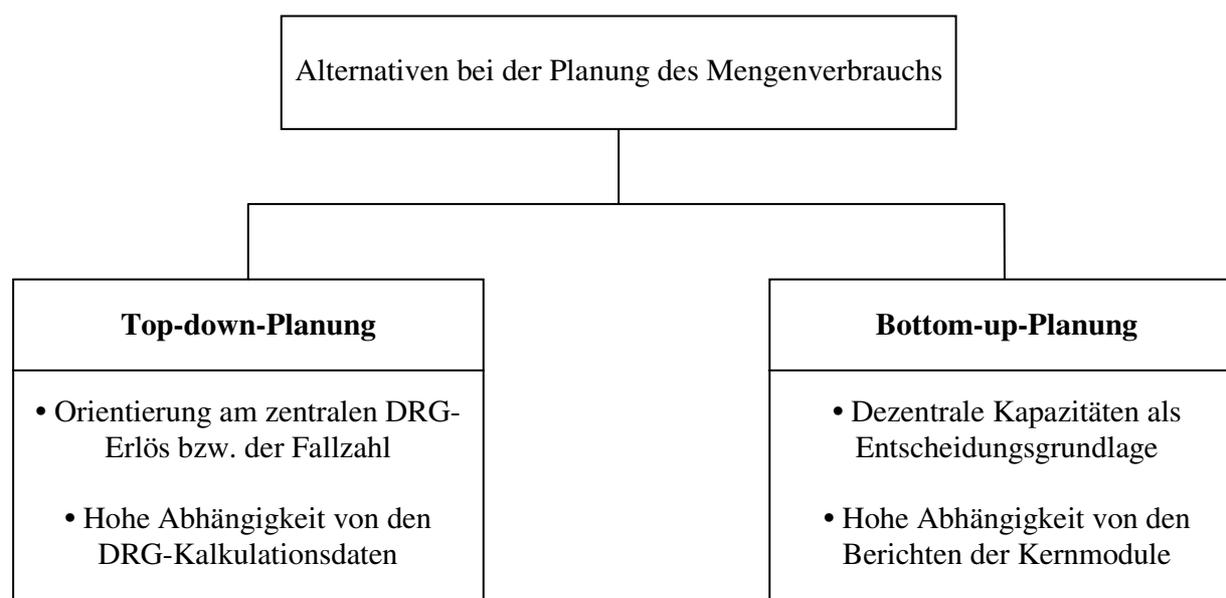


Abbildung 8: Alternativen bei der Planung des Verbrauchs an Serviceleistungen

#### 4.3 Bewertung der Bezugsgrößeneinheiten mit Ist- und Standardkostenpreisen

Liegt die Mengengröße in qualitativer und quantitativer Hinsicht fest, ist die Vergütungshöhe je Abrechnungseinheit zu finden. Die Entgeltbemessung kann sich am tatsächlichen Kostenanfall orientieren oder an einem vorgegebenen Standard anknüpfen.<sup>189</sup> Eine Istkostenrechnung gibt Aufschluss darüber, in welcher Höhe Kosten tatsächlich angefallen sind. Übertragen auf die hier diskutierte Problemstellung im Krankenhaus bedeutet die Arbeit mit vergangenheits-

<sup>189</sup> Vgl. DAHLHEIM/GÜNTHER/SCHILL (2001), S. 246ff.

bezogenen Größen, dass die Wahl der Soll- oder Planleistungen in Unterabschnitt 4.2.2 ohne Konsequenzen für das gesuchte Verrechnungspreissystem ist. Vielmehr werden den Supporteinheiten sämtliche Kosten für Leistungen, die Bestandteil der Verrechnungspreise sind, von den beziehenden Facheinheiten erstattet. Mit Istkostenpreisen ist die Basis für eine aussagefähige Nachkalkulation geschaffen. Schließlich erfüllen sie die gesetzliche Forderung, die effektiv aufgelaufenen Kosten für die ärztliche und pflegerische Betreuung eines Patienten im Rahmen der DRG-Ermittlung nachzuweisen. Eine differenzierte Kostenartenerfassung und organisatorische Gliederung und Einteilung der einzelnen Leistungseinheiten vorausgesetzt, werden Istkostenpreise außerdem der Erfolgsermittlungsfunktion eingeschränkt gerecht. Ihre Dokumentation erlaubt den Ausweis der Erfolgsbeiträge der in Leistungsbeziehung stehenden Module. Ferner lassen sich aus einem Vergleich von erfassten Istkostenpreisen aus abgeschlossenen Abrechnungsperioden wenigstens vereinfachte Ergebniskontrollen durchführen. Bei differenzierten und vorausschauenden Fragestellungen gerät die Istkosten- als Ergebnisrechnung jedoch an ihre Grenzen. Eine echte Aussage nicht bloß über die Kosteneffizienz der Vergangenheit, sondern auch über die Gewinnzielerreichung ausgesuchter Supportleistungen bedarf daher einer Gegenüberstellung von Istkosten mit ex ante definierten Vergleichswerten.

Die Istkostenrechnung ist ein rechnerisch schwerfälliges Verfahren, weil die hier gesuchten Verrechnungspreise permanent angepasst werden müssen. Auf Grund dieser Schwankungen können Maßnahmen zur Kostenkontrolle höchstens im Nachhinein ergriffen werden und damit unwirksam sein. Eine Steuerung der handelnden Supporteinheiten im Sinne der unternehmerischen Gesamtziele ist mit einer Istkostenrechnung insofern kaum zu erreichen. Es mag zwar sein, dass eine detaillierte Erfassung der eingesetzten Ressourcen eine Reihe von konstruktiven Vorschlägen zur Kosten- und Erlöskontrolle hervorbringen kann.<sup>190</sup> Wirtschaftlichkeitsfortschritte auf Seiten der Serviceeinheiten durch erhöhte Arbeitsleistungen, einen geschickten Personaleinsatz oder das Beheben von organisatorischen Schwachstellen kommen dennoch allein den beziehenden Kernmodulen zugute. Unwirtschaftlichkeiten werden fortgeschrieben und ebenso nur den internen Leistungsnachfragern aufgebürdet. Für die Serviceeinheiten besteht daher nicht notwendigerweise der Druck, effizient zu wirtschaften und Kostensenkungspotenziale zu nutzen. Standardkostenpreise versuchen, die Steuerungsnachteile der Ergebnisse einer Istkostenrechnung zu mindern. Werden Verrechnungspreise auf Basis von Istkosten eingesetzt, wird das finanzielle Risiko der internen Leistungserbringung vollständig auf den Kostenverursacher übertragen. Servicemodule erhalten dann unabhängig vom

---

<sup>190</sup> Vgl. CZAP (1998), S. 267.

realen Kostenanfall ein festgelegtes Leistungsentgelt. Weil eine Senkung der eigenen Kosten unter den definierten Standardpreis Überschüsse erwarten lässt, setzt diese Form der Verrechnungspreisgestaltung Anreize zu ökonomischer Effizienz.<sup>191</sup> Außerdem erleichtert sie die Planungsarbeiten der nachfragenden Kernmodule, da die Kosten und damit die Preise der benötigten Leistungen nicht andauernd schwanken, sondern für eine bestimmte Zeit bekannt sind.

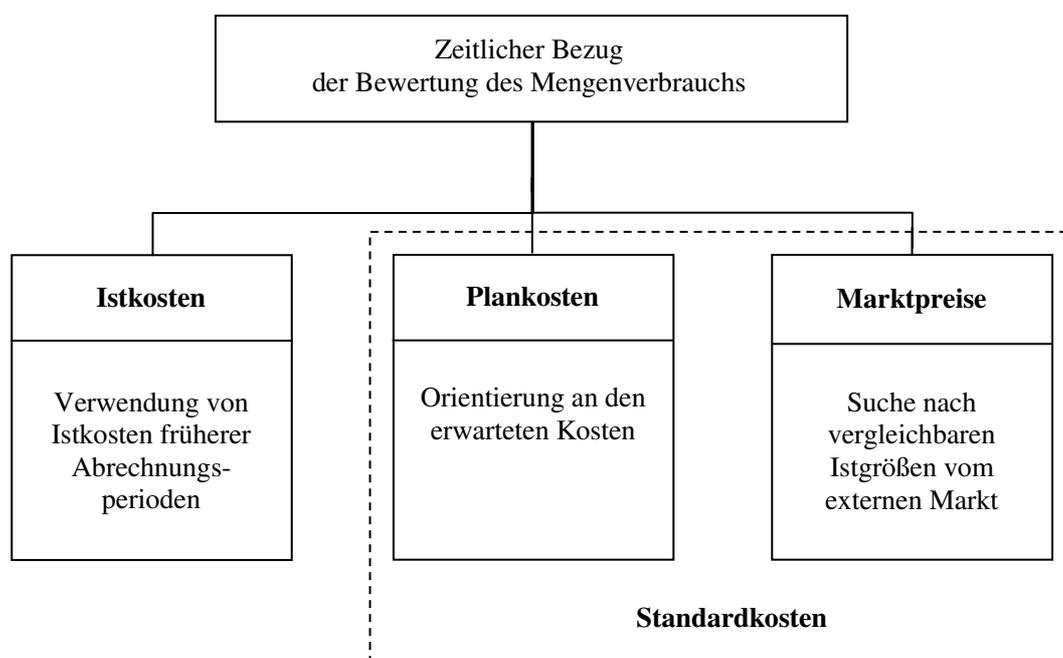


Abbildung 9: Zeitlicher Bezug der Bewertung des Verbrauchs an Serviceleistungen

Die Wirksamkeit von Standardkostenpreisen ist aber problembehaftet, wenn sich keine geeignete Vergleichsgröße finden lässt, die den ausführenden Einheiten als wertmäßiger Entscheidungs- bzw. Handlungsmaßstab dient. Die Abgrenzung möglicher Benchmarks ist fließend. Berücksichtigt man, dass die größte Aufmerksamkeit auf dem Vergleich von „Ist“ und „Soll“ bzw. „Plan“ liegt, um Handlungsdefizite aufzudecken und sie durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen, kommen insbesondere zwei Arten der Preisfindung in Frage. Wie die obenstehende Abbildung 9 schematisch zusammenfasst, können Standardkostenpreise einmal von Plankosten ausgehen. Zum zweiten bieten sich Marktpreise, verstanden als die Istkosten vergleichbarer Supportleistungen von einem krankenhausexternen Markt, an. Eine spezielle Ausprägung der marktorientierten Verrechnungspreisgestaltung ist die Ableitung aus vorhandenen Entgeltkatalogen. Jedes preisliche Verfahren hat seine eigenen Vorzüge und Schwächen.

<sup>191</sup> Vgl. WALA (2006), S. 13ff.

Bei der Verwendung von Plan- als Standardkosten bezieht man sich auf die erwarteten Kosten. Das setzt die Ermittlung des voraussichtlichen Ressourcenverbrauchs bei der Erbringung von Dienstleistungen im Krankenhaus voraus. Neben der Vorgabe von Mengenplänen fließen Plankostensätze in die Berechnungen ein. Von Seiten der Erfolgsermittlung und Steuerung erweisen sich diese zur Verrechnungspreisbildung als geeignet. Schließlich sind Plankosten im besten Fall das Ergebnis eines detailliert analytischen Durchdringens von Strukturen und Prozessen. In der praktischen Anwendung aber ist fraglich, ob so bestimmten Standardkosten große Verbreitung zugeschrieben werden kann. Wegen der zahllosen Kosteneinflussgrößen, etwa der Größe und Auslastung der Servicekapazitäten, Listenpreisen von genutzten Ge- und Verbrauchsgütern aus dem Sachmittelbereich und der Effektivität des Managements, könnte ihre Fixierung zu einem Akt der Willkür werden. Damit dürfte dann ein erheblicher Objektivitäts- und Akzeptanzverlust der Verrechnungspreise verbunden sein. Vorstellbar ist, dass diese die Serviceeinheiten zu maximal effektivem Arbeiten zwingen. Den leistenden Modulen könnten aber auch Wirtschaftlichkeitsanreize verloren gehen, weil ihnen keine Verluste im eigentlichen Sinn drohen, sondern das anvisierte Ergebnis durch den jeweiligen Preisansatz unter Umständen von Anfang an gesichert ist. Das Gestaltungsprinzip der dezentralen Erfolgsermittlung wird so kaum überzeugend erfüllt. Schließlich wird der finanzielle Erfolg der beiden Transaktionspartner maßgeblich durch die Höhe der Verrechnungspreise bestimmt. Was die gesetzlichen Vorschriften zur Kostenkalkulation anbelangt, gehen Plankostenpreise konform, weil sich die tatsächlichen Kosten für einen bestimmten DRG-Patientenfall erst im Nachhinein bestimmen lassen, Ist- also in Plankostenrechnungen unmittelbar enthalten sind.<sup>192</sup>

Die Arbeit mit Größen innerbetrieblichen Ursprungs erscheint aus vielen Gründen aussichtsreich. Scheut man den Aufbau von Planungskompetenzen, können Plan- als Standardkosten ihre Vorteile kaum zur Geltung bringen. Dann bietet es sich an, Marktpreise als Ausgangsbasis der Verrechnungspreisbildung zu verwenden. Zwar wird die größere Zahl an Supportmodulen allein aus krankenhausinternen Erlösen finanziert. Dies schließt jedoch nicht aus, dass (Istkosten-)Preise von externen Vergleichseinheiten vorliegen, die als Ersatz für die eigenen Leistungen dienen können. Ein treffendes Beispiel sind behandlungsnotwendige Sachleistungen, etwa eines Labors oder der Anästhesie. Diese werden auf dem Gesundheitsmarkt mit unterschiedlichen Preisen gehandelt, die sich, eventuell modifiziert, durchaus als Äquivalente für krankenhausinterne Sachleistungen übernehmen lassen. Der Rückgriff auf Marktpreise für Serviceleistungen, die den eigenen Dienstleistungen äquivalent sind, macht es möglich, Hand-

---

<sup>192</sup> Vgl. SCHWEITZER/KÜPPER (2003), S. 80.

lungsdefizite gezielt auszuweisen. Dadurch wird die Erfolgsermittlung hervorragend erfüllt. Eine Erklärung für den Sinn der Nutzung von Marktpreisen aus Sicht der Steuerung ist, dass alle Module relativ einfach krankenhauserne Preise, soweit sie kalkuliert sind, mit denen etwa eines niedergelassenen Laborfacharztes oder einer Apotheke abgleichen können. Ergibt ein solcher Vergleich, dass Diagnoseleistungen an Blutproben bzw. Arzneimittel extern billiger angeboten werden, erhebt sich die Frage, ob und inwieweit die Fachmodule im Bedarfsfall planbare Untersuchungen außer Haus durchführen lassen bzw. Medikamente von extern beziehen sollen. Die Folge können Beschäftigungsprobleme der eigenen Dienstleister sein, die bei Verlust weiterer Abnehmer eventuell gezwungen sind, ihr Geschäft aufzugeben. Andererseits wird der Chefarzt des Labors bzw. der Verantwortliche der Hausapotheke dadurch angereizt, sich Gedanken zu machen, auch auf eine externe Leistungserbringung umzustellen oder jedoch Teile seiner Leistungen innerhalb des Krankenhauses kostengünstiger abzugeben.

Allerdings lassen sich nicht für alle Dienstleistungen im Krankenhaus Marktpreise finden, die als Grundlage der Verrechnungspreisbildung dienen können. Das erklärt, weshalb sich in der Krankenhauspraxis Gebührenkataloge großer Beliebtheit erfreuen, die zum Beispiel für die Abrechnung von privatärztlichen Leistungen genutzt werden. Als solche kommen in erster Linie der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie das Tarifsystem der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Abrechnung erbrachter Leistungen, kurz DKG-NT, in Betracht. Dort stehen jeweils Informationen in der Form zu Verfügung, dass, bezogen auf das einzelne Supportmodul, Aussagen über die abgegebenen Leistungsmengen getroffen werden können. Diese bringen das Bestellverhalten der Kerneinheiten zum Ausdruck, so dass sich bei gegebenem Patientengut deren Wirtschaftlichkeit einfach kontrollieren lässt. Dafür ist die Anzahl der erbrachten bzw. geplanten Dienstleistungen von nur geringer Aussagekraft, um die Gesamtleistung je Serviceeinheit bestimmen zu können. Deswegen haben die einschlägigen Gebührenwerke der GOÄ und des DKG-NT zusätzlich Punkte festgelegt, die in Form von Äquivalenzziffern bei der Kalkulation Verwendung finden können. Werden die Gewichtungsfaktoren dann mit der Leistungsanzahl multipliziert, ergibt sich die Gesamtpunktzahl, die die Gesamtleistung einer Serviceeinheit und ihren Verzehr für den gewählten Abrechnungszeitpunkt zum Ausdruck bringt. In Multiplikation mit den gleichfalls definierten Punktwerten in den Gebührenwerken der GOÄ und des DKG-NT bestimmen die Punktzahlen direkt den Verrechnungspreis für eine innerbetriebliche Leistung.

Der Rückgriff auf bestehende Gebührenkataloge hat aber auch Nachteile. Zum einen wird der Versuch, für jede Supportleistung Punktzahlen und -werte ausfindig zu machen, die die Er-

folgssituation ihres Erbringers entsprechend abbilden können, schnell an seine Grenzen stoßen. Zweitens ergeben sich hinsichtlich des Steuerungsgedankens Bedenken, wenn die Entgeltbestimmung unter Zuhilfenahme von formalisierten Katalogen erfolgt. Zwar kann der Abgleich von Servicekosten und mit GOÄ- bzw. DKG-NT-Punktzahlen bewerteten Leistungen Informationen darüber liefern, ob und wo ein Strukturproblem besteht. Problematisch aber ist, wenn die sich so ergebenden Ergebnisabweichungen hinsichtlich ihrer Ursachen analysiert werden sollen. Ein dritter Einwand besteht darin, dass die in der ambulanten Rechnung zum Einsatz kommenden Punktzahlen offensichtlich nicht im selben Detaillierungsgrad und in derselben Definition wie die eigenen Kosten vorliegen. Die Folge ist, dass man sich auf interne Schätzungen verlassen oder das Steuerungsmaß reduzieren muss. Beides mindert den Aussagewert eines Soll-Ist-Vergleichs beträchtlich. Das bedeutet, dass der Beitrag von Leistungszahlen und -werten aus der GOÄ bzw. DKG-NT zur Lösung von Informations- und Steuerungsdefiziten nicht höher einzustufen ist als der von Plankostenpreisen. Punktzahlen sollten die Höhe der Verrechnungspreise daher allenfalls in abgeschwächter Form bestimmen.

Eine weitere Alternative der Verrechnungspreisbildung ergibt sich bei Verwendung der Kalkulationsergebnisse, die für jede DRG vorliegen. Geht es darum, die Leistungen der internen Transfers zwischen Kern- und Servicemodulen abzustimmen und aus Sicht des Gesamtkrankenhauses zu optimieren, können DRG-Anteile die Probleme bei der Gewinnaufteilung und der Verhaltenssteuerung nicht lösen. Das konnte bereits im Zusammenhang mit Modellen des Erlös-Splitting gezeigt und im Fallbeispiel aus Abschnitt 3.4 bekräftigt werden. Sie tun dies nicht, wenn die eher kurzfristigen Steuerungs- und Kontrollziele im Fokus stehen, die man mit Verrechnungspreisen erreichen will. Soweit anteilige CWs bzw. EWs und die gültige Baserate als mittel- bis langfristig ausgerichtete Verrechnungspreise verstanden werden, kann man ihnen aber zumindest eine Indikatorfunktion für die Wirtschaftlichkeit von Supportmodulen zusprechen. Einen interessanten ökonomischen Referenzpunkt stellt der Vergleich der rechnerischen Erlösanteile einer Serviceeinheit an den erbrachten Gesamtleistungen des Krankenhauses mit den jährlich benötigten Ressourcen dar. Kann der Dienstleister zu den relativen Kostengewichten bei DRGs keine Gewinne erzielen, bedeutet dies, dass das Krankenhaus ohne ihn möglicherweise günstiger gestellt wäre, vorausgesetzt, der Verlust hat keine System inhärente Ursache. Ein Abstoßen der Einheit sollte dann wenigstens überlegt werden.

Es kann festgehalten werden, dass ein Verrechnungspreissystem, das mit Istkosten arbeitet, den gesetzlichen Anforderungen genügt. Die fokussierte Verhaltenssteuerungsfunktion erfüllt es aber nicht. Eine innerbetriebliche Vergütung mit krankenhausesindividuell errechneten Stan-

Standardkostenpreisen schafft je nach Ausgestaltungsform der Plankostenrechnung verbesserte Steuerungsmöglichkeiten im Servicebereich. Sofern den Plankostenpreisen eine detaillierte Analyse der Krankenhausstrukturen zugrunde liegt, können sie auch das Gestaltungsziel der Erfolgsermittlung erfüllen. Alternativ oder additiv bietet sich an, die Entgeltregulierung an externen Standards festzumachen, sich also an Marktpreisen oder Gebührenkatalogen zu orientieren. Entscheidend für den Erfolg dieses Ansatzes ist ebenso, dass er an den unterschiedlichen Entscheidungstatbeständen der Dienstleister ausgerichtet ist. Ansonsten kann er nicht den gewünschten Zweck erfüllen, die Erbringung interner Leistungen auf eine für alle Seiten transparente Grundlage zu stellen. Die gesetzlichen Anforderungen werden in jedem Fall eingehalten: Mit ihrer Überführung in die ILV dienen diese Verrechnungspreise vollumfänglich dem Kostennachweis, wie ihn der InEK verlangt. Schließlich bedeutet das Rechnen mit bzw. Verrechnen von kalkulierten Standardkosten stets auch eine Beschäftigung mit den Istkosten.

#### 4.4 Bewertung der Bezugsgrößeneinheiten mit Teil- und Vollkostenpreisen

Geklärt ist die Frage, welche Kostentypen der Verrechnungspreisbildung für Serviceleistungen im Krankenhaus zugrunde legen können. Offen aber ist, in welchem Umfang die Kalkulation durchgeführt wird. Eine umfangbezogene Gliederung legt fest, ob die zu Ist- oder Standardkosten bewerteten Mengen an Supportleistungen vollständig oder ob lediglich ganz bestimmte Leistungen bepreist und krankenhausintern verrechnet werden sollen (Unterabschnitt 4.4.1). Innerhalb der Teil- bzw. Vollkostenrechnung lassen sich Betriebskosten für stationäre und ambulante Behandlung und Investitionskosten voneinander abgrenzen (Unterabschnitt 4.4.2).

##### *4.4.1 Sach- und Personalkostenpreise für DRG-relevante Serviceleistungen*

Bei der Entscheidung, in welchem Umfang die Leistungen bzw. Kosten der Servicemodule im Krankenhaus in die Verrechnungspreisgestaltung eingehen, stehen Teil- und Vollkostenansätze zur Wahl.<sup>193</sup> Vollkostenpreise zeichnen sich dadurch aus, dass alle angefallenen bzw. erfassten Kosten erstattet werden. Die Fachmodule bzw. die DRGs werden also über die einzelnen Behandlungsfälle mit den gesamten Periodenkosten belastet, unabhängig davon, ob sie für die Entstehung der weitergegebenen Kosten verantwortlich sind. Die Bedeutung der Vollkostenrechnung im Rahmen der DRG-Kalkulation ist unbestritten. Ein krankenhausinterner Informations- und Steuerungsnutzen ergibt sich aber nur, wenn die Ergebnisse der Vollkostenverrechnung auch hinreichend aussagefähig sind. Große Teile der Serviceleistungen sind in vielen verschiedenen Facheinheiten und für viele Patientenbehandlungen erforderlich. Ihre

---

<sup>193</sup> Vgl. DAHLHEIM/GÜNTHER/SCHILL (2001), S. 248ff.

Gemeinkosten lassen sich nach dem Verursachungsprinzip aber meist nicht direkt den Einzelleistungen zuweisen. Sobald deren Verteilung über nicht näher differenzierte Zuschläge erfolgt, erscheint die explizite Erfassung von Vollkostenpreisen als Entscheidungs- und Steuerungsgrundlage fürs Krankenhaus in hohem Maße fragwürdig. Schwierig stellt sich vor allem die Situation für die fixen Gemeinkosten dar. Sie entstehen unabhängig von der Beschäftigung bzw. der Anzahl an DRG-Fällen. Nicht erfolgsgerecht verrechnete Fixkostenbestandteile verfälschen nicht nur die Erfolgsstrukturen der beitragenden Einheiten.<sup>194</sup> Auch aus verhaltenensorientierter Sicht wirkt eine willkürlich geprägte Verrechnungspreisermittlung nachteilig.

Eine Vollkostenbetrachtung ist also nicht in jeder Situation der Entscheidungsfindung dienlich. Somit bietet sich die Verrechnungspreisbildung auf Teilkostenbasis an.<sup>195</sup> Sie ist dadurch charakterisiert, dass nur ein Teil der angefallenen oder geplanten Servicekosten von den leistungsnehmenden Facheinheiten bezahlt bzw. auf die DRG-Fälle verrechnet wird. Im Krankenhaus verteilen sich die über DRGs abrechenbaren Kosten auf Sach- und Personalkosten. Ihr Verhältnis beträgt in den medizinisch-technischen Servicezentren typischerweise 20% zu 80%. Der relative Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten im Bereich für ärztliche Eingriffsleistungen ist zum Teil sogar noch höher.<sup>196</sup> Trotz oder vielleicht gerade wegen dieser Personalkostendominanz erkennt die Fachliteratur ein signifikant höheres Einsparpotenzial für den kleineren Bereich der Sachkosten.<sup>197</sup> Diese ließen sich zum Beispiel durch die Neuorganisation der Beschaffung, etwa in Form von Einkaufsgemeinschaften, sparen.<sup>198</sup> Zwar stellt das medizinische Personal seine Dienstleistungen fast ohne Ausnahme intern zur Verfügung. Trotzdem kann es oft nicht nur die konkrete Nutzung seiner Produkte steuern, sondern entscheidet auch mit über die Wahl der Einsatzstoffe, d. h. welche Arzneimittel und Diagnostikawann angeschafft und über welchen Verkäufer bezogen werden.<sup>199</sup> Mit der Aufstellung von zentralen Zuständigkeitsbereichen für Kern- und Serviceprozesse der Patientenversorgung einerseits und für das Bestellwesen und die Lieferantenselektion im Tertiärbereich andererseits verlieren die Module diese Kompetenz vielfach. Effizienzverluste beim Sachmittelein-

---

<sup>194</sup> Ein Rechenbeispiel bei DAHLGAARD/JUNG/SHELTER (2000) zeigt, wie sich bei entsprechender Wahl der Schlüsselgröße personal- und anlagenintensive Bereiche „arm“ rechnen lassen, vgl. EBD. (2000), S. 53f.

<sup>195</sup> Ein solcher Verrechnungspreistyp tritt als „Proportionalpreis“ bereits bei SCHMALENBACH (1909) in Erscheinung, vgl. EBD. (1908/9), S. 170ff. HIRSHLEIFER (1956) zeigt formal, dass Teilkosten, verstanden als relevante Kosten für kurzfristige Entscheidungen, unter bestimmten Bedingungen der optimale Koordinationsansatz ist, um Ressourcen auf internen Märkten zu allozieren, vgl. EBD (1956) und WAGENHOFER (2005), S. 597ff.

<sup>196</sup> HUBERT (2006), S. 140, spricht von maximal 15%, die Sachkosten in Krankenhausbudgets betragen können.  
<sup>197</sup> Vgl. stellvertretend für viele Autoren mit dieser Meinung KOLB (2004), S. 358 und BURGER (2006), S. 39. Vorsichtig geschätzt erkennt DREES (2003), S. 16, Einsparpotenziale bei den Sachkosten von 27% bis 35%.

<sup>198</sup> DREES (2003) errechnet eine Marktmacht deutscher Krankenhäuser im Bereich der Sachkosten von mehr als 18 Millionen €. Diese sieht er, die genannten Einkaufsgemeinschaften ausgeblendet, als praktisch ungenutzt.

<sup>199</sup> Das belegen die Ergebnisse der Praxisstudie von BOOZ ALLEN HAMILTON (2006), vgl. EBD. (2006), S. 38.

satz lassen sich aber auch weiterhin auf Versäumnisse der handelnden Einheiten zurückführen. Unter diesen Prämissen erklärt sich, weshalb die Möglichkeiten zur krankenhausinternen Kostensteuerung und -kontrolle im Bereich der Sachkosten besonders stark ausgeprägt sind.

Damit kommt der Planung und Analyse des Medizinischen Sachbedarfs, der bei weitem größten Einheit der Sachkosten eines medizinischen Eingriffs, elementare Bedeutung zu.<sup>200</sup> Den hohen Personalkosten wird ihre führende Rolle für die Arbeitssituation im Krankenhaus und die Qualität für die stationäre Versorgung damit nicht aberkannt. Allerdings lassen sich diese Kosten weder von der Krankenhausleitung, geschweige denn von ihren betrieblichen Teileinheiten beeinflussen. Insofern, so heißt es häufig, sei es auch nicht ratsam, sich regelmäßig und eingehend mit Personalkosten zu befassen und diese zum Schwerpunkt der Kalkulationsanstrengungen zu machen. Vielmehr müsse man sich damit abfinden, dass verbesserte Abläufe im Personalbereich zwar helfen, um zum Beispiel Frustrationspotenziale der Mitarbeiter abzubauen, wirkliche Kosteneinsparungen fürs Krankenhaus dabei aber nicht erreichbar seien.<sup>201</sup>

Aus dem aufgerissenen Blickwinkel der Steuerung macht die Frage Sinn, wie Verrechnungspreise hinsichtlich der quantitativen Verwendung von Sachmitteln einen medizinisch gerechtfertigten Beitrag zur Senkung der Krankenhauskosten leisten können. Die Motivation, Handlungsänderungen im Bereich der Sachkosten, zum Beispiel in Form der Nutzung kostengünstiger Präparate und anderer medizinischer Verbrauchsartikel<sup>202</sup>, zu formulieren und die Personalkosten der Ärzte und des Funktionsdienstes im Servicebereich außen vor zu lassen, kommt aber auch aus der Erfolgsermittlung. Das liegt daran, dass sich die Sachkosten von liefernden Einheiten in der praktischen Anwendung zu überwiegenden Teilen einzelleistungsbezogen und differenziert zurechnen lassen, wohingegen eine solche unmittelbare Zurechnung auf die Facheinheiten bzw. weiter auf die DRGs für die personellen Leistungen schwierig ist. Zwischen der Erbringung der Serviceleistungen am Patienten und der Entstehung der Personal- und damit Gemeinkosten lässt sich auf keinen eindeutig nachweisbaren Zusammenhang abstellen. Stattdessen bekommt man Kostensätze, die die krankenhausbetrieblichen Realitäten nur mit Hilfe von Interpretationen abbilden können. Demnach erscheinen Verrechnungspreise, die Personalkosten unberücksichtigt lassen, die sinnvollere Variante. Sie sollten vielmehr ausschließlich an den Teilkosten des Medizinischen Sachbedarfs festgemacht werden. Dann ist auch die Voraussetzung erfüllt, die Module nur nach Faktoren beurteilen zu wollen, die

---

<sup>200</sup> Vgl. etwa SCHMELZER/KLASK (1996), S. 185f.

<sup>201</sup> Vgl. erneut KOLB (2004), S. 358 und WIRTH (2006), S. 1.

<sup>202</sup> Welche Sachmittel genau zum Medizinischen Sachbedarf gehören, spielt in Kap. 5.2 eine besondere Rolle.

sich in ihrer Ausprägung nicht nur direkt beeinflussen lassen, sondern die in ihrem Verhalten auch direkt abhängig von Art und Umfang der durchzuführenden Patientenbehandlungen sind. Die Beschränkung der budgetären Verantwortung auf die Sachkostengruppe des Krankenhauses beeinträchtigt nicht den vom InEK geforderten Jahresbericht über Vollkostendaten. Als Werkzeug zur Nachkalkulation können derartige Kostenansätze kaum Verwendung finden. Bei Bedarf kann ein solcher Ansatz jedoch als Plattform eingestuft und können die verbleibenden Personalkosten getrennt auf die Kernmodule und deren Kostenträger verteilt werden.

Eine gewisse Eindeutigkeit der Kostenspaltung vorausgesetzt, tragen Verrechnungspreise für den Medizinischen Sachbedarf zur Verbesserung der Transparenz der Kostenentstehung im Krankenhaus bei.<sup>203</sup> Dennoch besitzt der Ansatz gerade auch im Hinblick auf die Erfolgsermittlung einen engen Geltungsbereich, wie eine Betrachtung der drei Hauptziele belegt, die üblicherweise mit einer Teilkostenrechnung verfolgt werden.<sup>204</sup> (1) Einmal stellt sich die Frage nach kurzfristigen Preisuntergrenzen allenfalls für Krankenhausleistungen, die außerhalb der heute geltenden DRGs angeboten und vergütet werden. (2) Auch der Ermittlung von Erzeugniserfolgen in Gestalt von Deckungsbeiträgen für Programmplanungen kommt im Krankenhaus keine dem produzierenden Gewerbe vergleichbare Relevanz zu. Zwar ist der Patienten(zu-)strom in gewisser Weise steuerbar.<sup>205</sup> Allerdings kann eine Steigerung der Nachfrage nach Leistungen, die als besonders rentabel eingestuft werden, auf kurze Sicht kaum bewirkt werden. Hinzu kommt, dass jegliche Änderung im Leistungsangebot nur innerhalb der Grenzen des Versorgungsauftrags erfolgen kann. Was die Anpassungsfähigkeit an geänderte Patientenzahlen jedoch in besonderem Maße hemmt, ist das Sachziel der Qualität. Dieses steht kurzfristigen Leistungsprogrammänderungen entgegen, weil es dadurch schnell zu Versorgungsengpässen kommen kann. (3) Einzig bei der Steuerung von (Sach-)Leistungsmengen im Krankenhaus scheinen nach obiger Erkenntnis Teilkostenpreise von Bedeutung. Wegen ihrer letztlich doch eher überschaubaren Anwendungsmöglichkeiten dürften Sachkosten als alleinige Basis für die Verrechnungspreisbildung aber kaum Durchsetzungschancen besitzen. Damit erübrigt sich ihre Nutzung für die Erfolgsermittlung endgültig beziehungsweise reduziert sich auf einen rein ergänzenden Einsatz. Möchte man eine vollständige Kostenverrechnung, gilt es, den Mangel sachkostenbezogener Teilkostenpreise, die in jeder Hinsicht fehlende Informations- und Steuerungsmöglichkeit für ein aktives Personalkostenmanagement, zu beheben.

---

<sup>203</sup> Vgl. VAN DEN BOOM (2003), S. 197f.

<sup>204</sup> Hierzu und zum Folgenden vgl. BAUKMANN (2001), S. 214ff und BRÖSEL/KÖDITZ/SCHMITT (2004), S. 250f.

<sup>205</sup> Zur Beeinflussbarkeit der Patientenfallzahl im Krankenhaus und seinen dysfunktionalen Verhaltensreaktionen bei DRG-Festpreisen vgl. Kap. 2.3.2.

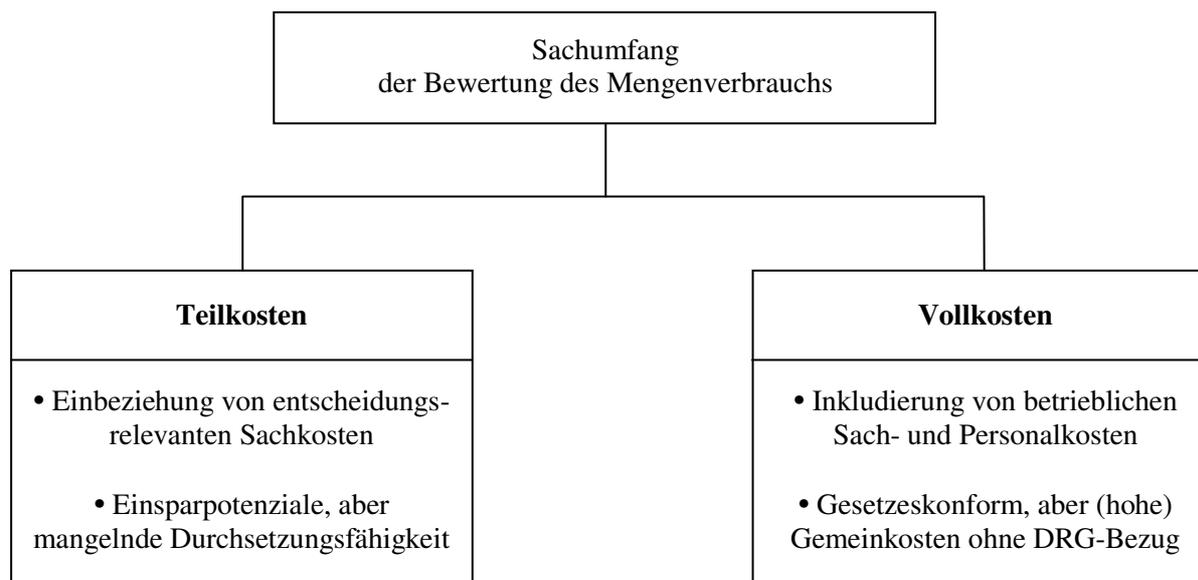


Abbildung 10: Sachumfang der Bewertung des Verbrauchs an Serviceleistungen

Kommt man dieser Aufforderung nicht nach, drücken Verrechnungspreise die auf das Kalkulationsobjekt entfallende Inanspruchnahme der Serviceleistung nicht einmal näherungsweise aus. Unter diesen Umständen kann der wahre Beitrag zum Gesamterfolg des Krankenhauses für die Kernmodule kaum bestimmt werden. Sie erhalten über die DRGs eine Vergütung aller Kostenbestandteile, werden aber nur mit einem verhältnismäßig geringen Supportkostenanteil belastet. Erfolgt keine Durchdringung der Personalkosten, entsprechen sie daher fast automatisch den Erfordernissen. Die krankenhausinternen Dienstleister dagegen sind unausweichlich zur Erwirtschaftung von Verlusten in Höhe des beherrschenden Personalkostenblocks verdammt. Entfällt für sie die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen, ergeben sich zudem Bedenken, sie als Profit-Center zu führen. Nicht zuletzt könnten im Krankenhaus falsche Pläne zu einer strategischen Neuausrichtung seines Gesamtportfolios reifen. Im schlimmsten Fall würden Ideen zur Aufgabe einzelner Leistungsfelder forciert und im Rahmen des vorgegebenen Versorgungsauftrags umgesetzt. Die beispielhaft aufgezeigten Probleme und ihre Folgen bei einer nur teilweisen Einbeziehung der DRG-budgetierten Kosten in die Verrechnungspreise verstärken sich noch, wenn man bedenkt, dass Sachkosten streng genommen nicht nur die Kosten des Medizinischen Bedarfs beinhalten. Da Sachkostenpreise gesetzeskonform entwickelt werden sollen, müssen auch die Reparatur-, Instandhaltungs- und Wartungskosten der medizinischen Geräte im Servicebereich in Rechnung gestellt werden. Das ist auch aus Sicht der dezentralen Erfolgsermittlung zwangsläufig, aus Steuerungsgesichtspunkten zudem vernünftig. Bei genauem Hinsehen genügt man allerdings weder der einen noch der anderen Gestaltungsanforderung. Die Erfolgsermittlung läuft ins Leere, weil das Durchschnittsprinzip keine

Antwort auf die Frage zulässt, welche der typischen Gemeinkosten durch eine einzelne DRG verursacht wurden. Die Aussage, welche der Servicekosten durchschnittlich auf den in Frage kommenden Behandlungsfall im Fachbereich entfallen, ist zwar sinnvoll. Vor allem der Verhaltenssteuerung aber sind dadurch enge Grenzen gesetzt. Wie die Personalkosten verhalten sich auch die Kosten für Reparatur-, Instandhaltungs- und Wartungsarbeiten weitgehend unabhängig von der DRG-Fallzahl. Es erscheint unabdingbar, sich genau mit Fragen und Problemen des Gemeinkostenmanagements zu befassen, wie obige Abbildung 10 kenntlich macht.

Sachkostenpreise können eine wirksame Hilfestellung für die Gewinnerzielungsabsichten des Krankenhauses sein. Allerdings unterstützen sie eher kurzfristige Entscheidungskalküle. Damit Verrechnungspreisen auch die dem mittel- bis langfristigen Bereich zuzuordnenden Probleme beim Personaleinsatz berücksichtigt werden sollen, ist die Kalkulation von Vollkostenpreisen unerlässlich. Ihr Einsatz gewährleistet die Gesetzeskonformität der ILV. Im Gegensatz zu reinen Sachkostenpreisen besitzen sie ferner eine höhere Aussagekraft für die Erfolgsermittlung und -bewertung. Eine differenzierte Kostenbehandlung auf modularer Ebene wird allerdings relativiert, wenn pauschal traditionelle Zuschlagsgrundlagen zu Kalkulationszwecken herangezogen werden. Aus dem Bestreben, ein effizientes Management auch der fixen Personalkosten durchzuführen, entsteht ein Bedarf nach Verrechnungspreisen, die in der Lage sind, derartige Entscheidungen sachgerecht zu fundieren. Die in Unterabschnitt 4.2.1 detailliert diskutierten Aktivitätspauschalen lassen sich unter diesem Blickwinkel weiterentwickeln.

#### *4.4.2 Für und Wider der Berücksichtigung von nicht DRG-relevanten Kosten*

Nach dem zeitlichen Bezug lassen sich Ist- und Standardkostenpreise, nach dem Verrechnungsumfang Kostenpreise auf Teil- und Vollkostenbasis voneinander abgrenzen. Konzipiert man Standardkostenpreise, bezieht man sich auf Plan- oder Marktkosten. Insofern bildet man das künftige wirtschaftliche Geschehen im Krankenhaus oder die Gegebenheiten eines seiner Wettbewerber im Umfeld der DRGs ab. Das Bewertungskriterium des Umfangs der Verrechnung dagegen gibt keine Auskunft über die Herkunft der Kosteninformationen, also wofür die Kosten entstehen. Das erklärt, warum sich weitere Erscheinungsformen von Teil- und Vollkostenpreisen ergeben, wenn diese Analyse nicht auf stationäre Leistungen beschränkt bleibt.

Eine besondere Form der Krankenhausbehandlung neben stationären stellen ambulante Behandlungen dar. Typische Beispiele dafür sind ambulante Institutsleistungen und ambulante Operationen im Krankenhaus. Ambulante Operationen haben im Zuge der DRG-Einführung

an Bedeutung gewonnen. Das liegt daran, dass Krankenhäuser zunehmend integrierte Versorgungszentren schaffen, die sich am Krankheitsbild und den Bedürfnissen der Patienten orientieren und alle Fachdisziplinen vereinen, im Idealfall auch die Kenntnisse der Anbieter von ambulanten Behandlungsleistungen. Aus kostenrechnerischer Sicht sind ambulante Leistungen besonders zu beachten, weil das Krankenhaus laut Fallpauschalenkatalog alle Kosten, die nicht allein für eine stationäre Behandlung angefallen sind, benennen muss. Unabdingbar für den Bericht ans InEK ist daher eine strikte sektorale Separierung der Behandlungskosten. Ansonsten kann die Verpflichtung zur Nachkalkulation von DRGs nicht erfüllt werden. Weil sie ausschließlich stationäre Leistungen am Patientenfall beinhalten, würde man unweigerlich falsche Kalkulationsergebnisse erhalten. Die im Handbuch ausführlich dargelegte „Spaltung“ dürfte aber vor allem im bedeutenden Bereich der Personalgemeinkosten Probleme aufwerfen.

Es ist den Indikationsentscheidungen der Kernmodule und ihrer leitenden Casemanager überlassen, ob, mit welchem Verfahren und mit welchem Material und Personal Leistungen stationär oder ambulant erbracht werden, um bei hoher Qualität Gewinne zu erwirtschaften. Das begründet, warum unabhängig von institutionellen Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit die weiteren Betrachtungen nicht auf den DRG-budgetierten Teil der Krankenhauskosten beschränkt bleiben sollten, die dem stationären Sektor zuzurechnen sind. Vielmehr muss überlegt werden, umfassende Budgets für den krankenhausinternen Leistungsbezug zu formulieren, die auch Leistungen aus dem ambulanten Sektor abdecken. Konsequenterweise müssten in diesem Fall dann auch die Kosten für ambulante Leistungen in die Verrechnungspreise für Serviceleistungen einkalkuliert werden. Diese Leistungen besitzen eine wichtige Bedeutung für die Erfolgsermittlung. Denn bei Ausklammerung ambulanter Kosten werden die Ergebnisbeiträge der Kern- und Supporteinheiten nicht korrekt wiedergegeben. Eine hohe Aufmerksamkeit erfahren sektorenübergreifende Verrechnungspreise aber vor allem aus Sicht der Verhaltenssteuerung. Schließlich ist zu erwarten, dass die Kerneinheiten bei ihren Ressourcenanträgen verstärkt ökonomische Maßstäbe anlegen, wenn neben den stationären Kosten die Kosten für ambulante Leistungen in die Verrechnungspreise aufgenommen werden. Auch die Servicemodule erfahren dann, dass ein bestimmter Anteil der Kosten aus der Erbringung von ambulanten Leistungen rührt, die bei Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Um den beschriebenen gesetzlichen Anforderungen zu genügen, wäre es dabei erforderlich, die Supportleistungen in einem zweistufigen Verfahren zu verrechnen. Verrechnungspreise im ersten Schritt würden ausschließlich stationäre Kosten umfassen. Diese ließen dann sich als gesetzeskonformes Basismodell verstehen und anwenden. In einem zweiten Schritt könnten dann Kosten für ambulante Behandlungsleistungen Beachtung finden.

Den zweiten großen Abgrenzungstatbestand bei der DRG-Kalkulation bilden Investitionskosten. Diese stellen für das Krankenhaus kalkulatorische Kosten für Abschreibungen auf Anlagegüter dar. Unabhängig davon, wie mit den ambulanten Behandlungskosten verfahren wird, kann diese Kostenart Eingang in den Prozess der Verrechnungspreisgestaltung finden. Das kann in zwei Punkten vorteilhaft sein. Bei der Durchführung von Abweichungsanalysen werden Leerkosten im Sinne von ungenutzten Kapazitäten im Bereich der Investitionsgüter transparent. Daraufhin können Überlegungen angestellt werden, wie die Auslastung von technischen Gerätschaften verbesserbar ist, zum Beispiel durch Kooperationsbeziehungen mit anderen Krankenhäusern oder Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen. Ferner helfen die Analyseergebnisse der Krankenhausleitung bei Entscheidungen zum Kapazitätsabbau unter Wahrung des gesetzlichen Versorgungsauftrags. Auch krankenhausernehmerische Entscheidungen zum Aufbau von Kapazitäten mit mittel- bis langfristigem Planungshorizont werden so fundiert. Zweiter Vorteil der Berücksichtigung von Abschreibungskosten bei der Verrechnungspreisbildung ist, dass der zu ermittelnde Erfolg der Kern- und Servicemodule nur in diesem Fall die Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens im Krankenhaus vollumfänglich wiedergibt und nicht auf den operationellen Teil beschränkt bleibt. Derart gewonnene Informationen liefern dem Krankenhaus Argumente für Verhandlungen mit Investitionsförderern.

Den beiden aufgezeigten Vorteilen stehen unmittelbar zwei gewichtige Nachteile gegenüber. Zum einen sind Verrechnungspreise, die Abschreibungskosten beinhalten, der Erfolgsermittlung nur vordergründig dienlich, weil die Investitionsförderung wie eine Subvention für die Patientenbehandlung zu werten ist, die durch das Ansetzen von Abschreibungen neutralisiert würde. Hinzu kommt, dass Investitionsentscheidungen eher unregelmäßig getroffen werden, so dass eine direkte Einflussnahme innerhalb der betrachteten Abrechnungsperiode auf dezentraler Ebene zumindest erschwert wird.<sup>206</sup> Zum zweiten kann eine solche Verrechnungspreisvariante das Angebots- und Nachfrageverhalten der Module bezüglich kapitalintensiver Supportleistungen nicht regeln. Wie an geeigneter Stelle erwähnt, wird die Anlagenfinanzierung im Krankenhaus über öffentliche Fördermittel der Bundesländer getätigt und steht deswegen unter dem dominierenden Einfluss ihrer imperativen Angebotspläne.<sup>207</sup> Entscheidungen über den Bedarf an technischen Anlagen und Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen entziehen sich fast vollständig dem ökonomischen Kalkül der Krankenhausleitung und seiner opera-

---

<sup>206</sup> Vgl. STEINER/MÖRSCH (2005) und die empirische Studie von KUNTZ/HEIL (2005), S. 1090.

<sup>207</sup> Dies betrifft in erster Linie den Teil der Investitionskosten, der den Einrichtungen, die Eingang in die Planungen der Bundesländer gefunden haben, zinslos und ohne Rückzahlungsverpflichtungen zur Verfügung gestellt wird, vgl. FRIES (2003), S. 54-57 und KEUN/PROTT (2006), S. 18.

tiven Teileinheiten. Eng mit dieser Tatsache verknüpft ist die organisatorisch zu berücksichtigende Anforderung der Controllability, nach der die Ausrichtung der Kapazitäten im Krankenhaus folgerichtig nicht über ein Investment-Center-Konzept erfolgen kann. Insofern bleiben den hier betrachteten Modulen des Kern- und Servicebereichs Investitions- und Finanzierungsentscheidungen jeglicher Art vorenthalten. Ihre Leiter verfügen im operativen Bereich über Entscheidungsrechte und sind mit Gewinnverantwortung ausgestattet. Investive Kosten sollten vor diesem Hintergrund keinen Einfluss auf die Verrechnungspreisermittlung nehmen.

In welchem Maße die dezentralen Module motiviert und qualifiziert sind, nach Gewinnzielen zu streben, ergibt sich aus dem Umfang der Entscheidungsbefugnisse, die ihren Leitern übertragen werden. Im Hinblick auf den Sicherstellungsauftrag des Sozialstaats wird das Leistungsspektrum in den Krankenhäusern Deutschlands über die Angebotspläne der Bundesländer weitgehend festgelegt. Die Pläne belassen ihnen jedoch die Freiräume, um über die eigentliche Nutzung der Kapazitäten selbst zu entscheiden. Das betrifft zum Beispiel das ärztliche Wahlrecht, einen Patienten ambulant oder stationär zu behandeln. Im Bereich der investiven Kosten, wie sie in Abbildung 11 rechts dargestellt sind, verfügen die Modulleiter dagegen nicht über die ökonomischen Kompetenzen, um die Angemessenheit von etwa gerätetechnischen Neuanschaffungen zu beurteilen. Das untermauert die Erkenntnisse aus den eigens durchgeführten Experteninterviews und legt den Schluss nahe, ambulante Kosten in die Verrechnungspreise einfließen zu lassen, die Kosten für Abschreibungen jedoch auszuklammern.

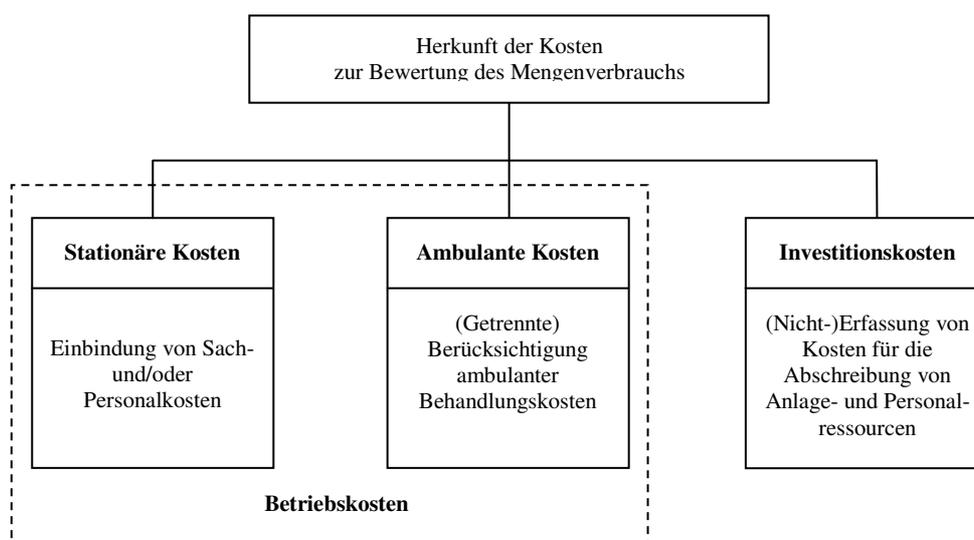


Abbildung 11: Kostenherkunft zur Bewertung des Verbrauchs an Serviceleistungen

#### 4.5 Zwischenfazit zur Eignung der vorgestellten Gestaltungsalternativen

Die Umstellung auf DRG-bezogene Fallpauschalen, deren Vergütung sukzessive auf eine landeseinheitliche BR zuläuft, entfaltet Wirkungen auf die Krankenhausorganisation. Sie ist aber auch untrennbar für die zwei Gestaltungsmerkmale von Verrechnungspreisen von Relevanz – die Festsetzung der Mengenkomponekte als Abrechnungsgrundlage sowie die Erstattung einer Wertgröße zur Leistungsbepreisung. Bei der Mengenplanung können die Serviceleistungen ihrem Umfang nach entweder auf die erwartete DRG-Fallzahl zugeschnitten oder nach dem Kapazitätsbedarf der Kernmodule bemessen werden. Im Top-down-Prozess der Planung orientiert man sich an der Zusammensetzung des Krankenhausbudgets, das der DRG-Vergütung entspricht. Dabei wird berücksichtigt, dass die Leistungen, die von den Servicezentren erwartet werden können, auf die verhandelte Fallzahl hin ausgerichtet werden. Allerdings beinhaltet die Planung nach Fallzahlerwartungen nicht in jedem Fall die erhoffte strategische Perspektive. Im Gegenteil stellt sie für viele Krankenhäuser eine eher kurzlebige Maßnahme dar, weil sich in den nächsten Jahren weitreichende Veränderungen im DRG-Katalog abzeichnen. Von solchen Problemen unabhängig ist die Dezentralisierung der Mengenplanung, wie sie für den Einsatz von Verrechnungspreisen typisch ist. Um zu vermeiden, dass Kapazitätsbedarfe fortgeschrieben werden, sollten die tatsächlich erforderlichen Leistungsvolumina den Kern des Bottom-up-Vorgehens bilden. Unterscheidet sich die bezogene Menge an Leistungen vom geplanten Umfang, ergeben sich Budgetabweichungen. Gewinne und Verluste größeren Umfangs zeigen Optimierungspotenziale bei der Planung und Verteilung von Ressourcen an. Sie können jedoch auch ein Signal für defizitäres Anforderungsverhalten sein.

Umso wichtiger ist es, die Abläufe bei der Patientenversorgung noch vor Abschluss der Budgetplanungen danach zu betrachten, ob und inwieweit die den Facheinheiten zurechenbaren Anteile an Kosten der Serviceeinheiten formalisierbar sind und in einem angemessenen Verhältnis zu einer nachweisbaren Leistung stehen. Führen Entscheidungen über ihren mengenmäßigen Verbrauch permanent zu nicht quantifizierbaren Supportleistungen, macht eine Verrechnung auf Basis von Einzelleistungen keinen Sinn. Damit kommt der Auswahl von Bezugsgrößen für die Inanspruchnahme von Leistungen große Bedeutung zu. Ihre Hauptaufgabe ist es, die nicht patientenindividuell zuzuordnenden Gemeinkosten abzubilden und zu verteilen. In Lehrbüchern und praktischen Arbeiten werden diese Kosten wenig aussagekräftig entweder nicht berücksichtigt oder nach dem Durchschnittsprinzip zugeteilt. Dies bedeutet aber im Allgemeinen eine nicht verursachungsgerechte Kostenzuordnung. Selbsterklärend erwei-

sen sich Vollkostenpreise dann als unbrauchbar für interne Entscheidungskalküle.<sup>208</sup> Wie die differenzierte Abbildung von Planbezugsgrößen dargestellt hat, lässt sich der Nachteil jedoch eventuell beheben. Das wäre möglich, indem man Abfolgen von Eingriffsleistungen zu Prozessen zusammensetzt. Deren Bewertung müsste dann aktivitätsbasiert erfolgen. Auf diese Weise ließen sich die gesamten Kosten der Serviceeinheiten beanspruchungsgerecht verteilen.

Der Bedarf an differenzierter Kostenspaltung und -steuerung stellt sich für die beiden Behandlungskostenarten im Krankenhaus – Personal- bzw. Sachkosten – aber nicht gleich dar. Im Bereich der Personalkosten hat eine zu erwartende Nachfragesteigerung nach Krankenhausleistungen hohe Bedeutung. Allerdings kann die DRG-Fallzahl nicht als die einzige oder die entscheidende Kosteneinflussgröße und Entscheidungsvariable herausgenommen werden. Zwar lassen sich personelle Serviceleistungen durch die Beschäftigung beschreiben. Sie hängen aber kaum direkt davon ab. Sachleistungen der Supportmodule dagegen verhalten sich weitestgehend mengenproportional zu den DRGs. Dies zeigt sich insbesondere für die Kosten des Medizinischen Sachbedarfs. Hinzu kommt, dass große Teile des Sachkostenaufkommens im Bereich des Medizinischen Sachbedarfs von einzelnen Patienten verursacht werden. Damit lassen sie sich über Einzelleistungen bewerten und verrechnen. Die mit der Anwendung von Verrechnungspreisen erhofften Einsparpotenziale scheinen dabei aber eher begrenzt, da die Sachkosten oft weniger als ein Viertel der gesamten Servicekosten ausmachen. Zum zweiten wird von Personalkosten behauptet, sie ließen sich auf dezentraler Unternehmensebene nicht beeinflussen. Damit kommen berechtigte Zweifel auf, ob alle Servicezentren gleichermaßen in die DRG-bedingt stark wachsende ökonomische Verantwortung des Gesamtkrankenhauses einbezogen werden können. Die Annahme, man könne bei Modellen mit Standardkostenpreisen völlig auf Elemente der Istkostenerstattung verzichten, erscheint zumindest unrealistisch.

Relativ einfach stellt sich dagegen die Situation für die Investitionskosten dar. Ihnen kommt bei der organisatorischen Einrichtung von Profit-Centern keine Bedeutung zu. Auch bei der Verrechnungspreisgestaltung sollten sie außen vor bleiben. Denn das System der dualen Finanzierung zieht das Krankenhaus zwar für die Folgekosten von Investitionen in Form von laufenden Betriebskosten zur Verantwortung, regelt die Investitionsmittelplanung jedoch auf staatlicher Ebene. Deswegen wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit auf die Betrachtung von Investitionskosten verzichtet. Auch die ambulanten Kosten der Behandlung bleiben im Folgenden unberücksichtigt, wenngleich klar geworden ist, dass sie idealerweise in die Verrech-

---

<sup>208</sup> Vgl. dazu auch BRÖSEL/KÖDITZ/SCHMITZ (2004), S. 250 und ähnlich RÖMING/KAZMIERCZAK (2004), S. 25.

nungspreise zu inkludieren wären. Auf diese Weise ließe sich die Vergütung der Servicemodule wenigstens zu Teilen von den sich in der Verfeinerung befindlichen DRGs abkoppeln. Auf Seiten der Kernmodule wäre eine Separierung ambulanter Kosten vonnöten, um Benchmarking von Fallostern zu betreiben und den InEK-Kalkulationsanforderungen zu entsprechen.

## **5 Empfehlungen für die Gestaltung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus**

In Kapitel 4 sind die Gestaltungsalternativen von Verrechnungspreisen vorgestellt und ihre Einsetzbarkeit bei Berücksichtigung der spezifischen Umsetzungsbedingungen im Krankenhaus kritisch hinterfragt worden. Daraus anforderungskonforme Verrechnungspreise herzuleiten, heißt zunächst, die Anwendungsprobleme, die man im Hinblick auf die Verhaltenssteuerung in den Griff bekommen muss, systematisch zu kennzeichnen (Abschnitt 5.1). Darauf aufbauend soll dann Schritt für Schritt ein System von Verrechnungspreisen für Dienstleistungen im Krankenhaus entworfen werden. Dieses umfasst neben Fragen der Steuerung von Leistungsmengen (Abschnitte 5.2 und 5.3) auch solche der Leistungsplanung (Abschnitt 5.4).

### **5.1 Handlungsbedarf bei der Kombination der Gestaltungsalternativen**

Es ist ausgeschlossen, bei der Verrechnungspreisgestaltung allen betrachteten Anforderungen in vollem Umfang nachzukommen. Eine klare Schwerpunktsetzung ist für eine sinnvolle Analyse deswegen unumgänglich. In der hier vorliegenden Arbeit standen und stehen Aspekte der Verhaltenssteuerung im Fokus. Standardkosten können eine überzeugende Steuerungsgrundlage bieten, wenn es darum geht, das Verhalten der Dienstleister im Krankenhaus gesamtzielkonform zu beeinflussen. Ihre Wirkungen dürften sich jedoch in überschaubaren Grenzen halten, wenn die Gestaltungsautonomie der Servicemodule tatsächlich auf den kleinen Kostenbereich der Sachkosten für den Medizinischen Bedarf beschränkt sein sollte. Das Anforderungsverhalten der Kernmodule am unternehmerischen Gewinnziel auszurichten, könnte gelingen, wenn sie selbst für die krankenhauserne Mengenplanung verantwortlich gemacht werden. Dann braucht es einen dezentralen Ansatz der Planung von Dienstleistungsmengen. Das Problem dabei ist, dass die gewünschte Gesamtabstimmung bei der Kapazitätsplanung nicht ohne weiteres gegeben ist, da die Servicemodule auf die Bedarfszahlen und Berichte der Facheinheiten angewiesen sind. Dies ließe sich durch Rückgriff auf Soll-Leistungen vermeiden, die aus dem Krankenhauserlösbudget hergeleitet werden. Allerdings bleiben dabei alle Dienstleistungen außen vor, die in keiner proportionalen Beziehung zur DRG-Fallzahl stehen.

Bei genauem Hinsehen wird deutlich, dass hinter den beschriebenen Herausforderungen drei Probleme stehen. Diese erstrecken sich auf die drei Handlungsfelder der DRG-Einführung, die in Unterabschnitt 2.2.1 charakterisiert wurden: die Makro-, Meso- und Mikroebene. (1) Verbesserungswürdig ist zum einen die Behandlung der Personalkosten in den Servicemodulen. Sicherlich ist auch mit Sachkostenpreisen ein gewisser Anreiz zur Kostenreduzierung bei der Leistungserbringung gegeben. Wegen des relativ hohen Anteils der Lohn- und Gehalts-

kosten an den gesamten DRG-relevanten Kosten dürfte es aber kaum reichen, sich um möglichst effiziente Mitarbeiter zu bemühen. Verbesserungen im Personalbereich müssen auch kostenrechnerisch ihren Niederschlag finden. Dem läuft aus Steuerungsargumenten zuwider, dass die personellen Kapazitäten der Einheiten als weitgehend fix gelten, weil der Versorgungsauftrag ihre Aufrechterhaltung fordert und die im Krankenhaus verbreiteten öffentlichen Tarifstrukturen Fixgehälter zusichern. Daher ist zu klären, wie eine stärkere Durchdringung und ein mehr dispositionsbezogener Ausweis der Personalkosten erreicht bzw. wie man sich die aktivitätsorientierte Betrachtung von krankenhausinternen Personalleistungen im Sinne der Gestaltungsziele von Verrechnungspreisen zu Nutze machen kann. Gegebenenfalls müssen die zur Steuerung der Serviceleistungen vorgesehenen Verrechnungspreise über wie auch immer aussehende Sachkostenpreise hinausgehen. Gelingt die Erweiterung, hätten die Servicemodule des Krankenhauses einen Anreiz, bei der Sach- *und* bei der Personalleistungsausführung auf der Mikroebene bestmöglich zu wirtschaften. Es fragt sich nur, wie sich die Verantwortungsträger im Fachbereich dazu motivieren lassen, durch Verrechnungspreise zu kostenmäßigen Entscheidungen zu kommen, die aus Sicht des Gesamtunternehmens günstig sind.

Daran schließt sich der zweite Handlungsbedarf bei der Verrechnungspreisermittlung an. (2) Zur Lösung von Steuerungsproblemen im Kernbereich erscheint es zielführend, die Verantwortung für die Planung der Serviceleistungsmengen zu delegieren. Schließlich wären bei der Ressourcenplanung somit auch die Interessen der Facheinheiten tangiert. Es leuchtet ein, dass ihren Verantwortlichen der Umfang an krankenhausintern zur Verfügung stehenden Kapazitäten dann nicht gleichgültig ist. Bringt das gesuchte Steuerungssystem den Informationsstand der Kernmodule in Bezug auf die wirklich benötigten Leistungen auf der Mesoebene bottom up ein, besteht auf der anderen Seite die Gefahr einer unzureichenden Abstimmung von Fach- und Servicebereich. Bei der Gestaltungsvariante der Top-down-Planung werden die Transferleistungen ohne dezentrale Beteiligung der Facheinheiten quantifiziert, weil die Zuständigkeit dafür in den Händen der Krankenhausleitung auf der Makroebene liegt. Eine radikale Orientierung des Leistungsspektrums an noch nicht endgültigen ökonomischen DRG-Kriterien ist aber riskant. Vor allem führt sie nicht zu einer für alle Dienstleistungen befriedigenden Problemlösung, weil einige Leistungen in keinem direkten Verhältnis zur G-DRG-Fallzahl stehen.

(3) Eng damit zusammen hängt der dritte Ergänzungsbedarf für die gesuchte Verrechnungspreisvariante. So soll diese nicht allein der Kapazitätsdimensionierung dienlich sein, sondern besonders das operative Inanspruchnahmeverhalten der Fachmodule nach verfügbaren Reserven steuern können, die überwiegend Personalkosten verursachen. Dazu bietet es sich an, das

InEK-Kalkulationshandbuch heranzuziehen. Dort findet sich eine Reihe von Vorschlägen, wie sich die Dienstleistungen im Krankenhaus, die in keiner proportionalen Beziehung zu den beschäftigungsvariablen Kosten stehen, beschreiben lassen. Wie genau die Messgröße qualitativ beschaffen sein soll und welche Art davon den Output der ärztlichen Serviceeinheiten im Krankenhaus wie gut charakterisiert, lässt sich ohne weitere Analysen jedoch nicht ergründen.

Der Behebung der drei Steuerungsdefizite bei der Verrechnungspreisbildung ist das Hauptaugenmerk des weiteren Vorgehens gewidmet. Gekennzeichnet ist dieses außerdem durch das Bestreben, die in Vorkapitel 4 systematisch vorgestellten Gestaltungsalternativen auf der Mengen- und Wertseite zu einem System aus anforderungsgerechten Verrechnungspreisen zusammenzufügen, das als Instrument der Budgetabstimmung im Krankenhaus zur Anwendung kommen kann. Diesem Anspruch gerecht zu werden, heißt, entlang der Probleme in den drei DRG-Handlungsfeldern, der operativen Leistungsdurchführung und der operativen und strategischen Leistungsplanung, vorzugehen. Die Unterteilung in ärztliche Servicemodule und solche, die eher medizinisch-technische Dienstleistungen anbieten, soll dabei erhalten bleiben.

## 5.2 Verfahren bei der Verrechnung von Sachleistungen der Service-Center

Vor der Einbeziehung der Personalleistungen geht es im Folgenden zunächst um die Kalkulation der Sachkosten der Servicezentren, und zwar als Erstes um den Medizinischen Sachbedarf. Da er einen hohen Anteil an der Gesamtsachkostenstruktur ausmacht, wird analysiert, wie die Mengen- und wie die Wertkomponenten für seine Verrechnungspreise auszusehen haben (Unterabschnitte 5.2.1 und 5.2.2). Mit Verrechnungspreisen für Reparatur-, Wartungs- und Instandhaltungskosten der Supportmodule befasst sich ein eigener Unterabschnitt 5.2.3.

### 5.2.1 Mengenmäßige Erfassung der Sachleistungen des Medizinischen Bedarfs

DRGs werden günstige Voraussetzungen zur Sensibilisierung der Facheinheiten für die Erlösseite der Ergebnisrechnung im Krankenhaus. Den Bestand und den Verbrauch an Ressourcen steuern sie nicht. Diesen Auftrag müssen Verrechnungspreise übernehmen. Sind neben den Kern- die Serviceeinheiten, wie hier gefordert, als Profit-Center aufgebaut, hat die Verrechnungspreistransparenz gegenüber der Strukturierung als einfache Cost-Center den Vorteil, dass Steuerungsanreize gesetzt werden können, sich kosteneffizient zu verhalten. Die gewünschte Ausrichtung auf die Ziele des Krankenhauses bewirkt sie aber nur dann, wenn die Verrechnungspreise in diese Richtung gestaltet sind. Nach bisherigen Erkenntnissen erscheint es dabei vernünftig, sich für die Servicemodule auf Standardkosten zu beschränken. Bevor

aber eine differenziertere Festlegung und Analyse der Wertkomponente erfolgen kann, ist die Mengenkomponekte der Verrechnungspreise zu definieren. Von Vorteil dabei ist es, sich auf den Medizinischen Bedarf zu stützen. Einmal fallen knapp 90% der Sachkosten einer Patientenbehandlung dafür an. Außerdem lässt er sich relativ unkompliziert einzelleistungsbezogen erfassen und den Facheinheiten und ihren Eingriffen am Patienten als Einzelkosten zuweisen.

Allerdings bestehen berechnigte Zweifel, ob der Nutzen aus der einzelleistungsbezogenen Erfassung des Medizinischen Sachbedarfs stets in einem vernünftigen Verhältnis zu den Kosten steht, die mit seiner Verrechnung verbunden sind. Verzichtet man auf die Erhebung von Einzelleistungsdaten, besteht andererseits die Gefahr, Akzeptanzprobleme zu provozieren, weil sich mancher Krankenhausmitarbeiter fragen wird, weshalb absichtlich auf Genauigkeit verzichtet wird. Wie schon herausgearbeitet wurde, trifft dies aber wohl in ähnlicher Weise zu, wenn auf eine lückenlose Einzelleistungsdokumentation gesetzt wird, deren Erläuterung und Verstehen zusätzlich zur Datenerfassung einen hohen Zeit- und Kostenaufwand erfordern. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, die Zuordnung von Einzelbeträgen auf die Module und ihre Leistungen nur in begründeten Fällen vorzunehmen. Die Höhe des Kostenumlagebetrags für ein Etikett beispielsweise ließe sich im Extremfall von einem Einzelschritt einer Untersuchung abhängig machen, doch rechtfertigt die (zeit-)aufwändige Leistungserhebung das Ergebnis kaum. Ganz ähnlich verhält es sich für Stifte und andere wenig spezielle Gebrauchsmaterialien medizinischer Art wie Infusionspumpen und Stethoskope. Deren Erfassung und Planung im Sinne eingriffsrelevanter Einzelkosten wäre durchaus vorstellbar. Dennoch erscheint es vernünftiger, in diesen Fällen ebenso wie bei den meisten anderen mehrfach genutzten Gebrauchsartikeln auf eine detaillierte Kalkulation zu verzichten. Vielmehr bietet es sich an, diese nicht einzeln, patientenbezogen zu erfassen, sondern DRGs als Kalkulationsobjekte in den Mittelpunkt zu rücken, d. h. solche Kosten über modulspezifische Pauschalen je Patientenfall zuzuordnen. Dieses Vorgehen lässt sich rechtfertigen, weil diese Sachmittel in der Regel bei verschiedenen Operationen und Behandlungstypen annähernd gleich sind, d. h. bei nahezu jedem medizinischen Eingriff und für alle Pflegeabläufe auf den Stationen in konstanter Höhe benötigt werden. Außerdem fallen die Stückkosten für Gebrauchsartikel im Servicebereich des Krankenhauses betragsmäßig kaum ins Gewicht. Vor allem ihre untergeordnete wirtschaftliche Bedeutung spricht dafür, die Erfassung und Verrechnung der Einzel- als Gemeinkosten ohne die Trennung in eine Mengen- und eine Preiskomponente vorzunehmen.

Grundsätzlich lassen sich medizinische Sachleistungen im Krankenhaus in zwei Gruppen unterteilen.<sup>209</sup> Neben den Gebrauchsartikeln, für die aus den erläuterten Gründen eine Einzelleistungsverrechnung unterbleiben sollte und sich eine DRG-bezogene Zurechnung anbietet, gibt es die Gruppe der Verbrauchsgüter. Sie charakterisieren sich dadurch, dass sie bei Verwendung im krankenhausinternen Leistungsprozess aufgebraucht werden und nicht weiter verwendbar sind. Aus praktischen Gründen lassen sie sich aufgliedern in Medikamente und den sonstigen medizinischen Sachbedarf, im Weiteren vereinfacht als medizinisches Verbrauchsmaterial bezeichnet. Zu ersteren gehören vor allem kostenintensive, weil innovative Medikamente. Aber auch tendenziell niedrigpreisige Pharamazeutika wie Kopf- und Gliederschmerztabletten tragen dazu bei, Behandlungsprozesse effektiv(er) zu machen und die Heilungsdauer von Patienten zu verkürzen. Medizinische Materialien sind zu großen Teilen vergleichsweise billig, zum Beispiel Kanülen. Wegen ihrer hohen Volumina in einigen Bereichen nehmen sie trotzdem einen bedeutenden Anteil an den Eingriffskosten ein. Ebenfalls der zweiten Kategorie der Sachkosten des Medizinischen Bedarfs zuzurechnen ist eine Reihe von spezialisierten Einmalartikeln, die im Verhältnis zu den Gesamtkosten einer DRG einen hohen Kostenbeitrag repräsentieren, wie etwa ein Monitorkit, der in der Anästhesie zum Einsatz kommt. Wenn alle diese Sachkosten wie die Kosten für Gebrauchsstoffe im Sinne von „unechten“ Gemeinkosten über das Patientenkollektiv behandelt würden, ließe sich der reale Kostenunterschied für die Behandlung einzelner Erkrankungen nicht herausstellen. Die Konsequenz dieses Herangehens wäre, dass zwei Patienten in der Kalkulation mit den gleichen Sachkosten belastet würden, egal, welcher Fall welchen Mitteleinsatz von welchem Supportmodul erforderte. Das würde die Erfolgsermittlung verzerren. Auch entstünde daraus die Gefahr einer kontraproduktiven Steuerungswirkung der Leistungen im Servicebereich. Die Kosten für Medikamente und die medizinischen Verbrauchsmaterialien sollte man daher genaueren Betrachtungen unterziehen.

Um die Kostengruppe des medizinischen Verbrauchsmaterials zu erfassen, bietet sich ein zweigeteiltes Vorgehen an. Zwar ließen sich prinzipiell alle Artikel, egal ob sie wertmäßig gesehen eine relativ hohe oder niedrige Rolle für die betrachteten Serviceeinheiten spielen, nach dem Verursachungsprinzip den Patienten direkt zurechnen und so einzelleistungsbezogen planen und steuern. Praktikabler als die Vollerhebung dürfte es jedoch sein, lediglich die kostenintensiven Einmalartikel auf Einzelleistungsbasis zu verrechnen. Dieses Vorgehen berücksichtigt, dass einzelne Patienten im Krankenhaus in besonderem Maße behandlungsbedürftig sind und nicht nur überdurchschnittlich viele, sondern größtenteils vor allem auch sehr

---

<sup>209</sup> Vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 151.

teure Sachmittel beanspruchen. Voraussetzung und zugleich Umsetzungsproblematik einer an der Behandlungsbedürftigkeit des Patientenguts ausgerichteten Erfassung der verschiedenen Verbrauchsartikel ist deren Einteilung in Kategorien. Im DRG-Handbuch wird zur praktischen Anwendung die ABC-Analyse vorgeschlagen.<sup>210</sup> Zwar gibt es mit diesem betriebswirtschaftlichen Planungsinstrument nur idealtypische Hinweise zur Gruppierung. Dafür legt es nahe, alle Sachartikel mit A-Charakter den als Durchschnittskosten kalkulierten Einzel-DRGs als Einzelkosten zuzuweisen. Für die als geringwertig eingestuften B- und C-Artikel bietet das Handbuch dagegen an, diese zu Paketen je DRG-Patient zusammenzufassen. Ein Paket könnte dann z. B. Salben, Verbandssprays sowie sterile Mullpflaster und -kompressen zur Wundversorgung eines DRG-Patienten beinhalten. Das wäre aus Sicht des aufgestellten Qualitätsziels sicherlich förderlich, weil bei Wundabdeckung nicht jede medizinische Teilkomponente zur Diskussion steht und die besagten Sachartikel den Leistungsumfang definieren. Mit der Einordnung medizinischer Verbrauchsartikel in Pakete scheidet die Idee aus, das gesamte Material, egal ob mit relativ geringem und mit hohem Wert, auf Einzelleistungsbasis zu beurteilen.

Einen analogen Gestaltungsvorschlag könnte man bei den Servicekosten für Medikamente entwickeln. Auch dort kommen gerade die billigen Sachmittel regelhaft bei bestimmten Indikationsstellungen zur Anwendung. Damit verursachen sie Kosten, die den Leistungen als Einzelkosten zugewiesen werden könnten. In Abwägung von Genauigkeit und Wirtschaftlichkeit dürfte der Ansatz von internen DRG-Fallpauschalen den Ansprüchen des Krankenhauses aber eher gerecht werden. Für die hochwertigen Medikamente ist die Situation anders, und ein Vorgehen analog zu den Sachkosten für die medizinischen Verbrauchsmaterialien stößt auf Schwierigkeiten. In der Regel variiert der Medikamentenverbrauch von Patient zu Patient erheblich. Eine aus medizinisch-pflegerischer Sicht eindeutige Beziehung zwischen einer kostenintensiven Arzneimitteltherapie und einer bestimmten Diagnose bzw. DRG lässt sich übereinstimmend weder herstellen noch dokumentieren, etwa wegen Allergien, Unverträglichkeiten oder Krankenhausinfektionen. Der Verbrauch an Medikamenten ab einer bestimmten Größenordnung hängt aber zudem oft stark von der individuellen Behandlungsdauer des Patienten ab. Deswegen kann ihre kostenmäßige Erfassung und Bewertung nicht wie beim medizinischen Verbrauchsmaterial der Serviceeinheiten erfolgen. Den gesetzlichen Vorgaben bei der DRG-Kalkulation folgend, sollten Medikamente mit einem hohen Kostenvolumen soweit wie möglich patientenindividuell erfasst als Einzelkosten zugerechnet werden, zumal entsprechende Aufzeichnungen für medizinische Therapiekontrollen und eine qualifizierte Behand-

---

<sup>210</sup> Vgl. INEK (2007d), S. 151.

lungsfortführung von Bedeutung sind. Im Fall von zeitabhängigem Verbrauch kostenintensiver Medikamente liegt es dagegen nahe, diesen über Minuten-, Stunden- oder auch über Tagessätze abzubilden. Letztere sind zum Beispiel für die Serviceleistungen einer invasiven Anästhesiologie vorstellbar, wenn diese einem an Blutkrebs erkrankten Patienten in der Hämatologie in gewisser Regelmäßigkeit, gegebenenfalls auch chronisch Medikamente verabreicht.

Folgendes lässt sich für die mengenmäßige Erfassung der Sachleistungen in den Serviceeinheiten als Zwischenfazit festhalten: Eine einzelleistungsbezogene Erfassung bietet sich an, wenn der Aufwand in sinnvollem Verhältnis zum Nutzen steht. Für die Gebrauchsartikel ist das nicht der Fall, hier sollte auf eine Einzelleistungsverrechnung verzichtet werden. Innerhalb der Verbrauchsgüter ist das Bild differenzierter: Beim medizinischen Verbrauchsmaterial kann man sich an der Behandlungsbedürftigkeit des Patientenguts orientieren und die Sachmittel je nach Kategorie unterschiedlich abrechnen. Die teureren werden als Einzelkosten den DRGs zugewiesen, die preiswerteren zu Paketen je Patientenfall zusammengefasst. Für die Medikamente ist ebenfalls eine Zweiteilung nach Kostenaufwand sinnvoll: Billige Standardarzneimittel werden als interne Fallpauschalen abgerechnet. Teure Medikamente müssen, um dem Verursachungsprinzip gerecht zu werden, patientenindividuell als Einzelkosten aufgeführt werden. Ihre präzise Dokumentation macht auch Sinn für den weiteren Therapieverlauf. Bei zeitabhängigem Medikamentenverbrauch ist die Verwendung von Tagessätzen erwägbar.

Die differenzierte Verrechnung der Sachkosten für Medikamente und für das medizinische Verbrauchsmaterial ähnelt also teilweise der vom DRG-Institut empfohlenen Kalkulationsmethodik, so dass auf Daten zurückgegriffen werden kann, die bereits einmal erhoben wurden. Allerdings muss für einen bestimmten Teil der Medikamente der Serviceeinheiten eine passende (zeitliche) Bezugsgröße gefunden werden. Dabei darf das Konfliktpotenzial nicht übersehen werden, das die krankenhauspaktische Umsetzung dieses Vorschlags schafft. So dürften sich Diskussionen darüber ergeben, welche Bezugsgröße dem Anspruch nach einer möglichst patientenbezogenen Kostenverteilung am ehesten gerecht wird. Die ursprüngliche Betonung des Prinzips der Verursachungsgerechtigkeit hat ihre Begründung im DRG-Katalog, der seine Nutzer auffordert, bei der Verrechnungspreisbildung nach Möglichkeit immer einen direkten Zusammenhang zwischen (Sach-)Leistungen und G-DRGs herzustellen. Tatsächlich resultiert eine zu geringe Spreizung zwischen relativ einfachen und eher komplexen Leistungen, wenn zu wenige Kosten den Einzelleistungen direkt zugerechnet werden bzw. wesentliche Kosten, wie etwa die Kosten für Medikamente, den Patienten rein fallzahlbezogen zugeteilt werden. Dem Kompressionseffekt, wie das skizzierte Phänomen in der Krankenhauslite-

ratur bezeichnet wird<sup>211</sup>, effektiv entgegensteuern kann man nur, wenn Diagnosen und Prozeduren ausreichend kodiert und Sachleistungen der Servicemodule entscheidungsorientiert abgegrenzt und wie empfohlen nur partiell mit DRG-Bezug bewertet und verrechnet werden.

### *5.2.2 Bewertung der Serviceleistungen aus dem Medizinischen Sachbedarf*

Im Anschluss an die mengenmäßige Erfassung und Planung des Verbrauchs an medizinischen Materialien und Medikamenten müssen die Sachleistungen bepreist werden. Dem Schritt der Leistungsbewertung kommt eine eher geringe Problematik zu, weil sich für die Sachmittel der genannten Gruppen für gewöhnlich Markt- als Verrechnungspreise heranziehen lassen. Es ist lediglich eine Zusammenarbeit mit den Einkaufs- und Logistikstellen im Tertiärbereich erforderlich, so dass die Verrechnungspreisgestaltung unter der Zuhilfenahme von Einstandspreisen erfolgen kann. Bei allen Verbrauchsgütern und Medikamenten, die einen vergleichsweise hohen Wert aufweisen, bietet es sich an, die Preise anzusetzen, die für die Anschaffung bzw. Wiederbeschaffung zu entrichten sind. Diese Voraussetzung erfüllt zum Beispiel ein Tubus für eine Laserresektion in der HNO, für den vor diesem Hintergrund eine Einzelbewertung in Anlehnung an Anschaffungs- bzw. Wiederbeschaffungspreise eine geeignete Lösung darstellt. Bei der Bewertung des Mengenverbrauchs von niedrigpreisigen Sachmitteln empfiehlt es sich dagegen, die gebildeten Pakete vornehmlich mit Durchschnittspreisen zu versehen.<sup>212</sup> Weil einer DRG-bezogenen Leistungserfassung und -planung durchschnittliche Patienten zu Grunde liegen, zum Beispiel Kinder verglichen mit Erwachsenen aber kleine Kanülen benötigen, macht es unter Umständen Sinn, weiter differenzierte Verrechnungspreise zu veranschlagen.

Deren Verwendung ist nicht daran gebunden, ob die Module den vorhandenen, abgesehen von wenigen Ausnahmen wie Einkaufsgemeinschaften und privaten Ketten ungenutzten Markt für Sachartikel des Medizinischen Bedarfs auch tatsächlich nutzen dürfen. Wenn die Krankenhausleitung erlaubt, dass die Kerneinheiten auch auf unternehmensexterne Sachleistungen zurückgreifen dürfen und die Supportmodule nicht allein interne Nachfrager beliefern müssen, kann Wettbewerb ins Unternehmen kommen. Diesen können die Leiter der medizinischen Kern- und Serviceeinheiten dazu nutzen, um aus Sicht des Gesamtkrankenhauses betriebswirtschaftlich günstige Entscheidungen zu fällen. Liegt beispielsweise der Sachkostenteil im Verrechnungspreissystem, der vom Umfang her ein Teilkostenpreis ist und aus diesem Grund in dieser Arbeit auch als solcher verstanden wird, über dem momentanen Marktpreis-

---

<sup>211</sup> Den Effekt der unzureichenden Spreizung der relativen Kostengewichte beschreiben GÜNSTER/MANSKY/REPSCHLÄGER (2004), S. 59.

<sup>212</sup> Vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 154f.

niveau, dann werden die Kernmodule vermutlich extern einkaufen, um nicht in Gefahr zu geraten, durch überteuerte Supportleistungen Verluste zu machen. Umgekehrt tragen alle Dienstleister, die Sachleistungen am Markt zu einem Preis absetzen können, der deutlich über den eigenen Selbstkosten liegt, durch ihre hohe Gewinnspanne zum Unternehmenserfolg bei.

Da den Organisationseinheiten auf beiden Seiten kein strikter Anreiz gegeben ist, Leistungen intern nachzufragen bzw. anzubieten, besteht allerdings das Risiko, von der Krankenhausleitung gesteckte Grenzen aus den Augen zu verlieren. Sie werden erreicht, wenn das unternehmerische Gewinnziel gefährdet ist, aber eben auch, wenn der Einsatz von Verrechnungspreisen mit einer Verringerung der medizinisch-pflegerischen Qualität einhergeht. Eine Gefahr für das Qualitätsziel kommt auf, wenn ein krankenhausexterner Anbieter beispielsweise Medikamente nicht in erforderlichem Umfang vorrätig hat, das eigene Supportmodul mangels kalkulierter Nachfrage kein ausreichendes Materiallager vorsieht und den Lieferengpass daher nicht auszugleichen vermag. Will der hauseigene Dienstleister sein Lager notdürftig aufbauen, so ist das angesichts des kurzfristigen Bedarfs selten zu günstigen Konditionen möglich. Deshalb wird dann unter Umständen auf ein aus medizinischer Sicht weniger vorteilhaftes Produkt zurückgegriffen. Der Umsetzung des Qualitätsziels schaden aber auch Servicemodule, die besonders stark beansprucht werden, weil sie als preiswerte Anbieter auf dem krankenhauses internen und auf dem extern zugänglichen Markt auftreten, ihre Kapazität mit der Gesamtnachfrage aber nicht Schritt halten kann. Die Beispielfälle zeigen, welche große Bedeutung es hat, dass es sich das Krankenhaus aus gesamtbetrieblichen Gründen zur Politik macht, dass bei Vorhandensein eigener Leistungsnachfrager oder -anbieter diese zum Zug kommen *müssen*. Wenn die Kern- und Servicemodule nicht mit Wettbewerbern außerhalb des Krankenhauses rechnen müssen, sollten sich ohne Probleme Verrechnungspreise durchsetzen lassen, die den Anschaffungs- bzw. Wiederbeschaffungspreisen für Einzelleistungen entsprechen und für Sachleistungen in Paketen einem Durchschnitt vergangener Preise gleichgestellt sind.

Zur Wahrnehmung ihrer betrachteten Steuerungs- und Kontrollaufgaben ist darauf zu achten, dass die Sachkostenpreise in regelmäßigen Zeitabständen kritisch überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden, so dass sie für die laufende Budgetperiode auf verbindlichen Standards beruhen. Erst mit festen Preisen ist sichergestellt, dass die Steuerungsphilosophie, die den aktuell geltenden DRGs zu Grunde liegt, krankenhauses intern weitergegeben wird. Anreize zur Rationalisierung erwachsen aber nicht nur aus der Vorgabe von Kostenstandards für die Entgeltbemessung der teuren Sachleistungen. Druck, eine kostengünstige Aufgabenerstellung im Bereich der Sachkosten zu garantieren, resultiert auch aus dem zweiten Element des DRG-

Konzepts, das dem hier empfohlenen Verrechnungspreissystem für Sachleistungen zu Grunde liegt: dem Pauschalisierungsprinzip. Die Erlösvorgabe von DRG-Fallpauschalen für sämtliche kostengünstigen Artikel des Medizinischen Sachbedarfs der Servicemodule verhindert, dass diese mehr Ressourcen zur Leistungserbringung einsetzen, als es zur Erreichung des Behandlungsziels angemessen wäre. Das drückt sich im Bestreben aus, die günstigsten geeigneten Sachartikel von der Hausapotheke zu erwerben und ihr Einsatzvolumen möglichst gering zu halten. Die Einhaltung medizinisch gebotener Mindeststandards könnte zwar in Gefahr geraten, wenn die Supporteinheiten ihre Leistungen trotz ausreichender Kapazitäten nur eingeschränkt erbringen, weil das pauschale Entgelt für das beispielsweise schon genannte Paket zur Wundversorgung nicht die eigenen Kosten dafür deckt. Doch es ist anzunehmen, dass die Mediziner, ihrem ärztlichen Selbstverständnis entsprechend, weder vorschnell Qualitätseinbußen riskieren noch auf sinnvollen Material- und Medikamenteneinsatz verzichten, sondern eher großzügig kalkulieren. Insofern dürften krankenhauserne DRG-Fallpauschalen für den niedrigpreisigen Sachbedarf eine vertretbare steuerungswirksame Entgeltform für Serviceeinheiten sein. Bei den Fachmodulen dagegen muss kontrolliert werden, dass sie die pauschalen Sachleistungsentgelte nicht missbrauchen, indem sie mengenmäßig mehr Leistungen aus dem Servicebereich verlangen, als durch die Pauschalen abgegolten. Das zu verhindern, bedeutet Mengenvorgaben zu formulieren und Abweichungen vom Behandlungsplan bzw. Mengensbudgetüberschreitungen zu sanktionieren, was im späteren Abschnitt 5.4 vorgenommen wird.

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass bei der Bewertung der Serviceleistungen aus dem Medizinischen Sachbedarf zwei Bestandteile des DRG-Konzepts zum Tragen kommen: die Vorgabe eines Standards und das Pauschalisierungsprinzip. Bei der Beurteilung der hochwertigen Sachleistungen bieten sich Verrechnungspreise auf Anschaffungs- bzw. Wiederbeschaffungspreisbasis an. Sie unterstützen die Einführung wettbewerbsähnlicher Mechanismen und halten so zu effizienter Leistungserbringung an. Eine Vergütung mit Durchschnittspreisen macht Sinn, wenn die Verrechnung der Sachmittel nicht einzelleistungsbezogen erfolgen soll, sondern paketweise. Dann aber erhalten die Facheinheiten einen Anreiz, Entscheidungen maximal abzusichern und sind den Budgetverantwortlichen Mengen für die intern bereit gestellten Leistungen vorzugeben, die mit einem bestimmten Verbindlichkeitsgrad einzuhalten sind.

### *5.2.3 Verrechnungspreise für Reparatur-, Wartungs- und Instandhaltungsleistungen*

Bis zu dieser Stelle der Arbeit gehen in die Verrechnungspreiskalkulation die unmittelbar mit Einzelfällen oder DRGs zusammenhängenden Sachleistungen und deren Kosten für den Me-

medizinischen Bedarf ein. Der Leistungsumfang dient dabei als Planbezugsgröße der Kostenbestimmung. Ein derartiger Verrechnungspreisansatz ist kohärent mit den krankenhausextern veränderten Vergütungsanreizen. Er bietet alle Voraussetzungen dafür, dass die von den G-DRGs ausgehenden Steuerungswirkungen im Krankenhaus umgesetzt werden und die Module Mengenentscheidungen treffen, die der Gesamtzieleerreichung förderlich sind. Die Aussagefähigkeit der kalkulierten Verrechnungspreise im Hinblick auf die Erfolgsermittlung ist jedoch eher anzuzweifeln. Darüber hinaus erlaubt ihr isolierter Einsatz nicht die von den DRGs vorgesehene Komplettkalkulation der Fallkosten. Zwar grenzt das hier entworfene System aus Standardkostenpreisen den größten Bereich der Sachkosten ab, so dass dieser bei Bedarf in ein Vollkostenpreissystem überführt werden kann. Daneben muss jedoch auch der eher kleine Sachkostenanteil für Reparatur-, Instandhaltungs- und Wartungstätigkeiten Beachtung finden.

Anders als große Teile der Kosten des Medizinischen Sachbedarfs steht ihre Höhe in keinerlei direktem Zusammenhang zur Komplexität der Serviceleistung. Damit reagieren diese Kosten nicht oder nur marginal auf eine veränderte Zusammensetzung der Fallstruktur im Krankenhaus. Zwar setzen schwere Eingriffe die Infrastruktur und Einrichtung von großen und damit häufig teuren Apparaturen voraus, um die entsprechende Strukturqualität sicherzustellen. Eine Abweichung im CM hin zu leichteren Fällen hätte allerdings nur minimale Kostensenkungen zur Konsequenz.<sup>213</sup> Das impliziert, dass die Dienstleister durch konstante Reparatur-, Instandhaltungs- und Wartungskosten in Bezug auf den DRG-Fall gekennzeichnet sind. Es scheint sinnvoll, auf eine Detailkalkulation zu verzichten und über krankenhauseinterne Fallpauschalen nachzudenken. Im Gegensatz zu den Kosten für einfache Verbrauchartikel und die Gruppe der Gebrauchsgüter ergibt sich dieser Vorschlag aber nicht zwingend aus der vom InEK geforderten Vollkostenkalkulation der (Sach-)kosten. Bei Reparatur-, Instandhaltungs- und Wartungskosten für etwa ein Großgerät zur Magnetresonanztomographie handelt es sich um echte Gemeinkosten, die sich einem Behandlungseingriff nie verursachungsgerecht zuteilen lassen.

Die Tatsache, dass sich diese Kosten zwar nicht proportional zur DRG-Fallzahl, dafür aber zur Prozessnutzung verhalten, macht eine aktivitätsorientierte Erfassung und Bewertung von Reparatur-, Instandhaltungs- und Wartungsleistungen interessant. Das gilt insbesondere für die Dienstleister, in denen diese typischen Gemeinkosten in tendenziell größerem Umfang anfallen. Das ist vornehmlich bei den medizinisch-technischen Supporteinheiten der Fall. Mit einer Fokussierung auf alle dort ablaufenden Leistungsprozesse kann das Ziel, eine Vollerhe-

---

<sup>213</sup> ERNST ET AL. (2004), S. 1226.

bung der Serviceleistungen durchzuführen und sie als Einzelkosten zu bestimmen, nicht erreicht werden. Dafür kann man mehr Verursachungsgerechtigkeit erreichen, wenn das Gemeinkostenvolumen nicht auf die Beschäftigung zurückgeführt wird, sondern eben Aktivitäten, also Abfolgen von krankenhausinternen Teilleistungen, als Bezugsgröße für die Verrechnungspreisgestaltung in den Mittelpunkt rücken. So ließe sich die Inanspruchnahme der Ressourcen etwa der Radiologie oder eines Laboratoriums über die Anzahl angeforderter Röntgenbilder bzw. diagnostischer Laborproben oder -analysen ausdrücken. Eine solche aktivitäts- bzw. prozessbezogene Form der Leistungsbewertung und -verrechnung stellt ihrem Wesen nach eine Vollkostenrechnung dar.<sup>214</sup> Für eine solche muss garantiert sein, dass die Kosten der Serviceeinheiten vollumfänglich auf die Patienten im operativen Kernbereich weitergegeben werden. Weitere (Sach-)Kosten bestehen im Krankenhaus zwar nur wenige. Gleichwohl liefert gerade die Erfassung der Kosten für das medizinische Verbrauchsmaterial und die Medikamente auf Basis von Einzelleistungen unverzichtbare Steuerungs- und Kontrollinformationen. Außerdem sollte der Fallkostenausweis der einfachen Sachmittel erhalten bleiben, da er unmittelbar in der DRG-Vergütung enthalten und so der Entscheidungsfindung dienlich ist. Nicht zuletzt aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen heraus erscheint es sinnvoller, Reparatur-, Instandhaltungs- und Wartungskosten über Fallpauschalen zu verrechnen, wenngleich sie sich auch auf den Nutzungsumfang der technischen Geräte im Servicebereich zurückführen ließen. Daran schließt sich die Frage an, wie sich die Vorteile, Kosten den ablaufenden Prozessen zuzuordnen, für den wertmäßig überlegenen Bereich der Personalgemeinkosten nutzen lassen.

Bevor Abschnitt 5.3 darüber Aufschluss darüber gibt, soll der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen werden, dass sich die für ein Krankenhaus relevanten Sachkostenarten aus den Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter und den hier diskutierten Kosten für die Wartung, Reparatur und Instandhaltung von technischen Geräten und auch Gebäudeteilen ergeben, zusätzlich aber z. B. auch aus den Kosten für Wasser, Strom und Energie oder für Arzt- und Mitarbeiterhaftpflichtversicherungen. Ließe man diese Kostengruppen unbeachtet, käme kein realistisches Bild über das Entstehen und Vermeiden Können von Sachkosten im Krankenhaus zustande. Im Rahmen der stationären Leistungserbringung orientiert sich die Ermittlung der Sachkosten jedoch im Wesentlichen an den Arzneimitteln und den Sachmitteln des übrigen Medizinischen Bedarfs, wie den Desinfektionsmitteln oder der Gruppe der Narkosegase. Das ist auch ein Grund, weshalb diese Untersuchung bei der Bildung krankenhausbetrieblicher Verrechnungspreise kein zentrales Augenmerk auf Abschreibungskosten richtet.

---

<sup>214</sup> Vgl. KEUN/PROTT (2006), S. 226.

### 5.3 Ausbau des Sachkostenpreissystems zu einem Ansatz von Vollkostenpreisen

Personalleistungen können entweder laufend oder einmalig je Periode verrechnet werden. Ist beurteilt, in welcher Gestalt sie in das zu entwerfende Verrechnungspreissystem hineingerechnet werden sollen (Unterabschnitt 5.3.1), widmet sich der Unterabschnitt 5.3.2 der Frage der Steuerfähigkeit von Personalleistungen. Danach steht die Bestimmung der Mengen- und Wertkomponente für den personalabhängigen Verrechnungspreis und in diesem Kontext auch der Gültigkeitsdauer der Kostenpreise zur Diskussion (Unterabschnitte 5.3.3 und 5.3.4).

#### *5.3.1 Ein- und zweistufige Verrechnungspreise für Sach- und Personalleistungen*

Wird das Verrechnungspreissystem in der bis hier vorgeschlagenen Weise umgesetzt, lassen sich sachkostenrelevante Entscheidungen im Servicebereich des Krankenhauses in strukturierter Form erfassen und steuern. Allerdings kann mit ihm die große Zahl an Personalleistungen, die vor allem in den ärztlichen Supportmodulen enthalten sind, nicht bewertet werden. Somit bliebe auch deren Erfolgsbeitrag bei vielen Behandlungseingriffen im Krankenhaus unberücksichtigt. Es schließt sich die Frage an, in welcher Form und in welchem Umfang die Personalleistungen der Servicemodule bewertet und verrechnet werden sollen. Prinzipiell sind zwei Möglichkeiten denkbar: einstufige oder zweistufige Verrechnungspreise. Wird für die Verrechnungspreisbildung ein einstufiges Verfahren gewählt, werden die Sach- und Personalleistungen der Serviceeinheiten zu Vollkosten bewertet. Fällt die Entscheidung aber zu Gunsten eines *zweistufigen* Gestaltungstyps aus, wie er hier zuerst betrachtet werden soll, werden die laufenden Leistungen zu Teilkosten abgerechnet und damit zunächst nur die Sachkosten erstattet. Für alle mit Personaleinsatz verbundenen Dienstleistungen gibt es ein Pauschalentgelt, welches unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme periodenweise überwiesen wird.

Dieses nach Ablauf jeder Periode bezahlte Entgelt kann als Beitrag für die Bereitstellung und Reservierung von Kapazitäten durch die leistenden Serviceeinheiten interpretiert werden. Zwar macht eine Zweiteilung des Verrechnungspreises dessen Struktur auf den ersten Blick kompliziert. Dafür hätte eine derartige Variante der Verrechnung den Vorteil, dass die Personalkosten der Supportmodule nur einmal pro Abrechnungsperiode analysiert werden müssten und die notwendigen Daten für Entscheidungen im Bereich der Sachkosten ständig verfügbar wären. Ferner garantierte die Festlegung der „Grundgebühr“ für Personalleistungen den Supportmodulen, dass ihre oft immensen Personalkosten wenigstens teilweise abgedeckt werden. Die positiven Eigenschaften von standardkostenbezogenen Sachkostenpreisen blieben insofern nicht nur erhalten. Auch der gravierende Nachteil hinsichtlich des stetigen Entstehens

von Verlusten in Höhe der Personalkosten wird durch den Ansatz des Einmalbetrags pro Periode abgeschwächt oder vermieden. Trotzdem kann die Spaltung der Verrechnungspreise in die zwei vorgestellten Bestandteile problembehaftet sein, wie sogenannte Slot-Systeme im OP-Management aus der Krankenhauspraxis zeigen. Dabei kaufen operative Facheinheiten von Dienstleistern bestimmte Pakete, beispielsweise in Form von Arbeitsminuten. Diese Pakete sollen die Fixkosten der bestellten Serviceeinheit für Personalleistungen decken, während darüber hinausgehende Personal- und alle Sachleistungen nutzungsabhängig mit der operativen Einheit abgerechnet werden. Für die Ausnutzung der zur Verfügung gestellten Arbeitszeit sind die Käufer der Pakete eigenverantwortlich. Angebot und Nachfrage zu bestimmten Zeiten regulieren den Preis. So praktikabel wie steuerungswirksam ein solches Verrechnungspreisschema erscheint, so fraglich könnte es für die krankenshausinterne Qualitätssicherung sein. Denn es ist denkbar, dass die Facheinheit Maßnahmen unter großem Zeitdruck ausführt, um keine zusätzlichen Behandlungsleistungen vom Serviceanbieter erwerben zu müssen. Zweifellos ist eine schnell durchgeführte Operation deswegen nicht immer die beste, vom investitionshehmenden Aspekt der Gestaltungsvariante mal abgesehen. Schließlich sind in den Paketen keine zusätzlichen Mittel für Investitionen vorgesehen, so dass die finanziellen Möglichkeiten für eine längerfristige Entwicklung der Servicemodule erschwert werden. Im Ergebnis stehen also dem Nutzen der zweistufigen Verrechnungspreise auch viele Nachteile gegenüber. Der Sinn für die Verwendung eines Zuschlagssatzes auf die laufenden Sachkosten in den Supporteinheiten erscheint fraglich, zumal noch weitere Kritikpunkte anzuführen sind.

Auch das mit der bloßen Verrechnung von Teilkosten bestehende Erfolgsermittlungsproblem ist mit der Hinzuziehung einer Pauschalbelastung für Personalleistungen nicht gelöst. Wird der Betrag nämlich als Sockelbeitrag definiert und deckt diese „Grundgebühr“ bzw. Abschlagszahlung die Personalkosten nur zu einem Teil, werden die Servicemodule im Verhältnis zueinander nicht erfolgsgerecht entlastet. Damit verleitet er die Verantwortlichen in den Kernmodulen zu der falschen Annahme, dass es sich um preiswerte Leistungen handelt, wodurch dem Anreiz für ein gesamtzielbewusstes Anforderungsverhalten geschadet wird. Ein ähnlich gelagertes Steuerungsproblem stellt sich ein, wenn der beziehenden Facheinheit ein Grundbetrag in Rechnung gestellt wird, der weit über den tatsächlich angefallenen Kosten liegt. Unter Umständen erreicht der zuzurechnende Kostenblock dann ein kaum vertretbares Gewicht, was sich negativ auf Struktur und Höhe des Ergebnisses des Kernmoduls niederschlagen wird. Ob sich dessen operationale Autonomie dann noch so weit ausbauen lässt, dass die delegierte Fachkompetenz und Weisungsbefugnis die Ergebnisverantwortung rechtfertigt, sei dahingestellt. Klar hingegen ist, dass die Budgetverantwortlichen der Facheinheit sich da-

vor schützen werden, überhöhte Kosten mitzutragen. Sie werden daher einen Anreiz haben, tendenziell wenig personelle Kapazitäten zu beziehen. Das ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht gewünscht, lässt aber eine Leistungsminimierung unter ein medizinisch vertretbares Niveau befürchten. Man kann noch einen Schritt weitergehen und die Mengenplanung für die leistenden Module betrachten. Wenn sie im Rahmen der Internen Budgetierung in die Hände der krankenhausinternen Nachfrager fiele und diese von Anfang an zu wenig Bedarf anmelden,<sup>215</sup> wäre eine zu knappe Kapazitätsausstattung im Servicebereich die Konsequenz. Daraus könnte auch aus Sicht des Gesamtkrankenhauses eine viel zu niedrige Kapazität hervorgehen.

Im Vergleich zu den in Abschnitt 5.2 behandelten rein sachkostenbasierten Verrechnungspreisen haben zweistufige Verrechnungspreise einen großen Vorteil: Sie decken zumindest teilweise die gewichtigen Personalkosten der Krankenhaussupporteinheiten ab. Ob diese positive Eigenschaft die Anzahl der aufgezeigten Nachteile überwiegt, muss im Einzelfall ausgelotet werden, erscheint jedoch eher fraglich. Dies gilt umso mehr, als wegen der Gestaltungsfreiheiten beim Einmalbetrag für Personalleistungen dem gesetzlich formulierten Anspruch nach Bestimmung von istkostenbasierten Vollkostenpreisen nicht in jedem Fall entsprochen wird.

Wesentlich Erfolg versprechender scheint es, wenn neben den Sachkosten die Personalkosten in vollem Umfang als Istkostenpreis den leistungsanfordernden Modulen angelastet werden. Ein solcher Ansatz enthält alle Kostenbestandteile. Somit ist ein aussagefähiger Vergleich krankenhausbezogener CWs zu bestehenden DRG-Fallpauschalen möglich. Vor allem aber können solche Verrechnungspreise verhältnismäßig einfach in die im Krankenhaus existierende oder sich etablierende Kostenrechnung eingebaut werden. Unterschiedliche Wertansätze für die gesetzlich vorgeschriebene DRG-Kalkulation und krankenhausinterne Zwecke werden vermieden. Genau deswegen allerdings genügt auch ein solches Vorgehen der Verrechnungspreisbildung nicht den Steuerungsanforderungen des Krankenhauses. Ein großes Problem ist, dass sich seine Informationen für kurzfristige Entscheidungen nicht verwenden lassen. Wegen der Konzeption der DRGs, die ebenso mit Vollkosten operieren, ist das jedoch kaum vermeidbar. Der Hauptnachteil aber ist, dass bei Integration der gesamten Personalkosten als Istkostenpreis jegliche Verhaltensanreize entfallen, Effizienzanstrengungen bei der Erbringung personeller Leistungen vorzunehmen. Die Kerneinheiten werden außerdem kaum gewillt sein, dass mögliche Unwirtschaftlichkeiten bei der Personalpolitik im Servicebereich fortgeschrieben werden und dann von ihnen zu tragen sind. Die mangelnde Steuerungsfähig-

---

<sup>215</sup> Der geeignete Partizipationsgrad bei der Mengenplanung für Verrechnungspreise wird in Kap. 5.4 gesucht.

keit der Supporteinheiten und die wahrscheinlich mangelnde Akzeptanz bei den Fachmodulen lässt auch die Verwendung dieses Verrechnungspreiskonzepts als wenig ratsam erscheinen.

Die zweite Möglichkeit, die Schwachstellen des Teilkostenansatzes aus Sachkostenpreisen zu beheben, kann in der Aufstellung *einstufiger* Vollkostenpreise gesehen werden. Hiernach wird der Anteil der Personalkosten einer Serviceeinheit nicht als Reservierung ihres Anteils an den Personalkapazitäten des Krankenhauses betrachtet, der nach einem festgelegten Betrag für die geplante oder tatsächliche Nutzung der Fachmodule einmal je Abrechnungsperiode verteilt wird. Stattdessen soll das Verrechnungspreissystem die laufende Kapazitätsnutzung mit Sach- und mit Personalkosten bewerten. Dabei ist eine Fülle von Ausgestaltungsformen denkbar. Im Folgenden sollen in drei Stufen denkbare Gestaltungstypen konstruiert werden, wobei mit jeder Stufe der Spezifizierung die Komplexität bei der Aufteilung der Supportkosten ansteigt.

(1) Als einfachste Variante der Kalkulation von einstufigen Vollkostenpreisen kommt dabei ein Verfahren in Betracht, das sich in der Krankenhauspraxis hoher Beliebtheit erfreut. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass die Personal- mit den Sachkosten zu einer gemeinsamen Wertbasis zusammengefasst und dann den von den Serviceeinheiten insgesamt erbrachten oder geplanten Leistungen gegenübergestellt werden. Beispielsweise kann man als Berechnungsgrundlage auf das Punktsystem der GOÄ zurückgreifen. Im Einzelnen sieht das dann oft folgendermaßen aus: Die Gesamtleistungen werden ausgedrückt durch die Summe der Punktzahlen, die im besagten Gebührenkatalog der GOÄ für einzelne Krankenhausleistungen abgelegt sind. Den Gesamtleistungen stehen die Gesamtkosten gegenüber. Aus den Gesamtkosten und den nach GOÄ gewichteten Gesamtleistungen wird dann eine Verhältnisgröße errechnet. Multipliziert man diese mit der GOÄ-Punktzahl einer bestimmten Leistung, ergibt sich der Verrechnungspreis für diese Leistung. Der Erfassungs- und Berechnungsaufwand hält sich erkennbar in Grenzen, wenn alle Leistungen mit festen Punktzahlen versehen sind. Den Informations- und Steuerungsbedarf der Krankenhausleitung befriedigt dieses Gestaltungsprinzip jedoch kaum. Statt Sach- und Personalkosten in spezifischen Rechnungssystemen zu erfassen, stellt diese Form der Verrechnungspreisbildung auf eine einheitliche Berechnungseinheit ab. Sie kann sowohl der Erfüllung der Erfolgsermittlungs- als auch der Verhaltenssteuerungsfunktion hinderlich sein. Die Erfolgsermittlung ist eingeschränkt, weil auf Mischkalkulationen basierende Ergebnisse inhaltlich nicht vollständig sind. Durch die Zusammenführung und anschließende Zuweisung der Personal- und Sachkosten aller Dienstleister treten Verzerrungen und Ungenauigkeiten auf, die die realen Kostenverhältnisse der Anbieter verfälschen. Werden Profitabilitätsberechnungen angestellt und die Ergebnisse dann zur Beurteilung der

Leistungswirtschaftlichkeit genutzt, können außerdem Anreiz- und Motivationsprobleme auftreten. Die in vielen Krankenhäusern unbefriedigende Datensituation können solche einheitlichen Verrechnungssätze ebenso wenig verbessern. Es besteht sogar die Gefahr, ohne eine schärfere Unterscheidung der Bezugsleistungen bzw. eine differenziertere Betrachtung nach Sach- und Personalkosten aktuell bestehende Informationsdefizite zusätzlich zu verschärfen.

(2) Der Vielfalt der Supportleistungen im Krankenhaus Rechnung zu tragen, könnte in einer zweiten Stufe heißen, einstufige Vollkostenpreise zu entwickeln, die Sach- und Personalkosten nach unterschiedlichen Berechnungsmaßstäben ermitteln. Ausgehend vom beschriebenen Beispiel könnten diese Verrechnungspreise dann so ausgestaltet sein, dass sie servicemodulbezogene Sachkosten je GOÄ-Punkt enthielten. Für die Personalkosten müsste ergänzend ein eigener Quotient pro GOÄ-Punkt ermittelt werden. Bei einer solchen Verteilung der Punktzahl entsprechend der privatärztlichen Verrechnung spiegelten die Verrechnungspreise einen unterschiedlichen Ressourceneinsatz für Sach- und Personalleistungen wider. Wegen der in Abschnitt 4.3 gekennzeichneten Kritikpunkte an der augenblicklichen Version des Tarifwerks sollten dabei aber modifizierte GOÄ-Punkte Beachtung finden, die einen stärkeren Bezug besonders zu den Personalleistungen aufweisen. Die Anpassung der Personalkosten und die differenzierte Berücksichtigung der Behandlungskostenarten der einzelnen Serviceeinheiten werden gewiss von einem größeren Dokumentations- und Abrechnungsaufwand begleitet. Andererseits steigt so auch die Auswertungsqualität. Das sollte die Zusatzbelastung aus Kostenanpassung und getrennter Dokumentation nach Sach- und Personalleistungen relativieren.

(3) Der Detaillierungsgrad und damit auch der Aufwand bei der Kostenerhebung steigen weiter, wenn in einem dritten Schritt die laufende Verrechnung der Supportleistungen im Krankenhaus losgelöst von den GOÄ-Punkten erfolgt. Das bedeutete den Verzicht auf ein System aus Kostenerstattungsregelungen, das wegen seiner Einfachheit und Handhabbarkeit äußerst attraktiv für das Krankenhaus ist. Dennoch überwiegen die Vorteile von Verrechnungspreisen, die an die rechentechnischen und organisatorischen Bedingungen im Unternehmen zu adaptieren sind.<sup>216</sup> Die Einzel- und Paketpreise, wie sie im vorherigen Abschnitt 5.2 für Sachleistungen der Serviceeinheiten auf Standardkostenbasis gebildet wurden, besitzen deswegen deutlich größere Durchsetzungschancen. Der Aufwand ihrer Einführung lohnt sich. Schließlich dienen solche Verrechnungspreise nicht nur einer patientenbezogenen DRG-Berechnung,

---

<sup>216</sup> Siehe dazu besonders Abschnitt 2.4, wo DRG-Anteile als Verrechnungspreise nach ihren Verhaltenssteuerungseigenschaften untersucht werden.

sondern können darüber hinaus – als Fallpauschalen und besonders in Gestalt von Festpreisen – einen Beitrag zur Steigerung der Effizienz und Effektivität der Krankenversorgung leisten.

Der Tatsache, dass sich der Nutzwert von Verrechnungspreisen weiter heben lässt, wenn Benchmarking betrieben wird, wurde bislang kaum Beachtung geschenkt. Einen Informations- und Steuerungsgewinn versprechen neben den Punkten aus dem Gebührenkatalog der GOÄ die jahresweise vom InEK veröffentlichten Ergebnisse der Fallkostenkalkulation. Nach GOÄ gewichtete oder ungewichtete Sachkosten je DRG und Servicemodul im Sinne einer Äquivalenzziffern- bzw. Divisionskalkulation, wie sie das InEK als Kalkulationssätze für zahlreiche stationäre Sachleistungen vorschlägt, sind für krankenhausinterne Analysen und Schlussfolgerungen erwiesenermaßen nur bedingt brauchbar und werden nicht übernommen. Stattdessen dienen die im GOÄ-Katalog verzeichneten Punkte ausschließlich als Referenzpunkte je Leistung. Das zweite Augenmerk des Krankenhauses sollte auf den DRGs liegen. Um ihr inhärentes Informations- und Steuerungspotenzial nicht zu verspielen, ist die Relation zu den krankenhausübergreifend kalkulierten CW-Anteilen wichtig. Liegen die Sachkosten einer Serviceeinheit im Krankenhaus über den GOÄ-Abrechnungsbeträgen bzw. den entsprechenden CW-Anteilen, so scheint bei konstanter Qualität eine Verringerung des Ressourcenverbrauchs möglich. Der Rückgriff auf Kostenvergleiche mit der GOÄ und den G-DRGs und damit auf die selbst entwickelten Kostenpreise für Sachleistungen lässt leider nur weiter offen, wie der Verbrauch an Personalleistungen mengenmäßig erfasst und bewertet werden soll.

### *5.3.2 Beispiele für die dezentrale Steuerungsfähigkeit von Personalkosten*

Da zweistufige Verrechnungspreise unüberwindbare Probleme mit sich bringen, bei einstufigen Gestaltungstypen aber die Vorteile überwiegen, sollen letztere in Form eines Systems von Vollkostenpreisen für Serviceleistungen weiter betrachtet werden.<sup>217</sup> Wie in Abschnitt 5.2 demonstriert, lassen sich die Sachkosten der Vollkostenpreise den Patientenfällen im Krankenhaus zu großen Teilen verursachungsgerecht zuordnen. Die Einzelkostenzuweisung erlaubt eine differenzierte Betrachtung spezialisierter und damit kostenaufwändiger Leistungen des Medizinischen Bedarfs. Damit gewährleistet sie eine hohe Güte der Erfolgsermittlung und -bewertung. Die Erstattung von Fallpauschalen für billige, aus Kosten-Nutzen-Überlegungen für eine Einzelabrechnung vernachlässigbare Sachartikel dagegen ist besonders unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung von großer Bedeutung. Denn wenn in Paketen abgerech-

---

<sup>217</sup> Motiviert ist die Suche nach Verrechnungspreisen auf Sach- und Personalkostenbasis auch durch die Ergebnisse von ELLWOOD (1996). Sie spricht vollkostenbasierten DRGs einen verhaltenssteuernden Effekt zu.

net wird, dann wird nicht jede einzelne Behandlungsleistung ökonomisch hinterfragt und eventuell aus vordergründigen Einsparmotiven einem akutstationären Patienten vorenthalten.

Bei Personalkosten herrscht Einigkeit, dass sie nicht nur den größten Teil der Krankenhauskosten ausmachen, sondern auch bis zu 98% beschäftigungsfix<sup>218</sup> und den DRGs damit nicht unmittelbar zurechenbar sind. Sie lassen sich deshalb auch nicht fall- und schon gar nicht einzelleistungsbezogen planen und steuern. Daraus wird in der Praxis gefolgert, die dezentralen Einheiten könnten die Kosten im Personalbereich nicht beeinflussen und jeder DRG müssten die Personalkosten entsprechend der tatsächlich von den Patienten in Anspruch genommenen Behandlungsleistungen zugeteilt werden. Es ist richtig, dass die Lohn- und Gehaltskosten aufgrund krankenhaustarifvertraglicher Strukturen nur langsam abgebaut werden können. So sind beispielsweise Pflichtbeschäftigungsquoten Schwerbehinderter und Älterer einzuhalten sowie Zeitaufstiege und die Unkündbarkeit langjährig Beschäftigter einzukalkulieren. Andererseits halten inzwischen erste Konzepte leistungsgebundener Vergütung Einzug in die deutsche Krankenhauslandschaft.<sup>219</sup> Aber selbst wenn Bonusregelungen, Pool- oder Gewinnbeteiligungen demnächst weite Verbreitung finden, dürfte das Lohn- und Gehaltsniveau der Mitarbeiter außerhalb des Steuerungs- und Kontrollbereichs der Module und ihrer Leiter liegen. Dennoch ist es falsch, zu behaupten, dass Personalkosten keinen Bezug zur medizinischen Leistungserstellung auf krankenhaushorizontaler Ebene aufwiesen: Durch effiziente Personalpolitik und geschickten Einsatz der Mitarbeiter sind sie auch auf kurze Sicht beeinflussbar. Im Prinzip müssen sie das auch sein, wenn Personalkapazitäten optimal genutzt werden sollen, wie es eine Hauptzielvorgabe für die Nutzung von Profit-Centern im Krankenhaus ist.

Dass Personalkosten zwar beschäftigungsfix, aber durchaus steuer- und kontrollierbar sind, zeigt sich einerseits an immer kürzeren Laufzeiten für oft nur noch befristete Arbeitsverträge im Krankenhaus. Zum anderen gibt es drei Aktionsfelder, an denen sich das Steuerungsziel festmachen lässt. (1) Ein erster Stellhebel kann im Bereich der Überstundenvergütungen gesehen werden. Ein Anspruch darauf besteht, wenn sie eingeplant sind. Tatsächlich handelt es sich bei Überstunden im ärztlichen Bereich vorwiegend um nicht angeordnete Arbeitszeit. Sie wird geleistet, weil es die Modulleiter ausdrücklich verlangen, vielleicht auch indirekt erwarten, vor allem aber, weil es die krankenhaushausindividuelle Versorgungssituation gebietet. Der

---

<sup>218</sup> Zu diesem Ergebnis kommen HOPPE/SCHMIDT-RETTIG/WEIGOLDT (1999), S. 67. Dies unterstützend liest man in Praxisbeiträgen des Öfteren, Personalkosten sollen besser aus allen Diskussionen herausgehalten werden, sie seien ja ohnehin da, vgl. BAUER/WEBER/BACH (1999), S. 913.

<sup>219</sup> Zum Entwicklungsstand leistungsgebundener Vergütung vgl. BOOZ ALLEN HAMILTON (2006), S. 39.

Zeitpunkt dieser Mehrarbeit ist in vielen Fällen flexibel und damit offen für Steuerungen. Eine restriktivere Bewilligung von Überstunden kann demnach zum kurzfristigen Abbau von Personalkapazitäten genutzt werden. Wie sich Überstunden flexibel abbauen und Personalkosten bei Wahrung eines hohen Qualitätslevels in gewissem Umfang variabilisieren lassen, zeigt sich an Arbeitszeitmodellen, wie sie das Krankenhaus in jüngster Zeit verstärkt beschäftigen.<sup>220</sup> Bedient es sich eines Arbeitszeitmodells, kann es sein Ziel sein, Wechselzeiten als die Zeiten vor und nach einem chirurgischen Patienteneingriff möglichst gering zu halten. Andere Ziele bestehen womöglich in der Vermeidung von Leerzeiten, in denen Kern- und ärztliche Servicemodule weder für Wechselprozesse noch für die eigentliche Operation gebraucht werden, und von Wartezeiten für die Patienten. (2) Ein weniger offensichtliches Mittel zur Kapazitätsoptimierung als ein effektives Zeitmanagement ist die Multifunktionalität des Personalstamms eines Krankenhauses. Ansätze, sich diese Eigenschaft zur Personalkostensteuerung zu Nutze zu machen, sind bedarfsorientierte Rotationsprogramme. Sie geben den Krankenhausmitarbeitern klare Vorstellungen, was von ihnen erwartet wird. Gleichzeitig bietet man ihnen Entwicklungsperspektiven in neuen Aufgabengebieten und Arbeitsweisen. Veränderungen der Aufgaben- und Anforderungsprofile setzen einvernehmliche Beratungen und Entscheidungen voraus, erlauben aber, Überkapazitäten in einzelnen Leistungsbereichen abzubauen und vorübergehende Unterkapazitäten in anderen zu kompensieren. Kostspielige Überstunden, vielleicht auch Neueinstellungen lassen sich umgehen. Ein krankenhaupraktisches Beispiel liefern beschäftigungsarme Bereitschaftszeiten, etwa in einem Nachtlabor oder einer Nachtapotheke. Es spricht nichts dagegen, wenn deren ausreichend qualifizierte Mitarbeiter Leerlaufzeiten dazu nutzen, der Vor- und Nachbereitung einer Patientenbehandlung in anderen Modulen nachzugehen. (3) Ähnlich kann die Heterogenität des Krankenhauspersonals dafür sorgen, dass die Kosten für Personalleistungen unterschiedlich hoch sind, in Abhängigkeit davon, welches Berufsbild und welches Ausbildungsniveau seine Erbringer aufweisen. Routinetätigkeiten, etwa beim Röntgen, müssen nicht notwendigerweise vom Oberarzt durchgeführt werden. Ebenso wenig muss dieser den Patienten Blut abnehmen oder ihnen intravenös Medikamente verabreichen. Das sind Aufgaben, die sich auch von Personal mit niedrigerem Lohn- und Gehaltsniveau erledigen lassen. Erste Ansprechpartner in diesem Kontext sind Pflegende und Assistenzärzte. Wie beschrieben, sehen letztere sich aber ohnehin oft dazu genötigt, Ü-

---

<sup>220</sup> Zu konkreten Ausgestaltungsmöglichkeiten der Arbeitszeitorganisation und ihren Auswirkungen im Krankenhaus vgl. die Forschungsergebnisse von BLUM/MÜLLER/OFFERMANN (2004). Dass es keine einhellige Auffassung darüber gibt, was Flexibilität bedeutet, wie sie quantitativ zu erfassen und planerisch zu handhaben ist, die Bedeutung eines Projektmanagements aber gleichzeitig zunimmt, veranschaulicht die Autorengruppe DREXL/KOLISCH/SALEWSKI (1999) anhand eines Optimierungsmodells. Das Modellkonzept basiert auf partiell erneuerbaren Ressourcen. Damit werden flexible Arbeitszeiten definiert und planerisch behandelt.

berstunden zu leisten, die mangels Anordnung unvergütet bleiben. Allerdings müsste ein großer Teil ihrer unbezahlten Mehrarbeit sicherlich nicht immer sofort erledigt werden. Vielmehr handelt es sich gerade beim oft delegierten Analysieren von Laborbefunden oder auch bei der Suche nach Röntgenbildern um Arbeiten, die nicht parallel zur medizinischen Versorgung erfolgen müssen. In dieser Richtung bieten auch die DRG-relevanten Tätigkeiten der Kodierung und Dokumentation Personaleinsparmöglichkeiten: Für ihre Erledigung ist darauf zu achten, dass sie nicht die laufende Anwesenheit und das teure Know-how eines Chef- oder Oberarztes erfordern. Sie lassen sich problemlos auf Zeiten abseits der Erbringung von medizinischen Kernleistungen verschieben. Die Differenzierung der Tätigkeiten nach der Qualifikationsstruktur ist nicht im Sinne einer Stellenerweiterung, sondern einer Umwidmung zu verstehen. So lässt sich darüber nachdenken, eigene Fachangestellte für die Dokumentation im Rahmen des Fallmanagements im Krankenhaus einzubinden.<sup>221</sup> Operationstechnische Assistenten könnten eventuell im OP die Aufgaben einer chirurgischen Assistenz übernehmen.

Bemühungen im Personalkostenbereich des Krankenhauses sind nur zu bewältigen, wenn alle Mitarbeiter aktiv zusammenarbeiten und so dazu beitragen, dass das hohe Qualitätsniveau bei der Patientenbehandlung nicht aufgegeben werden muss. Die vorgebrachten Praxisbeispiele bestätigen aber auch, dass nicht allein Sachkosten, sondern auch die vermeintliche „black box“ an Personalkosten zu den dezentral steuer- und kontrollierbaren Kosten im Krankenhaus gehört.<sup>222</sup> Beeinflussbar gestaltet werden können sie zum einen über ein effektives Zeitmanagement bei der Patientenbehandlung. Ein häufig übersehenes Potenzial zur Nutzungsoptimierung von vorhandenen Kapazitäten und damit zur Personalkostensenkung liegt zum zweiten in der ausgesprochenen Multifunktionalität des Krankenhauspersonals. Ferner spricht dessen Qualifikationsheterogenität dafür, dass auch kurzfristige Einsparungen bei den Personalkosten ein realistisch erreichbares Ziel sind. Die drei herausgearbeiteten Charakteristika von Personalkosten lassen den Schluss zu, dass ihre Höhe auf Ebene der Profit-Center beeinflussbar ist.

### *5.3.3 Prozessorientierte Erfassung und Verrechnung von Personalleistungen*

Servicemodulleiter können die Höhe ihrer Personalkosten steuern, indem sie für die Erbringung von verschiedenen Leistungsarten Mitarbeiter mit unterschiedlichen Ausbildungs- und Qualitätsniveaus abstellen. Als Grundlage der laufenden Verrechnung von Personalleistungen im Supportbereich könnte man folglich über funktions- und qualitätsspezifische Kostensätze

---

<sup>221</sup> Vgl. ROEDER ET AL. (2004b).

<sup>222</sup> Ähnlich argumentiert auch der jüngst erschienene Fachbeitrag von MULTERER/FRIEDL/SERTTAS (2006).

nachdenken. Das hieße, auf Verrechnungspreise zu setzen, die aus den Löhnen, Gehältern und den Lohnnebenkosten des Personals der einzelnen Servicemodule abgeleitet werden. Bevor die Gedanken zu einer differenzierten Erfassung und Bewertung von Personalleistungen intensiviert werden sollen, liegt der Fokus der Betrachtung aber auf der Mengenkomponekte für den personalabhängigen Teil des Verrechnungspreissystems. Dafür bietet es sich an, die Leistungen der Kern- und Serviceeinheiten bei der Durchführung einer Patientenbehandlung als Aktivitäten zu definieren und zur Abgeltung der Aktivitätsbündel, also der Prozesse, Minutensätze auszuwählen. Als solche sind verschiedene Varianten vorstellbar. Beispielhaft sei an dieser Stelle die Anästhesie genannt, die auf eine Vielzahl an Kennzahlen zur Arbeitsbindungszeit zurückgreifen kann. Die vier in der Praxis gängigsten Verrechnungsgrößen sind die Schnitt-Naht-Zeit, die perioperative Zeit, die Anästhesiezeit und die Anästhesiepräsenzzeit.<sup>223</sup>

Die Schnitt-Naht-Zeit umfasst den Zeitraum zwischen der Öffnung und der Schließung des Patienten im OP. Dagegen erstreckt sich die perioperative Zeit auf die Zeitspanne zwischen der OP-Freigabe und dem Ende der letzten Operationsmaßnahme. Die Zeit von der Übernahme des Patienten und dem Beginn der Narkoseinduktion bis zur Beendigung der Ausleitung und der Patientenabgabe an den später weiter betreuenden Bereich wird als Anästhesiezeit verstanden. Als Beginn und Ende der Anästhesiepräsenz- bzw. -anwesenheitszeit werden die Zeitpunkte definiert, ab denen der Patient in einen kontinuierlichen Kontakt mit der Anästhesie tritt bzw. der direkte Patientenbezug endet. Eine Sonderstellung innerhalb der möglichen Abrechnungsmodi nimmt die an dritter Position genannte Anästhesiezeit ein. Der Ursprung dieses Zeitintervalls liegt im Kalkulationshandbuch der DRGs. Wenn sie einer Verrechnung der Personalleistungen zu Grunde liegt, dürfte das bei den Operateuren jedoch auf Widerstand stoßen. Benötigt die Anästhesie nämlich viel Zeit für die Narkoseein- und -ausleitung oder für die Übergabe im Aufwachraum oder auf der Intensivstation, liegt das außerhalb der Einfluss-sphäre der Chirurgie. Weil, den gesetzlich vorgeschriebenen Verhältnissen im Kalkulationshandbuch folgend, nach der tatsächlichen Leistungserbringung abgerechnet werden soll, wird die Anästhesie nicht angehalten, die zum Beispiel von ihr zu verantwortende Rüstzeit für Vor- und Nachbereitungen einer Narkose gering zu halten. Im Gegenteil: Jede Verlängerung zum Beispiel der Narkoseeinleitung verheißt eine Verbesserung der persönlichen Erfolgssituation.

Dass den operierenden Modulen die Ineffizienzen der Serviceeinheit in vollem Umfang zugeordnet werden, kann aber nicht im Interesse der Krankenhausleitung sein. Um dem organisa-

---

<sup>223</sup> Implikationen für die Steuerungs- und Erfolgswirkung dieser vier zeitlichen Bezugsgrößen in der Anästhesie diskutieren u. a. auch LANDAUER/SCHLEPPERS (2002), S. 6f und SCHUSTER ET AL. (2005), S. 191f.

torischen Controllability-Prinzip bei der Verrechnungspreisgestaltung zu entsprechen, muss die der Chirurgie in Rechnung gestellte Arbeitszeit von dieser voll beeinflussbar sein. Das trifft besonders auf die Schnitt-Naht-Zeit zu, weil sie genau den Zeitraum abdeckt, in dem der Chirurg tatsächlich operiert. Ist der Eingriff am Patienten besonders zeitintensiv, muss die Anästhesiezeit im OP verbringen, die dem Operateur zuzurechnen ist. Es sind auch Verzögerungen möglich, die außerhalb des Operationssaals liegen und die vom Servicemodul nicht zu verantworten sind, z. B. verspätete Übergaben im Aufwachraum, etwa wegen eines kurzfristigen Personalmangels oder Engpässen beim Transport zur Intensivstation, oder Störungen bei der Desinfektion des Patienten. Aus diesen Gründen wird das Supportmodul für die Verwendung einer möglichst langen Zeitspanne plädieren. Die Anästhesiepräsenzzeit wird dieser Anforderung in hohem Maße gerecht. Weil sie – ähnlich wie bei der Anästhesiezeit – keine ökonomisch motivierten Verhaltenssteuerungsanreize liefert, zum Beispiel die Patientenvorbereitungszeit kurz zu halten, ist aber wohl mit Ablehnung von Seiten der Operateure zu rechnen.

Die Wahl eines geeigneten Zeitintervalls für Personalkosten im Verrechnungspreis bewegt sich in einem Spannungsfeld. Der Forderung nach einer differenzierten Abbildung der Verantwortlichkeiten gerecht zu werden, heißt, auf ein gewisses Maß an Kostenhomogenität zu verzichten. Die Erfolgsermittlung ist zwar ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Verrechnungspreisbildung, aber genauso müssen Chancen und Risiken unter den beteiligten Einheiten aufgeteilt sein. Insofern erscheint eine Kompromisslösung unausweichlich. Als eine solche bietet sich die perioperative Zeit an. Sie teilt die OP-Prozesszeit in zwei Abschnitte. Von der perioperativen Zeit ausgeklammert stehen die von der Anästhesie zu verantwortenden Prozesszeiten für die Teilaufgaben der Patientenvorbereitung, der Injektion des Anästhetikums, der Extubation und schließlich der Übergabe bzw. Verlegung des Patienten. Demgegenüber umfasst die perioperative Zeit die allein von der Chirurgie steuer- und kontrollierbaren Zeitabschnitte. Diese sind die Zeit für das „Lagern“, die Schnitt-Naht-Zeit und der Zeitraum von der Zeit nach der Intubationsnarkose bis zur Freigabe des Patienten für die Ausleitung. Die betriebswirtschaftlichen Steuerungsvorteile, Verrechnungspreisen für Personalleistungen der Chirurgie die perioperative Zeit und für die der Anästhesie die von ihr kontrollierbaren OP-Zeiteinheiten zu Grunde zu legen, sind an unterschiedliche Bedingungen geknüpft. Bezogen auf die Anästhesiologie kommen die Vorzüge zur Geltung, wenn die Verrechnungspreisgestaltung standardisierte Leistungsumfänge umfasst. Diese sollten sich auf das für jede DRG im Durchschnitt anfallende Leistungsvolumen an Personalleistungen beziehen. Vor allem aber dürfen sie nur die von der Anästhesie zu verantwortenden Zeitabschnitte einer OP einbeziehen. Hierdurch kann gewährleistet werden, dass die Serviceeinheit bemüht ist, ihre

Personalleistungen in einem angemessenen zeitlichen Rahmen bereitzustellen. Jede zeitliche Ausdehnung über den festgelegten Standard belastet die Anästhesie. Alle nicht in den Standard aufgenommenen Personalleistungen sind mit Istkosten zu bewerten. Das stellt nicht nur InEK-konform kalkulierte Verrechnungspreise sicher. Es gewährleistet auch, dass der Operateur ausschließlich für die Zeit bezahlt wird, die er aktiv beeinflussen kann. Somit erhält er gewünschte Anreize, die OP-Auslastung, gemessen als Anteil der Schnitt-Naht-Zeit an der OP-Kernzeit, gesamtzielkonform zu optimieren. Besonders wirkungsvoll wird die OP-Prozessdauer aber gestrafft, weil die Anästhesie nicht als bloßer Zulieferer verstanden wird, sondern in ihrer für das OP-Management wichtigen Position explizit Beachtung findet: Durch termingerechten Patientenabruf, zügige Patientenein- und Patientenausleitung und effiziente organisatorische Regelungen bei der postoperativen Betreuung werden die OP-Prozesse von ihr entscheidend positiv mitgestaltet. Dass die Reduktion der Prozesszeiten nicht den patientenindividuellen Erfordernissen entgegensteht, dafür sollte die wechselseitige Überprüfung, speziell für die Serviceeinheit aber auch die Vorgabe der definierten Minutensätze sorgen. Qualitätsgefährdende Kürzungen bei Minutensätzen für Personalleistungen sind gänzlich unattraktiv, weil der Verzicht auf Behandlungsaktivitäten den Supporteinheiten keinen Mehrerlös einbringt. Dass von der Aktivitätsorientierung keine Bedrohung für das Qualitätsziel einer optimalen Patientenversorgung ausgeht, bedeutet aber nicht nur verbesserte Prozessabläufe im Servicebereich, sondern auch, dass der Anästhesist pünktlich vor Ort ist. Damit die für die OP erforderlichen Kapazitäten auch volumenmäßig vorhanden sind, bedarf es einer vorherigen Abstimmung mit den Chirurgen, wie sie zur Leistungsmengenplanung gehört. Ihre Bedeutung für die Verrechnungspreisbildung im Krankenhaus zu klären, ist Aufgabe von Abschnitt 5.4.

Wie praktische Erfahrungen belegen, ist der Nutzen einer Behandlungsaktivitätsorientierung mit der perioperativen Zeit als hoch einzuschätzen.<sup>224</sup> Verrechnungspreise, die eine personalressourcenmäßige Inanspruchnahme zum Ausdruck bringen und Personalleistungen abbilden, die dann auf die DRGs verrechnet werden, sind aber nicht nur für die Anästhesiologie zu konzipieren. In diesem Zusammenhang sei an die in dieser Arbeit entwickelte Unterscheidung der Serviceleistungen in solche der medizinisch-technischen Institutionen und die kostenmäßig meist gewichtigeren ärztlichen Leistungen erinnert. Die Arbeitszeit eines Arztes aus dem Servicebereich kann sich stark nach den Erfordernissen der Facheinheiten richten und deswegen schwanken. Als Beispiel für ärztliche Serviceleistungen, deren Arbeitsaufwand von einer primärärztlichen Einheit abhängig ist, ist die größtenteils von einer Handchirurgie vorgegebene

---

<sup>224</sup> Vgl. GELDNER ET AL. (2002) und BAUER ET AL. (2004).

Tätigkeitszeit eines Strahlendiagnostikers in der Phase der operativen Tätigkeit des Chirurgen zu nennen. In solchen Situationen ist wie für die Anästhesie nach einer Mengenkomponekte für den personalabhängigen Teil des Verrechnungspreises zu suchen, die eine differenzierte Abbildung der Verantwortlichkeiten für den Zeitbedarf erlaubt. Eine istkostenbasierte Vergütung der gebundenen ärztlichen Mitarbeiter über Minutensätze ist dann gerechtfertigt, wenn diese keinen Einfluss auf die Behandlungsdauer nehmen können. Ist die Zeit steuerbar, sollten die Leistungsaktivitäten nicht nach der tatsächlichen Inanspruchnahme abgerechnet, sondern Standardmengen veranschlagt werden. Nicht zuletzt müssen sich Verrechnungspreise für Personalleistungen in ihrer konzeptionellen Ausrichtung auf Serviceprozesse erstrecken, die in keinem unmittelbaren Aktivitätsbezug zum Patienten stehen.<sup>225</sup> Auch für diese medizinisch-technischen Servicemodule erscheint es plausibel, als Maßgrößen der Personalsteuerungseffizienz auf Zeitgrößen zu bauen. Weil ein Laborarzt relativ autonom von den Kerneinheiten agiert und frei in seiner Zeiteinteilung ist, liegt aus Verhaltenssteuerungsgründen die Festlegung von Plan- als Standardminutensätze für die gesuchten Verrechnungspreise nahe. Die Bestimmung von Standardkostensätzen je Leistungsminute ist aber auch für alle selbständig erbrachten Dienstleistungen der Radiologie der geeignete Weg. Dadurch ist sie bemüht, krankenhausintern bestellte Personalleistungen unter ökonomischen Aspekten in einem angemessenen Rahmen durchzuführen. Etwaige Effizienzgewinne verbleiben somit im Servicebereich.

Die Wirkungen der Standardminutensätze für Personalleistungen der Supporteinheiten stehen und fallen mit dem Verfahren ihrer Kalkulation. Es muss sicherstellen, dass sich die Zeit, die die Dienstleister wegen selbst zu verantwortender Ineffizienzen aufwenden, verrechnungssatzmindernd auswirkt. Da die Menge an abrechenbaren Standardminuten effizienzunabhängig ist, verbleibt so ein Verlust beim unwirtschaftlichen Leistungserbringer. Für die nachfragenden Kernmodule hat diese Regelung den Vorteil, dass sie ineffiziente Verhaltensweisen der Serviceeinheiten nicht vergüten müssen. Ein Teil des DRG-inhärenten morbiditätsbedingten Finanzrisikos bei der Patientenbehandlung geht damit vom Kern- auf den Servicebereich über. Der Chancen- und Risikoteilung bei der Verrechnungspreisgestaltung wird entsprochen.

Den entwickelten Gestaltungsvorschlägen für Verrechnungspreise für die ärztlichen und die medizinisch-technischen Supportmodule ist eine Aktivitäts- bzw. Prozessorientierung gemein. Obwohl diese in ihrer inhärenten Logik eine Vollkostenbetrachtung verlangt, sind faktisch nur die Personalkosten in die obigen Betrachtungen eingeflossen. Das liegt daran, dass die vorlie-

---

<sup>225</sup> Würde sich die Verrechnungspreisgestaltung ausschließlich hierauf stützen, käme man der Idee der Prozesskostenrechnung, wie sie in der Fachliteratur gemeinhin verstanden wird, am nächsten.

gende Arbeit gezielt in Sach- und Personalkosten unterscheidet. Zur Bewertung und Verrechnung der Sachleistungen wurde in Abschnitt 5.2 ein eigenes Schema entwickelt. Es sieht vor, den Sachbedarf mit geringem Wert zu Paketen zusammenzufassen und über krankenhauserne DRG-Fallpauschalen zu verrechnen. Medizinische Materialien und Medikamente ab einer bestimmten Größenordnung dagegen sollten den DRGs als Einzelkosten zugerechnet werden. In den Medikamentenkosten sind aber auch Kosten enthalten, die einen direkten Bezug zur Behandlungsdauer aufweisen. Statt separate Maßgrößen zu identifizieren und anzuwenden, liegt es nahe, diese zeitabhängigen Sachleistungen in die für Personalleistungen vorgestellten Kostenstandards der Supporteinheiten aufzunehmen. Auch der gesetzlichen Vollkostenkalkulation wird das Krankenhaus nur gerecht, wenn neben den Personal- die besagten Medikamentenkosten berücksichtigt werden. Die Kostensumme ist dann auf Basis der von den Facheinheiten steuerbaren perioperativen Zeit zu verteilen. Solche Verrechnungspreise dürften höher liegen als die für krankenhauserne Steuerungs- und Kontrollzwecke ausgearbeiteten, weil für die Kosten eine kleinere Verteilungsgrundlage genutzt wird, die die von den Servicemodulen beeinflussten Zeitabschnitte von Behandlungsprozessen absichtlich weglässt.

Eine Aktivitätsorientierung der Verrechnungspreise im Personalbereich verspricht günstige Anreizstrukturen für Kern- und Servicemodule. Damit sich die Effizienzverbesserungen im Krankenhaus tatsächlich einstellen, muss bei der Verrechnungspreisgestaltung differenziert vorgegangen werden. Anders als bei den Sach- können die Personalkosten der Supportmodule nicht immer in Standards berücksichtigt werden. Wenn generell kein Patientenbezug besteht und sich die Arbeitszeit nicht oder nur kaum nach den Erfordernissen der Kerneinheiten richtet, müssen Verrechnungspreise das Ziel sein, die sich auf Standardmengen beziehen. Umgekehrt sollten Verrechnungspreisen Istmengen und damit Istkosten zu Grunde liegen, wenn allein den Kernmodulen Hebel zur Verfügung stehen, die Kapazitätsauslastung zu optimieren.

#### *5.3.4 Gültigkeitsdauer und Inhalte der Planpreise für Personalleistungen*

Mit der Kalkulation von Personalkostenpreisen wird einem Anliegen bei der Verrechnungspreisbildung entsprochen: der Chancen- und Risikoteilung. Während die Anbieter von medizinisch-technischen Dienstleistungen nach dem Vorbild von Sachkostenpreisen entsprechend einem pauschalisierten Ressourcenverbrauch vergütet werden, ist für die ärztlichen Serviceleistungen eine kompromisslose Orientierung an Pauschalen eher nicht zu empfehlen. Vielmehr sollten deren Verrechnungspreise Elemente der Istkostenerstattung beinhalten. Diese stellen sicher, dass das finanzielle Risiko einer Patientenbehandlung auf die Kerneinheiten

übergeht, sobald allein sie den Zeitbedarf für die Erbringung einer Behandlungsleistung nach Qualitätsrichtlinien steuern und kontrollieren können. Sind die Standard- bzw. Planwerte der Serviceleistungen definiert, müssen diese mit Planpreisen versehen werden. Wo an bisherigen Punkten in den Unterabschnitten 5.3.3 und 5.3.4 von Kosten und Erlösen die Rede war, wurde deren Existenz vereinfachend vorausgesetzt. Im Folgenden wird die Frage nach der richtigen Bepreisung explizit thematisiert. Bei der Ermittlung der Wertansätze sind zwei Gestaltungsprobleme zu lösen. (1) Erstens ist die Zeitspanne festzulegen, für die Planpreise zu bestimmen sind. (2) Zum zweiten müssen die Inhalte der Verrechnungspreise konkretisiert werden. Bislang ist nur klar, dass die Preise sich aus den Tariflöhnen für das Krankenhaus ergeben sollen.

(1) Der erste maßgebliche Aspekt bei der Verrechnungspreisbildung ist also die Gültigkeitsdauer. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht lassen sich vor allem Argumente finden, die eine regelmäßige Anpassung der einmal ermittelten Plankostenpreise je Minute erfordern. Ein aussagefähiges Beispiel dafür sind Lohn- und Gehaltskostensteigerungen nach Abschluss eines neuen Tarifvertrags. Derartige Kostenerhöhungen können die Servicemodule vor erhebliche finanzielle Probleme stellen. Die Mehrbelastung im Lauf einer Periode ist aber nicht gerechtfertigt, weil die Ergebnisverantwortlichen im Supportbereich auf tarifvertragliche Entwicklungen keinen Einfluss nehmen können. Insofern sind entsprechende Kostenabweichungen im Vorfeld von zum Beispiel Ergebniskontrollen zu neutralisieren. Ansonsten drohen die zusätzlich angefallenen Personalkosten eine Budgetüberschreitung zu verursachen, was die Krankenhausleitung dazu veranlassen könnte, diesen durch Personalabbau und damit einhergehender Arbeitsverdichtung im Servicebereich zu kompensieren. Ähnlich dürften die aufgestellten Festpreise für Sachleistungen an Wirkung einbüßen, wenn das Kostenrisiko von Schwankungen in den Anschaffungs- bzw. Wiederbeschaffungspreisen nach Periodenbeginn bei den Beschaffungsvorgängen nicht beseitigt wird. Das rechtfertigt, weshalb die Einzelleistungs- und Paketpreise für Sachleistungen des Medizinischen Bedarfs nicht als Ist-, sondern als Planpreise ausgewiesen werden. Es begründet aber auch, dass Sachleistungspreise auf kurze Sicht gelten sollten. Denkbar wäre, Preisdifferenzen als Folge von schwankenden Anschaffungs- bzw. Wiederbeschaffungspreisen quartalsweise auszugleichen. Verglichen mit dem Markt für Sachbedarf ist im durch Tarifabschlüsse gebundenen Personalbereich mit Preisschwankungen selten zu rechnen. Daher scheint es für die Personalkostensätze günstig, wenn sie durch Preise ersetzt werden, die in jährlichen Abständen überprüft und an nicht disponierbare Kostenschwankungen angepasst werden. Der Zeitraum von einem Jahr ist lang genug, um die intendierten Anreizwirkungen im Hinblick auf Effizienz in den liefernden Modulen zu entfalten.

Gleichzeitig bietet er die Möglichkeit, die Auswirkungen von tarifvertraglichen oder gesetzlichen Preisänderungen rechtzeitig zu erkennen und in die Verrechnungspreise einzubeziehen.

(2) Bei der Festlegung der Personalkostensätze gilt es neben der Gültigkeitsdauer auch über deren Höhe zu entscheiden. Die Inhalte der Sachkostenpreise ergeben sich bei medizinischem Material und bei Medikamenten aus den Einstandspreisen. Bei Arbeitsleistungen liegt es nahe, die Planpreise aus den Löhnen und Gehältern pro Arbeitsminute herzuleiten. Die Minutenkosten unterscheiden sich sowohl zwischen den Serviceeinheiten als auch innerhalb der Module beträchtlich. Der größte Unterschied *zwischen* den Dienstleistern dürfte beim Kostenanteil für zeitabhängigen Medikamentenverbrauch liegen, der ja gemäß Abschnitt 5.3.3 in die Personalkostenstandards integriert sein sollte. Diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen, bedeutet supportmodulspezifische Minutenpreise zu kalkulieren. Außerdem sind die Verrechnungspreise so auszusuchen, dass sie differenziert Auskunft darüber geben können, welche Qualifikation und welchen Ausbildungsgrad und damit welches Aufgabenprofil die Mitarbeiter aufweisen, die *in* den Serviceeinheiten beschäftigt sind. Für die Ärzte bietet sich an, über eine Differenzierung in Assistenz-, Facharzt-, Oberarzt- und Chefarztpreise nachzudenken. Ein solches Vorgehen erfordert, sich mit den einzuhaltenden Qualitätsrichtlinien und den darin festgelegten Zuständigkeiten und Haftungsfragen auseinanderzusetzen. Unter Steuerungsgesichtspunkten kann dafür erreicht werden, dass Facheinheiten die unter Kosten- und Qualitätsgesichtspunkten angemessene Qualifikation für eine Unterstützungsleistung auswählen. Während man für hochkomplexe Aufgabenstellungen auf den teureren Chefarzt zurückgreifen wird, reicht die Bereitstellung seines weisungsgebundenen Assistenten für einen typischen Elektiveingriff eventuell aus. Übernimmt letztgenannter Teile der im Zuge der Einführung nationaler DRGs wichtig gewordenen Aufgabe der Kodierung, wird der modulleitende Chefarzt entlastet. Die eingesparte Arbeitszeit kann er für die Behandlung zusätzlicher Patienten nutzen. Aber auch für die Servicemodule bringt die Differenzierung Vorteile. Im Gegensatz zur Nutzung einheitlicher Verrechnungssätze für alle Personalleistungen erhalten sie einen Überblick über personelle Kapazitäten auf jeder Qualifikationsstufe. So können sie auf strukturelle Veränderungen entsprechend reagieren. Das erleichtert es, Assistenten schon bei ihrer Weiterbildung zum Facharzt multifunktional zu entwickeln, so dass Funktionsstellen von mehreren Assistenten besetzt bzw. diensthabende Kollegen durch sie ersetzt werden könnten.

Trotzdem scheinen nach Qualifikationsstruktur differenzierte Personalkostensätze im Krankenhaus noch immer zu grob, um die zu Grunde liegenden Strukturen der entgeltfähigen Serviceleistungsaktivitäten adäquat abzubilden. Dies sei an zwei Praxisbeispielen veranschau-

licht. Werden Narkotiseure und anderen Arbeitsplätzen der Anästhesiologie, die eine dauerhafte Personalbesetzung aufweisen (müssen), für eine nachts angeforderte Narkose- oder Überwachungsleistung die gleichen Verrechnungspreise bezahlt wie am Tag, steht das gewinnbringendem Arbeiten entgegen. Denn in der Nacht treten Leerkosten der Bereitschaftszeiten auf, die sich allenfalls mit einfachen Arbeiten der Vor- und Nachbereitung oder der Administration ausfüllen lassen. Nicht auszuschließen ist das auch für ein spezialisiertes Laboratorium, das Bestellaufträge tagsüber, zu weiten Teilen aber auch abends und nachts entgegennehmen soll. Daher empfiehlt es sich, das Entgelt für Serviceleistungen im Krankenhaus zu staffeln, also die Minute für den Regel- und den Bereitschaftsdienst getrennt zu bestimmen. Der Erfassung sollte eine Differenzierung nach den einzelnen Servicemodulen entnehmbar sein, weil sich die Anteile an Leerzeiten zwischen ihnen stark unterscheiden. Zudem ist nach Normalzeiten und Überstundeneinsätzen zu differenzieren. Wenn Bereitschaftszeiten mit Anwesenheit im Krankenhaus und Zeiten der Rufbereitschaft, die lediglich die Erreichbarkeit des Personals erfordert<sup>226</sup>, separat dokumentiert und vergütet werden, bringt das erhebliche Informations- und Steuerungsvorteile. Auf Seiten der Facheinheiten motiviert die Differenzierung in Regel- und Bereitschaftsdienst dazu, den teuren Bereitschaftsdienst nur dann in Anspruch zu nehmen, wenn es medizinisch unausweichlich ist. Werden die Leistungsnachfrager dazu angeregt, ihr Denken und Handeln auf den Regeldienst zu konzentrieren, steigert das die Arbeitszufriedenheit und so auch die Motivation der bereitchaftsdienstleistenden Mitarbeiter aus dem Supportbereich, weil sich diese dann voll auf den regulären Dienst konzentrieren können. Eventuell lässt sich durch die Fokussierung auf Kernarbeitszeiten die Personalbesetzung der Bereitschaftsdienste reduzieren, wodurch sich dann Personalkosten einsparen ließen.

Verrechnungspreise, deren Personalkostenanteile für ein Jahr gelten und die so gestaltet sind, dass ein Fach- und ein Assistenzarzt ebenso differenziert vergütet wird wie das Arbeiten im Regel- und Bereitschaftsdienst, haben zahlreiche Vorzüge. Den Kernmodulen erhöhen sie die Planungssicherheit. Daneben verstärken sie den Druck zu einer kostengünstigen Aufgabenerstellung im Supportbereich. Dass ihre positiven Steuerungseffekte erst dann eintreten, wenn die Verrechnungspreise an die Mengenplanungen gekoppelt sind, demonstriert Abschnitt 5.4.

---

<sup>226</sup> Auf Abruf die Arbeit aufnehmen müssen im Einzelfall auch die für medizinische Versorgungseinrichtungen zuständigen Techniker. Weil sie im Tertiärbereich ansässig sind, spielen sie hier keine Rolle.

## 5.4 Rolle der Mengenplanung für die entwickelten Verrechnungspreise

Bislang wurden Verrechnungspreise vor allem aus dem Blickwinkel der operativen Steuerung der Menge an krankenhausintern bereitgestellten Serviceleistungen analysiert. Dabei stand das Problem der Lenkung der Sach- und Personalkosten im Vordergrund. Die Steuerung über Verrechnungspreise umfasst aber auch Fragen der Leistungsplanung. Es ist daher zu klären, wer die in den Budgets der einzelnen Organisationseinheiten enthaltenen Planwerte für Serviceleistungen festlegt (Unterabschnitt 5.4.1). In Unterabschnitt 5.4.2 wird beispielhaft erläutert, wie Über- und Unterschreitungen von Arbeitszeitvorgaben je DRG gehandelt werden sollen. Diskutiert wird außerdem, welche Konsequenzen Sachkostenabweichungen nach sich ziehen.

### *5.4.1 Mengenplanung im Gegenstromverfahren*

Bei der Festlegung der Planwerte für Leistungen der Serviceeinheiten im Krankenhaus lassen sich zwei Ansätze in Erwägung ziehen. Diese sind die Planung nach DRG-Fallzahlen und die Kapazitätsplanung. Der Reiz der Kapazitätsplanung liegt darin, Szenarien einer Mengenplanung aus dem Blickwinkel der operativen Facheinheiten zu kalkulieren. Dazu müssen die Planzahlen für verschiedene Dienstleistungen deren Erbringern in Form von Bedarfsberichten bottom up zugehen. Je präziser die Kernmodule planen und je früher sie ihren Bedarf den Supportmodulen melden, desto besser funktioniert dieses Modell. Wegen des hohen Partizipationsgrades der Fachmodule erfordert die Zusammenführung und Verdichtung der Plandaten zu geordneten Kapazitätsplänen für die Servicemodule viel Abstimmung. Um diesen zu reduzieren, bietet es sich an, sich an den Fallzahlen zu orientieren, wie sie im Krankenhausbudget festgeschrieben sind. Bei der Planung nach Fallzahlerwartungen sind die Kerneinheiten nicht beteiligt. Abstimmungsprobleme zwischen ihnen und den Servicemodulen entfallen. Allerdings reicht die zusammen mit der Top-down-Planung festgelegte Fallzahl nicht für die in dieser Arbeit empfohlene Verrechnung aller krankenhausinternen Serviceleistungen aus. Das gilt besonders für Personalleistungen der Dienstleister, die aktivitätsbasiert bewertet werden.

Den Zusammenhang zwischen dem Top-down- und dem Bottom-up-Verfahren der Mengenplanung stellt Abbildung 12 im Überblick dar. Dabei wird deutlich, dass sich die Nachteile der beiden Gestaltungsvarianten kompensieren und ihre Vorteile kombinieren lassen, wenn die Planung iterativ und damit ähnlich dem aus der industriellen Praxis bekannten Prinzip des Gegenstromverfahrens erfolgt. Die Planung beginnt mit der Vorgabe der Fallzahlen aus dem DRG-Erlösbudget. Der gewählte Ausgangspunkt stellt sicher, dass die Ergebnisse der Mengenvereinbarungen zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen das Fundament der

Mengenplanung bilden. Daran schließt sich die Bottom-up-Phase der Mengenplanung an. In dieser werden die top down abgeleiteten Fallzahlen von den Kernmodulen teils übernommen, teils angepasst, um schließlich in korrigierte Soll-Leistungen zu münden. Hier können die Patientenstruktur, die Verweildauer der Behandlungsfälle, der Auslastungsgrad und die Aufteilung der Patientenströme sachgerecht berücksichtigt werden. Aus den Soll-Leistungen leiten die Module dann ab, in welchem Umfang krankenhauserne Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Verantwortlichen jeder Facheinheit geben ihre Bezugsmengenabsichten an die Krankenhausleitung, die den Dienstleistern quantitative Leistungsvorgaben macht.

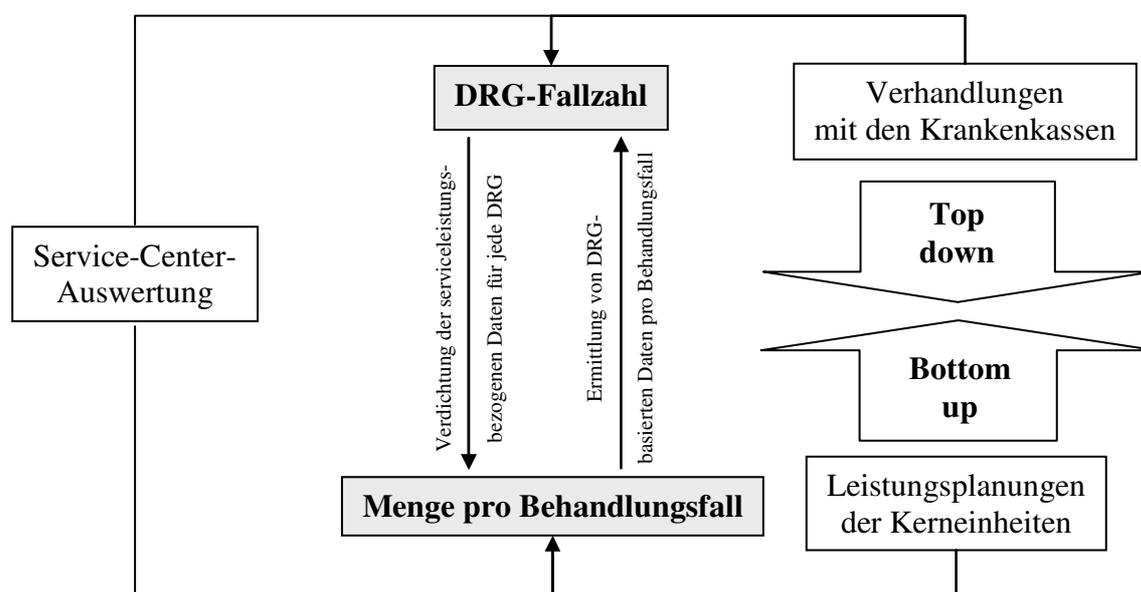


Abbildung 12: Mengenplanung im Gegenstromverfahren

Die Soll-Leistungen und die daraus abgeleiteten Bezugsmengen an Supportleistungen sind somit das Ergebnis von internen Verhandlungen. Der Begriff der Verhandlung darf aber nicht im Sinne von fallweisen oder generellen Vereinbarungen zwischen gleichgestellten Parteien verstanden bzw. mit der Festlegung von verhandlungsorientierten Verrechnungspreisen verwechselt werden.<sup>227</sup> Weil der Träger bzw. das Management für die Wirtschaftlichkeit des Gesamtkrankenhauses verantwortlich zeichnet, kann das letzte Wort kaum bei den Betten führenden Modulen aus dem Kernbereich liegen. Natürlich sollen diese ihr medizinisches Fachwissen und Informationen über die eigene Kosten- und Erlössituation und die Erfolgspotenziale im Krankenhaus in den Prozess der Mengenplanung einbringen. Allerdings werden deren

<sup>227</sup> Frei verhandelte Verrechnungspreise führen nach BALDENIUS/REICHELSTEIN (1998) zu höheren Gewinnen als Verrechnungspreise, die sich an Kosten ausrichten. GÖX (1999) zweifelt diese Meinung an. PFEIFFER (2001) dagegen untermauert das Ergebnis von BALDENIUS/REICHELSTEIN (1998). Unbestritten aber scheint, dass die Höhe der eigenen Kosten Preisverhandlungen beeinflusst. Diese Erkenntnis von LUFT/LIBBY (1997) rechtfertigt das Vorgehen in dieser Arbeit, verhandelte Verrechnungspreise nicht gesondert zu untersuchen.

Berichte nicht unbesehen übernommen und in entsprechende Soll-Leistungen transformiert bzw. Kapazitätspläne für den Erwerb von Supportleistungen umgesetzt, sondern von der Zentrale gemäß dem eigenen Informationsstand und persönlichen Zielen vervollständigt. Eine bedeutende Funktion bei der Ausarbeitung der Mengenpläne im Gegenstromverfahren sollten Zielvereinbarungsgespräche mit den Zentrumsleitern einnehmen. In diesen muss im Einklang mit der ausgehandelten Patientenfallzahl der Bedarf an Serviceleistungen festgeschrieben werden, an dem sich die Ergebnis- und Führungsverantwortlichen im Fachbereich orientieren.

Als Fazit ist festzuhalten, dass sich das Top-down- und das Bottom-up-Vorgehen bei der Mengenplanung nicht gegenseitig ausschließen. Stattdessen sind ihre jeweiligen Stärken über ein Gegenstromverfahren vereinbar. Es macht sich das Detailwissen der Kernmodule zu Nutze. Gleichzeitig berücksichtigt es die krankenhausesökonomische Verpflichtung, sich an der erwarteten Fallzahl im Erlösbudget zu orientieren. Was bleibt, ist das Problem mangelnder Sorgfalt bei der Mengenplanung pro DRG. Zu dessen Behebung müssen gesonderte Mechanismen in die Verrechnungspreisbildung integriert werden, wie Unterabschnitt 5.4.2 aufzeigt.

#### *5.4.2 Sanktionen und Anreize zur Einhaltung der Planergebnisse*

Die Vorgabe von Verrechnungspreisen ist gleichbedeutend mit der Verpflichtung, in einen krankenhausesinternen Wettbewerb einzutreten. Dieser motiviert die Kern- und Servicemodule zu gesamtzielkonformen Verhaltensänderungen. Einen Automatismus, dass die Effektivität und Effizienz der Versorgung dank Verrechnungspreisen ansteigen, gibt es aber nicht. Daher kommt es darauf an, Regelungen zu finden, wie mit den Facheinheiten umgegangen werden soll, wenn sie die Planmengen an benötigten Supportleistungen verfehlen, die von ihnen in Einklang mit der erwarteten DRG-Fallzahl bestimmt wurden. Ferner ist zu klären, welche Folgen eine Überschreitung der Plankosten für die Servicemodule im Krankenhaus hat. Die erhofften Verhaltensreaktionen auf Verrechnungspreise werden nur in dem Maße eintreten, wie bestimmt ist, was beim Abweichen von den Planergebnissen passiert. Das sei beispielhaft veranschaulicht, und zwar für die Servicemodule an den Sachkosten für den Medizinischen Bedarf und für die Einheiten aus dem Kernbereich an der Planung von Personalkapazitäten.

Bei den entwickelten Sachkostenpreisen auf Standardkostenbasis werden die Plankosten abgedeckt. Damit kann man sie zunächst als Ergebnis erfolgsorientierter Planungsüberlegungen auffassen. Aus der Sicht der Verhaltenssteuerung werden die in den Standardkosten enthaltenen Werte aber vor allem als Richtgrößen verstanden, um die Einhaltung der erwarteten Er-

folgsgrößen sicherzustellen. Die betroffenen Supportmodule antizipieren, dass die Ergebnisse der Sachmittelplanungen nicht bloß in eine krankenhauszentrale Planung einfließen, sondern die geplanten tatsächlichen Kosten zugleich als ein Beurteilungsmaß für die Wirtschaftlichkeit des Sachleistungsverbrauchs verwendet werden. Dies motiviert sie, mit ihren medizinischen Verbrauchsmaterialien und Medikamenten wirtschaftlich umzugehen. Einen wirklichen Anreiz erhalten die Module aber nur, wenn bei Kostenzielerreichung bzw. -unterschreitung ein Bonus ausbezahlt wird. Dieser muss nicht in einer höheren Entlohnung bestehen, sondern könnte auch eine umfangreichere oder qualitativ bessere Ausstattung umfassen, beispielsweise eine neue Assistentenstelle. Bei Kostenüberschreitungen bietet sich ein Malus an. Auch Mittelkürzungen können sowohl in Geld- als auch in Sachleistungsreduzierungen bestehen. Wichtig ist in beiden Fällen nur, dass dabei das Leistungspotenzial nicht so geschwächt wird, dass eine dem Unternehmensziel der optimalen Patientenversorgung abträgliche Entwicklung ausgelöst wird. Außerdem ist zu bedenken, dass eine Ahndung nur dann vorgenommen werden sollte, wenn die Kostenzielverfehlung rein aus mangelnder Leistungswirtschaftlichkeit und nicht aus Kalkulationsfehlern oder aus krankenhauspolitischen Entscheidungen resultiert.

Den Servicemodulen stehen die Facheinheiten gegenüber. Auch sie brauchen starke Anreize zur Zieleinhaltung. Als Beispiel sei angenommen, dass die Zeit, die eine Facheinheit das Personal einer Serviceeinheit für die Erbringung einer Behandlungsleistung beansprucht, von den aufgestellten Planvorgaben nach unten hin abweicht. In der Folge entstehen Leerzeiten bzw. -kosten. Wenn das Personal dagegen länger geplant als tatsächlich gebraucht wird, fallen kurzfristige Überstundenvergütungen im Supportbereich an, die sich schädigend auf das Gesamt-krankenhaus auswirken. Abweichungen vom Behandlungsplan verursachen damit vermeidbare Kosten in zwei Richtungen. Um diese minimal zu halten, sind besonders Anreize zu einer sorgfältigen Planung zu schaffen. Wenn Abweichungen von den definierten Mengenzielen keine finanzielle Bedeutung für die planungsverantwortlichen Leiter der Facheinheiten haben, bleibt nämlich völlig offen, welche Wirkung von den Behandlungsplänen überhaupt ausgeht und warum für Zwecke der Verhaltenssteuerung bei der krankenhausinternen Auftragsvergabe dezentral erstellte Mengenpläne nützlich sein können. Ein funktionierendes System von Verrechnungspreisen sollte die Behandlungseinheit im Kernbereich deswegen nicht nur mit den geplanten Supportkosten belasten. In dem Fall, wo sie eine größere Leistungsmenge als die angemeldete erwirbt, etwa wegen eines gestiegen Anteils behandlungsaufwändiger Patientenfälle, muss ihr der krankenhausinterne Lieferant aus dem Servicebereich einen zuvor fest vereinbarten, höheren Verrechnungspreis in Rechnung stellen dürfen. Dieser deckt dann die

im Rahmen der Patientenbehandlung angefallenen Überstunden.<sup>228</sup> Die wesentliche Motivation, einen Überstundenaufschlag in den personalabhängigen Teil des Verrechnungspreissystems hineinzurechnen, kommt aus der Steuerung des Anforderungsverhaltens der Kernzentren. Er eignet sich aber auch aus dem Blickwinkel der Verhaltenssteuerung der Servicemodule. Schließlich bietet der Vergütungszuschlag allen Dienstleistern, die dazu beitragen, Engpässe im Krankenhaus abzarbeiten, die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen. Die Gefahr, Verrechnungspreise als Mittel der Gewinnerwirtschaftung zu Lasten der Gesamtunternehmung zu missbrauchen, besteht nicht. Denn die Serviceeinheiten können ihre persönliche Erlössituation nur dann verbessern, wenn Planungsmängel der Facheinheiten diese zu Überstunden zwingen.

Reservierte und nicht abgenommene Leistungen können und sollten grundsätzlich krankenhausintern weiter veräußert werden. Um die Supportmodule anzuregen, gezielt nach Interessenten dafür Ausschau zu halten, sollte bei erfolgreicher Weitergabe der nicht in Anspruch genommenen Kapazitäten dem ursprünglichen Leistungsanforderer aus dem Kernbereich ein bestimmter Prozentsatz im Verrechnungspreis in Rechnung gestellt werden dürfen. Er würde dann nicht vollumfänglich von dem ungewollten Leistungsvolumen entlastet, ein Teilbetrag verbliebe jedoch in seiner Verfügungsmasse. So werden die Kernmodule dazu motiviert, unerwartet nicht benötigte Kapazitäten für eine Weitervermittlung freizugeben bzw. auch nach Abgabe ihrer Planung Serviceleistungen der Supportmodule effizient in Anspruch zu nehmen. Lässt sich kein Interessent für die gebuchten Personalleistungen finden, muss ein anderer Weg eingeschlagen werden. Grundsätzlich aber sollten die dafür anfallenden Kosten vollumfänglich vom eigentlich vorgesehenen Abnehmer getragen werden. Es ist in der Krankenhauspraxis nachweisbar, dass eine Entlastung für nicht genutzte Supportleistungen positive Steuerungswirkungen auf der internen Nachfragerseite impliziert.<sup>229</sup> Welchen steuernden Beitrag diese Methodik im Servicebereich leistet, ist ohne empirisch auffindbaren Beleg. Es ist aber anzunehmen, dass die Dienstleister ihr Leistungsangebot nur schwer medizinökonomisch justifyieren und stimmig auf die unterschiedlichen Verhaltensweisen der Fachärzte und Pfleger ausrichten können, wenn sie permanent Überstunden leisten oder mit Leerzeiten rechnen müssen.

Abweichungen vom Behandlungsplan lenken damit den Blick auf die Frage, wie lange er bindend sein soll. Soll die Planung überwiegend kurzfristig erfolgen, oder sollen feste Pläne bestehen, die eine periodische Anpassung erfahren? Werden Anpassungen nur sehr selten vorgenommen, kann es vorkommen, dass die Facheinheiten für Entwicklungen bestraft werden,

---

<sup>228</sup> Vgl. im übertragenen Sinne BATTENFELD (1999), S. 14f.

<sup>229</sup> Vgl. BUSCH (2006a) und BUSCH (2006b).

für die sie keine Schuld tragen. In diesem Zusammenhang sei der an voriger Stelle erwähnte temporäre Leistungsabfall bei zeitweiliger Vakanz der Chefarztposition genannt. Man könnte aber auch an einen von der Krankenhausleitung entschiedenen Kapazitätsausbau einer Fachklinik denken, der meistens veränderte Patientenzahlen und -strukturen mit sich bringt. Die Supportmodule dagegen werden Behandlungspläne mit langer Bindungsdauer befürworten. Schließlich werden ihnen Planüber- und -unterschreitungen mit den entwickelten Verrechnungspreiszuschlägen bezahlt. Allerdings leiden auch sie, sobald anhaltende Kapazitätsengpässe bestehen und personelle Verstärkung von Seiten der Krankenhausleitung verwehrt wird, weil die Planzahlen keinen Anpassungsbedarf signalisieren. Bei häufig angepassten Behandlungsplänen ergeben sich andere Vor- und Nachteile. Besteht die Möglichkeit, die Planwerte kurzfristig zu ändern, wird fehlende Planungssorgfalt der Fachmodule nur wenig bestraft. Das würde die Wirkungen der vorgeschlagenen Anreizmechanismen im Verrechnungssystem außer Kraft setzen. Den krankenhausinternen Dienstleistern wäre es so kurzfristig kaum möglich, ihre Personaldisposition an die geänderten Pläne anzupassen. Würden kurzfristig Mehrleistungen von den Servicemodulen verlangt, müssten sie außerdem weiterhin Überstundenvergütungen an ihre Mitarbeiter auszahlen, bekämen diese von ihren Auftraggebern aber nach entsprechender Planänderung nicht ersetzt. Dies würde den Erfolgsausweis verzerren, was die Gefahr weitergehender Fehlentscheidungen erhöht. Diese Argumente sprechen dagegen, Behandlungspläne sehr kurzfristig auszulegen. Eine gewisse Starre heißt für die Dienstleister, dass ihnen bis zur Plananpassung Zeit verbleibt, ihr Personal plangerecht zu disponieren. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass die Fachmodule zu sorgfältiger Planung motiviert werden.

Nicht garantiert hingegen ist, dass die Facheinheiten ihre Planung rechtzeitig an die Serviceeinheiten übermitteln. Damit die Dienstleister die Planleistungen im Rahmen einer Patientenbehandlung effizient erbringen können, brauchen sie ausreichend Vorlaufzeit für ihre Dispositionen. Wie lange diese Vorlaufzeit sein sollte, hängt von der Gültigkeitsdauer der Behandlungspläne ab. Bei Wochenplänen mögen wenige Tage Vorlaufzeit genügen, um sich auf eine neue Plansituation einstellen zu können. Bei Monatsplänen ist sicherlich eine längere Reaktionszeit von Nöten. In jedem Fall empfiehlt es sich, einen verbindlichen Abgabetermin für die Bezugsmengenplanung festzulegen, etwa im Rahmen der in Unterabschnitt 5.4.1 genannten Zielvereinbarungsgespräche. Bei Terminüberschreitung könnte man analog zur Sanktionierung nicht sorgfältiger Planung an Ausgleichszahlungen für die Serviceeinheiten denken. Diese bestünden nicht in einem Vergütungszuschlag auf den Verrechnungssatz, beispielsweise bei Überstunden, sondern in einem Einmalbetrag, den die Supportmodule von ihren krankenhausinternen Auftraggebern aus dem Fachbereich bei mangelnder Rechtzeitigkeit erhielten.

Festzuhalten bleibt, dass die Verhaltenssteuerungseffekte von Verrechnungspreisen nur dann voll zur Entfaltung gelangen, wenn Abweichungen vom Planergebnis Konsequenzen für die Fach- und Serviceeinheiten haben. Dieses Ergebnis rechtfertigt das Vorgehen bei der Verrechnungspreisbildung, wie es die vorliegende Arbeit zu Grunde legt. Danach setzt eine sinnvolle Lösung der Informations- und Steuerungsprobleme, die das durchschnittliche Krankenhaus in Deutschland aktuell kennzeichnen, eine Abstimmung mehrerer Unternehmensführungsteilsysteme und Instrumente zu ihrer Koordination voraus. Eine *isolierte* Betrachtung von Verrechnungspreisen im engeren Sinne, das heißt von ihren Wertansätzen, greift viel zu kurz. Ihre Wirkungen lassen sich stattdessen nur bei Festlegung einer ganz bestimmten Planmenge und in Verbindung mit konkreten Modalitäten der Leistungsbeurteilung untersuchen.

### 5.5 Einfluss der Krankenhausplanung auf die Effektivität der Verrechnungspreise

Der Denkansatz der entwickelten Verrechnungspreise kommt der kostenrechnerischen Problematik im Krankenhaus entgegen. Statt die Personalkosten als großen Teil der Gemeinkosten als entscheidungsirrelevant zu disqualifizieren, wird nach Möglichkeiten gesucht, sie zu variabilisieren. Wie in Unterabschnitt 5.3.2 gezeigt wurde, können Personalkosten über effektives Zeitmanagement sowie über multifunktional und nach erforderlicher Qualifikation eingesetzte Mitarbeiter gestaltet werden. Damit kommt ihrer grundsätzlichen Einbeziehung in die disponiblen und damit kurzfristig steuer- und kontrollierbaren Krankenhauskosten in Frage. Zum zweiten ist es gelungen, die Vorteile der Kapazitäts- und der DRG-Fallzahlplanung, der beiden zur Verfügung stehenden Varianten bei der Serviceleistungsmengenplanung, zusammenzuführen. Damit gelingt eine Orientierung an den DRGs, ohne sich auf diese bei der Verrechnungspreisbildung beschränken zu müssen. Einer aktivitätsorientierten Betrachtung der Personalleistungen im Krankenhaus steht damit nichts im Wege. Somit ist ein Beitrag geleistet, die Steuerungsprobleme, die in Abschnitt 5.1 systematisch herausgearbeitet wurden, zu lösen.

Dies bedeutet nicht, dass sich mit dem hier vorgeschlagenen Verrechnungspreissystem sämtliche Unwirtschaftlichkeiten beseitigen ließen. Ein Hinderungsgrund dafür liegt außerhalb der Krankenhäuser selbst. Weil der Gesetzgeber eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen will, liegt die Planung von Betten- und Leistungskapazitäten im stationären Sektor in der Zuständigkeit der Bundesländer. Wie in Unterabschnitt 2.2.1 herausgestellt, können die in den Bedarfsplänen der Landesregierungen verzeichneten Plankrankenhäuser daher nicht frei entscheiden, wie ihr Leistungsangebot aussieht. Auch wenn eine Behandlungsleistung wirtschaftlich unattraktiv ist, muss sie unter Umständen angeboten werden.

Die Steuerungslogik der G-DRGs als Festpreise wird dadurch ad absurdum geführt.<sup>230</sup> Vergleichsweise unrentable Einrichtungen müssten bei Einsatz einer Profit-Center-Organisation schließen, dürfen es aber nicht. Infolgedessen ist in vielen deutschen Krankenhäusern eine Situation anzutreffen, in der einzelne Bereiche politisch verursachte (Leer-)Kosten aufweisen.

Eine zweite Quelle der Unwirtschaftlichkeit stellen organisatorische Einheiten dar, die zwar wunschgemäß ausgelastet, wegen ihrer hohen Spezialisierung und der damit geringen Patientenzahl jedoch so klein sind, dass sie nicht von Economies of Scale profitieren können, zum Beispiel die Organ- oder die Knochenmarktransplantationsstation in einer ländlichen, dünn besiedelten Versorgungsregion. Ihr Betrieb muss aufrechterhalten bleiben, weil er nach dem Willen der Politik für eine bedarfsgerechte Versorgung als unabdingbar gilt. Auf Ebene der Serviceeinheiten verbleiben dennoch keine Defizite, da das entwickelte Verrechnungspreissystem so konzipiert wurde, dass jeder Dienstleister eigene Kostensätze abrechnen und damit seine hohen Kosten krankenhauserweitert weitergeben kann. Weil die Höhe der entworfenen Verrechnungspreise stark von den Gegebenheiten vor Ort abhängt, ist ein Benchmarking mit den Verrechnungspreisen, wie sie in anderen Einrichtungen eingesetzt werden, für diese Servicemodule aber kaum sinnvoll durchführbar. Ferner wird mit den hohen Verrechnungspreisen die politisch begründete Unwirtschaftlichkeit der Serviceeinheiten verteilt, aber nicht behoben. Umso gravierender stellt sich das Problem für die Kernmodule dar. Sie leiden darunter, dass sie Ineffizienzen der Supportmodule nicht umgehen können und anteilig mitfinanzieren müssen. Besonders hart trifft dies jene Kernmodule, die selbst nur wegen des gesetzlich verbindlichen Versorgungsauftrags im Krankenhaus bestehen und daher zusätzlich interne Leerkosten aufweisen oder keine Größenvorteile erzielen können. Bei diesen ist zu erwarten, dass sich ein bedeutendes Sockeldefizit einstellen wird, weil die durch den Versorgungsauftrag hervorgerufenen Ineffizienzen durch DRG-Erlöse nicht ausgeglichen werden. Sie dafür zur Verantwortung zu ziehen, ist nicht gerechtfertigt. Schließlich besagt das in dieser Arbeit verfolgte Controllability-Prinzip, dass ein Entscheidungsträger nur dann für die mangelhafte Erfüllung von Aufgaben zur Rechenschaft gezogen werden darf, wenn er alle notwendigen Kompetenzen übertragen bekommen hat, die Einhaltung seiner Ziele kontrollieren zu können.

Zwar soll der Entgeltkatalog der Krankenkassen nach Aussage der DRG-Initiatoren die Finanzierung der Krankenhausversorgung im Gesamten sicherstellen. Wie die Realität zeigt, ist das oben beschriebene Erfolgsdefizit trotzdem vorhanden. Ein Grund dafür ist sicherlich, dass

---

<sup>230</sup> Vgl. dazu auch die abschließenden Ausführungen in Abschnitt 2.1.

sich das DRG-System augenblicklich in seiner Erprobungsphase befindet. Damit stellt es nur im Idealfall auskömmliche Vergütungen für alle Krankenhausleistungen bereit. Diesen Tatbestand berücksichtigen die Krankenkassen bei der Gewährung etwaiger zusätzlicher Mittel nicht. Es mangelt ihnen an Planungs- und Steuerungskompetenz, solche Entgelte zu bewilligen. Damit nehmen sie Qualitätsverluste im Kauf, weil sie die Krankenhäuser eventuell dazu zwingen, Einsparungen über das medizinisch vertretbare Maß hinaus vorzunehmen. Um solche dysfunktionalen Sparmaßnahmen zu vermeiden, bleibt den Krankenhäusern nur, die Defizite ihrer medizinischen Kernzentren mit einer unverschuldet ungünstigen Kosten-Erlös-Relation intern zu verteilen. Dies ginge auf zwei Wegen. Auf der einen Seite könnte man darüber nachdenken, den betroffenen Facheinheiten einen Verrechnungspreisabschlag beim Bezug von Serviceleistungen zu gewähren. Eine solche am Planperiodenbeginn festgelegte Korrekturkomponente beinhaltet die Gefahr einer drastischen Verkomplizierung der entwickelten Verrechnungspreise. Im Extremfall gäbe es nicht nur für jeden Dienstleister eigene Verrechnungspreise, sondern auch für jeden Leistungsbezieher. Weniger komplex als Abschläge von den Verrechnungspreisen wäre eine von diesen unabhängige, globale Umschichtung finanzieller Mittel. Ihr Ziel müsste darin bestehen, zu fixieren, wie viel Quersubventionierung zu Gunsten welcher Kerneinheiten leist- und noch vertretbar ist. Damit sie auf Akzeptanz trifft, darf die Umverteilung zwar die dezentralen Erfolgsausweise beeinträchtigen, nicht aber zur Beurteilung der Leistungswirtschaftlichkeit der Modulleiter herangezogen werden. Andernfalls würde man ihnen unter Umständen dringliche Verhaltensanreize nehmen, Überschüsse zu generieren. Es ließe sich auch daran denken, die Umschichtung implizit vorzunehmen, indem sie nicht wirklich vollzogen wird, sondern man ausgewählten Organisationseinheiten Ergebnisdefizite in definierter Höhe zugesteht. In diesem Fall bestünde die primäre Zielsetzung der betroffenen Profit-Center in einer Verlustbegrenzung. Ob und inwieweit dieses Ziel im Einklang mit dem Profit-Center-Gedanken im Krankenhaus steht, ist aber zu hinterfragen.

Wie deutlich wurde, kann das vom deutschen Gesetzgeber festgelegte Leistungsangebot des Krankenhauses den gewünschten Wirkungsmechanismen von Verrechnungspreisen entgegenstehen bzw. macht komplizierte Hilfskonstruktionen notwendig. Es wäre daher wünschenswert, dass der seit Jahren immer wieder angekündigte Schritt der Umstellung von der dualistischen zur monistischen Krankenhausfinanzierung endlich vollzogen wird. Dies hieße, dass die Bundesländer Kompetenzen abgeben und in die Hände der Krankenkassen legen, die mit entsprechend angepassten Fallpauschalen ganz allein die Aufgabe der Finanzierung stemmen.

## 6 Schlussbetrachtung

Hauptanliegen der vorliegenden Arbeit ist es, das Kostenproblem im deutschen Krankenhaus auf der Ebene der Serviceeinheiten in ihrer bilateralen Beziehung zu intern nachfragenden Facheinheiten zu analysieren. Dieses liegt nach Expertenschätzungen in der technologischen Entwicklung der Medizin und im medizinisch-therapeutischen Fortschritt begründet. Zu einem beachtlichen Teil resultiert es aber auch aus falsch gesetzten Steuerungsimpulsen. Ein Beitrag zur Optimierung des Anforderungs- wie Ausführungsverhaltens der Kern- bzw. Serviceeinheiten wird in der Dezentralisierung der Ergebnis- bzw. Budgetverantwortung im Sinne einer Profit-Center-Konzeption gesehen. Zu ihrer Umsetzung müssen sich Kosten und Erlöse einheitenbezogen erfassen und beurteilen lassen. An dieser Stelle kann die Einführung von Verrechnungspreisen eine neue Dynamik auslösen. Diese Arbeit ist deswegen bestrebt, eine speziell auf die Bedürfnisse im Krankenhaus und sein Umfeld zugeschnittene Verrechnungspreisvariante zu entwerfen. Sie soll dem Krankenhaus eine betriebswirtschaftlich fundierte Ausgangsbasis für die Fallkostenkalkulation und die Gewinnung landeseinheitlicher Basisfallpreise legen. Vor allem aber soll sie in der Lage sein, die von G-DRGs ausgehenden krankenhausexternen ökonomischen Steuerungsanreize in -interne Strukturen zu übertragen.

Es wurde deutlich, dass Verrechnungspreise ein bedeutendes Instrument der Krankenhaussteuerung bei DRGs darstellen.<sup>231</sup> Dagegen können Regimes, die sich zur Beeinflussung der dezentralen Entscheidungen als ungeeignet erweisen, gravierende Negative Auswirkungen auf das Unternehmensergebnis bzw. die Performance des Krankenhauses haben. Solche Ineffizienzen zehren bis zu 20% des aktuellen Erlösbudgets auf<sup>232</sup>, was angesichts hoher, zum Teil wachsender Sach- und Personalkosten<sup>233</sup> bei einem nicht unerheblichen Sockeldefizit<sup>234</sup> besonders schwer wiegt. Notwendig ist die Bildung von Verrechnungspreisen jedoch nicht allein wegen ihrer Verhaltenssteuerungswirkungen. Intern dienen sie zusätzlich der Erfolgsermittlung. Möglichst unverzerrte dezentrale Gewinngrößen sind die Grundlage für Entscheidungen der Profit-Center wie auch der Krankenhausleitung, die strategische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen an sie knüpft. Neben der Verhaltenssteuerung und der Erfolgsermitt-

---

<sup>231</sup> Nichtsdestotrotz sind die hier betrachteten Verrechnungspreise „[...] just one instrument in the overall organizational design“, wie HOLMSTROM/TIROLE (1991), S. 227, treffend bemerken.

<sup>232</sup> Vgl. PFÖHLER/DÄNZER (2005), S. 128. Zum selben Ergebnis kommt auch SYWOTTEK (2006), S. 68.

<sup>233</sup> Alleine mit dem Arbeitszeitgesetz, das Anfang 2007 in Kraft trat, fallen im Schnitt rund 600 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich an. Zwar stellt die Gesetzgebung in der Summe 700 Millionen Euro zur Verfügung. Der Großteil der zu stemmenden Kosten ist aber in den ersten Jahren zu tragen, vgl. BURGER (2006), S. 38-39.

<sup>234</sup> Die klamme finanzielle Lage betrifft Krankenhäuser aller Versorgungsstufen, vgl. DIERKES/LINGENFELDER (2006), S. 541. Zwar verfügen private Akteure über mehr Möglichkeiten, der Situation entgegenzusteuern. Die Bereitschaft für Neuerungen ist aber höher als das Finanzierungspotenzial, vgl. BARTSCH (2006), S. 12.

lung sollen Verrechnungspreise auch krankenhausexterne Funktionen erfüllen. Dazu gehören die Kostenrechtfertigung und -begründung gegenüber dem für die DRG-Kalkulation zuständigen Institut der Selbstverwaltung, dem InEK. Persönliche Befragungen zu den Gestaltungsanforderungen haben demonstriert, dass der InEK-Konformität der Verrechnungspreise wenig Beachtung geschenkt wird. Dies verwundert, weil die Übergangsfrist der DRG-Einführung 2009 endet. Es ist aber auch klar geworden, dass die Basisanforderung der Selbstverwaltung, auf Vollkostenpreise auf Istkostenbasis zu setzen, bewusst oder unbewusst meistens erfüllt ist.

Damit liegen dem Krankenhaus zur Fallkostenkalkulation taugliche Verrechnungspreise vor. Das zweite Ziel der Arbeit, den Handlungsdruck der DRGs an die einzelnen Profit-Center weiterzugeben, ist mit ihnen aber nicht erreichbar. Dazu muss ein Augenmerk auf die spezifischen Ausgangsbedingungen in den betreffenden Krankenhäusern gelegt werden. Wenn die Effizienzwirkungen von verschiedenen Verrechnungspreismechanismen untersucht werden, deren krankenhausexter Einsatz aber nicht kritisch hinterfragt wird, erweisen sich für viele Situationen Teil- den Vollkosten als überlegen. Des Weiteren kommen Arbeiten, die die besonderen Voraussetzungen in einem Krankenhaus verkennen, zu dem Schluss, die Serviceleistungen besser mit Standard- als mit Istkosten zu bewerten. Die vergleichende Analyse in dieser Arbeit hat aufgezeigt, dass diese beiden gemeinhin als vorteilhaft geltenden Gestaltungsprinzipien im Krankenhaus nicht in jedem Fall die gewünschten Ergebnisse bringen. Es wird ersichtlich, dass Sach- als Teilkostenpreise Rationalisierungspotenziale erschließen können, die Steuerungswirkungen wegen des im Vergleich zu Personalkosten geringeren Kostenbeitrags aber nicht den erhofften Umfang erreichen. Daher schlägt diese Arbeit vor, die Kalkulation von Sach- und Personalkosten für Supportleistungen im Krankenhaus getrennt vorzunehmen. Der wertmäßig bedeutsame Anteil der medizinischen Verbrauchsartikel sollte auf Einzelleistungsbasis verrechnet werden. Dagegen empfiehlt es sich, den Einsatz von geringwertigen Verbrauchs- und allen Gebrauchsgütern G-DRG-bezogen abzurechnen. Die resultierenden Ungenauigkeiten bei der fallpauschalbasierten Verrechnung lassen sich in Kauf nehmen, weil die Einzelkostenerfassung zwar den Informationsgehalt erhöht, jedoch in keinem Verhältnis zum erforderlichen Aufwand steht. Das Gleiche gilt für die kostengünstigen Medikamente. Eine Erstattung von Pauschalbeträgen je G-DRG für die teuren Medikamente empfiehlt sich hingegen nicht. Stattdessen sollte in behandlungszeit- und einzelleistungsabhängige Medikamentenverbräuche unterschieden werden. Der einzelleistungs- und G-DRG-basierte Ressourcenverbrauch im Medikamentensektor lässt sich mit Anschaffungs- bzw. Wiederbeschaffungspreisen bewerten, wie das für alle anderen medizinischen Verbrauchsartikel auch

relativ leicht möglich ist. Die ursächlich im Zusammenhang mit dem Zeitaufwand stehenden medikamentösen Leistungen sollten in die Personalkostenkalkulation aufgenommen werden.

Angesichts des geringen Sachkostenaufkommens im Krankenhaus sollte der Schwerpunkt der Kalkulationsanstrengungen ohnehin auf den Personalkosten liegen. Denkt man dabei zusätzlich zu Einzelleistungen oder DRGs als Kostenträger an Aktivitäten bzw. Prozesse, wird eine Kapazitätsanpassung beim Personalbestand in die Betrachtungen einbezogen. Daher hat die vorliegende Arbeit nach Anpassungsmöglichkeiten gesucht und diese dann entwickelt. Sie liegen in der Einführung von Arbeitszeitmodellen, Maßnahmen der Personalentwicklung und einem qualifikations- und ausbildungsgerechten Personalmanagement. Werden sie wahrgenommen, können Personalkosten zu den kurzfristig entscheidungsrelevanten Kosten gezählt werden. Das entbindet das Krankenhaus nicht von der Pflicht, Kapazitäten für Behandlungseingriffe bereitzustellen, die sich relativ zum Personalleistungsvolumen fix verhalten. Dennoch eröffnet sich ein riesiges Arbeitsgebiet für das Krankenhaus, deren Manager bzw. Träger Konsequenzen aus der gewonnenen Einsicht ziehen müssen. Die in der Praxis vorzufindende Abneigung gegenüber Vollkostenpreisen zur Verhaltenssteuerung muss überwunden werden.

Dass die Ablehnung vollkostenbasierter Preise unberechtigt ist, wurde für das DRG-Level schon nachgewiesen.<sup>235</sup> Aber auch die beiden anderen, dem DRG-System inärenten Bestandteile, die auf das hier entworfene Verrechnungspreismodell übertragen wurden, dürften ökonomische Steuerungswirkungen im Krankenhaus entfalten. Anreize, im Sinne des Gesamtunternehmens zu agieren, erwachsen zum einen aus dem DRG-Prinzip der Fallpauschalisierung, das in der hier vorliegenden Arbeit auf geringwertige Sachleistungen angewandt wurde. Wirtschaftlichkeitseffekte können aber auch aus der Entgeltstandardisierung resultieren, also dem dritten Gestaltungselement des DRG-Konzepts, das für die Verrechnungspreisbildung eingesetzt wurde. Kostenstandards werden für die Bemessung der Entgelte für Sach- und Personalleistungen festgelegt, so dass für alle Serviceeinheiten Anreize zur Rationalisierung bestehen. Allerdings ist diese Aussage insofern zu relativieren, als sie nur unter der Prämisse einer konsequenten Delegation von Entscheidungsbefugnissen auf die Supporteinheiten gilt. Es ist anerkannt, dass ihre Profit-Center-Leiter hinsichtlich der Sachleistungsmengen frei entscheiden, was für die Verwendung von Verrechnungspreisen spricht, die aus Standardkosten hervorgehen. Die Erbringer von Personalleistungen dagegen müssen differenziert betrachtet werden. Handelt es sich um einen medizinisch-technischen Dienstleister, sollte sein Kostenbewusst-

---

<sup>235</sup> Vgl. ELLWOOD (1996).

sein über Standardkostenpreise geschärft werden. Zwar agiert er auf Auftrag, führt seine Personalleistungen in der Regel aber eigenständig aus. Dagegen sind die ärztlichen Servicezentren im Krankenhaus für eine umfassende disziplinbezogene Patientenbetreuung verantwortlich. Das am Krankheitsfall orientierte Zusammenwirken mit den Kerneinheiten bedingt, dass sich Entscheidungskompetenzen zwischen den Prozessbeteiligten aufteilen. Für die Personalkosten der Dienstleister wird daher die Kalkulation über Minutensätze empfohlen, die teils aktivitätspauschal vorgegeben, teils nach dem tatsächlichen Zeitaufwand abgerechnet werden. Wenn die Supportmodule den Zeitbedarf für die Erbringung der ärztlichen Leistung unabhängig von den Facheinheiten steuern können, sollten die Personalkostenanteile ihrer Verrechnungspreise als Standardkosten ausgelegt werden. Mit Istkosten sollten sie vergütet werden, wenn sich das Handeln der Ärzte aus dem Kernbereich auf die Arbeitsprozesse der Servicemodule auswirkt. Das geschaffene Verrechnungspreissystem trägt der Chancen- und Risikoteilungsfunktion Rechnung. Das tut es erst recht, wenn die Personalkostensätze zusätzlich nach Regel- und Bereitschaftsdienst differenzieren. Ferner sollten die Personalkostendifferenzen zwischen den Berufsgruppen ihren Niederschlag in Assistenz-, Fach-, Ober- und Chefarztpreisen finden. Diese Lösungsstruktur für Verrechnungspreise hält die Leiter der Kernmodule dazu an, Mitarbeiter aus dem Supportbereich verstärkt für die Aufgaben nachzufragen, für die sie auch ausgebildet sind. Darüber hinaus gestattet sie es, dass das Personal der Dienstleister gesondert bezahlt wird, wenn es seine medizinischen Arbeiten als Überstunden leistet. Auf die Akzeptanz der Kernmodule stößt das natürlich nur, wenn sie die Verantwortung für die Kapazitätsplanung besitzen. Die krankenhausinterne Planung sollte daher in einer Kombination aus Top-down- und Bottom-up-Prozess gestaltet sein. Das garantiert, dass die Kapazitätspläne in den Händen der Facheinheiten liegen und gleichzeitig in Einklang mit der erwarteten DRG-Fallzahl im Erlösbudget stehen, das jährlich neu ausgehandelt werden muss.

Gestaltungsvarianten, die ausschließlich Plan- bzw. Standardkosten berücksichtigen, scheinen für die Verrechnungspreisbildung im Krankenhaus ungeeignet zu sein. Diese Beurteilung fügt sich in eine Reihe von Untersuchungsergebnissen ein, die rein marktlichen Anreizmechanismen im Krankenhaus kritisch gegenüberstehen.<sup>236</sup> Überdies wird sie durch die augenblicklich zu beobachtenden Entwicklungen im stationären Sektor gerechtfertigt. Zwar nimmt der Handlungsdruck auf Krankenhäuser über DRGs stark zu, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung scheint trotz optimistischer Erwartungen aber nicht gewährleistet, sondern eher gefährdet. Die Stellung zusätzlicher Entgeltarten im aktuellen Entgeltsystem und die Vermutung, diese groß-

---

<sup>236</sup> Vgl. stellvertretend FRESE ET AL. (2004).

teils auch nach 2009 erheben zu dürfen<sup>237</sup>, unterstreichen, dass gegenüber einer unreflektierten Übertragung betriebswirtschaftlicher Konzepte auf das durch spezifische Einsatzbedingungen gekennzeichnete Krankenhaus Vorsicht angebracht ist. In welchem Umfang der entworfene Verrechnungspreismechanismus zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven mit einem Minimum an nachteiligen Begleiteffekten in Form von Qualitätsverlusten beitragen kann, bleibt ohnehin abzuwarten. Die Ausführungen in der Arbeit haben einmal mehr gezeigt, dass das Verrechnungspreisen innewohnende Potenzial leichtfertig verspielt wird, wenn die Leistungsfähigkeit des heute rudimentären Rechnungswesens nicht unter Einsatz modernster EDV-Technologie ausgebaut wird.<sup>238</sup> Des Weiteren ist klar geworden, dass nachhaltige Veränderungen in den Versorgungsstrukturen des Krankenhauses entscheidend mit den Einflussnahmemöglichkeiten der planerisch (letzt-)verantwortlichen Landesbehörden verbunden sind.

Bei der Anwendung des vorgestellten Verrechnungspreissystems müssen aber auch konzeptionelle Gestaltungsgrenzen berücksichtigt werden. Da zum Beispiel die Verhaltenssteuerung und die Erfolgsermittlung als oberste Entscheidungskriterien bei der Verrechnungspreisbildung angenommen wurden, kann für diese Funktionen von einem hohen Erfüllungsgrad gesprochen werden. Sobald abweichende oder zusätzliche Gestaltungsanforderungen ins Zentrum der Betrachtung rücken, ist eine Überprüfung der vorgeschlagenen Verrechnungspreisvariante unerlässlich. Im Fall einer zusätzlichen Funktion dürfte die Ergänzung des entwickelten Konzepts meist hinreichend sein. So könnten die Ziele der Kalkulation durch Präzisierung der personellen Koordinationsfunktion relativ einfach abgebildet werden, sobald Patienten krankenhausintern verlegt werden und mehrere Fachkliniken durchlaufen müssen. Schwierig stellt sich die Situation dar, wenn das Krankenhaus die Möglichkeiten der Verhaltenssteuerung und der Erfolgsermittlung gänzlich ignoriert. Zwar ist auch bei Ablehnung oder Marginalisierung des Profit-Center-Gedankens der Einsatz von Verrechnungspreisen sachdienlich, weil schon die Aufrechterhaltung der Liquidität den Charakter einer Restriktion besitzt. Der Analysefokus dürfte dann aber auf anderen Aspekten liegen. Je weiter vom hier unterstellten Unternehmensziel der Gewinnmaximierung abgewichen wird, desto schwieriger wird es, den entworfenen Verrechnungspreistyp ohne Modifikation zu nutzen. Eine zweite Limitation des Instrumentariums, die Anpassungen unumgänglich macht, liegt in seinem eingeschränkten Planungs- und Steuerungsumfang. Das ist weder verwunderlich noch außergewöhnlich, weil das gesamte Entscheidungsfeld im Krankenhaus kaum zielführend untersucht werden kann. Es

---

<sup>237</sup> In jüngster Zeit keimen Überlegungen auf, 2009 eine neue Konvergenzphase einzuläuten, nach denen sich alle Krankenhäuser auf eine deutschlandweite G-DRG zubewegen sollen, vgl. SYWOTTEK (2006), S. 69.

<sup>238</sup> Vgl. CONRAD/MONKA (2003), S. 245-256.

impliziert jedoch, dass substantielle Abhängigkeiten zu anderen Problemgebieten bestehen, die bei der Verrechnungspreisgestaltung erwähnt, hier aber nicht im Detail beachtet wurden, etwa der Informationsbedarf der Krankenhausleitung bei Vertriebs- und Marketingaktivitäten.

Soll den angestellten Überlegungen eine sachgerechte Diskussionsgrundlage gegeben werden, ist eine breite empirische Datenbasis über den Stand und die Erfolgswirkung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus zu schaffen. Diese ist in Deutschland nicht vorhanden. Wenn sich die positiven Effekte der Transformation des krankenhausexternen Vergütungsmodells auf das -interne Verrechnungspreissystem empirisch nachweisen ließen, würde das nicht nur die Ergebnisse der hier vorliegenden Forschungsarbeit bestätigen. Er könnte auch der Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen der heutigen G-DRGs und damit weitere Reformschritte in Richtung sowohl ökonomisch wie medizinisch effizienter Verrechnungspreise sein.

## Literaturverzeichnis

- Adam, D./Gorschlüter, P. (1999): Qualitätsmanagement im Krankenhaus, in: *ZfB-Ergänzungsheft*, Nr. 5/1999, S. 95-109.
- Albach, H. (1974): Innerbetriebliche Lenkpreise als Instrument dezentraler Unternehmensführung, in: *zfbf*, 26. Jahrgang, S. 216-242.
- Alles, M./Datar, S. (1998): Strategic Transfer Pricing, in: *Management Science*, Nr. 4, 44. Jahrgang, April 1998, S. 451-461.
- Ament-Rambow, C. (2000): Abteilungsgrenzen überwinden. Ohne Prozessmanagement keine wirkliche Qualitätsverbesserung, in: *ku*, Nr. 2, 69. Jahrgang, Februar 2000, S. 84-87
- Antle, R./Demski, J. S. (1988): The Controllability Principle in Responsibility Accounting, in: *AR*, Nr. 4, 63. Jahrgang, Oktober 1988, S. 700-718.
- Bader, J./Thiess, M. (2001): Die Kostenträgerrechnung wird überlebenswichtig, in: *f&w*, Nr. 2, 18. Jahrgang, März/April 2001, S. 169-172.
- Baldenius, T./Reichelstein, S. (1998): Alternative Verfahren zur Bestimmung innerbetrieblicher Verrechnungspreise, in: *zfbf*, Nr. 3, 50. Jahrgang, März 1998, S. 236-259.
- Bartsch, B. (2006): Gute Besserung!, in: *McK*, Nr. 19, 5. Jahrgang, Dezember 2006, S. 10-15.
- Battenfeld, D. (1999): Interne Marktorientierung durch Verrechnungspreise, Diskussionsbeitrag Nr. 279, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft der FernUniversität in Hagen, Hagen 1999.
- Bauer, M./Martin, E. (1999): Management und Organisationsentwicklung im Krankenhaus, in: *Der Anästhesist*, Nr. 10, 48. Jahrgang, Oktober 1999, S. 687-688.
- Bauer, M./Hanß, R./Schleppers, A./Steinfath, M./Tonner, P. H./Martin, J./ (2004): Prozessoptimierung im „kranken Haus“, in: *Der Anästhesist*, Nr. 5, 53. Jahrgang, Mai 2004, S. 414-425.
- Bauer, T./Schmitt, G./Schnetz, E. (2007): Das Erlanger Modell. Einheitliches wirtschaftliches System für Forschung, Lehre, Krankenversorgung, in: *ku*, Nr. 6, 76. Jahrgang, Juni 2007, S. 496-499.

- Bauer, M./Weber, W./Bach, A. (1999): Controlling im Krankenhaus. Eine Einführung in das Kosten- und Leistungsmanagement, in: *Der Anästhesist*, Nr. 12, 48. Jahrgang, Dezember 1999, S. 910-916.
- Baukmann, Dirk (2001): Die Kosten- und Erlösrechnung im Krankenhaus und ihre Prüfung. Eine Steuerungsinstrument des Krankenhaus-Managements: Anforderungen und Ausgestaltung sowie Möglichkeiten und Probleme der Prüfung, zugleich Dissertation Universität Gießen, Düsseldorf 2001.
- Behrends, B./Kuntz, L. (1999): Die strategische Ausrichtung eines Universitäts-Krankenhauses, in: *ZfB-Ergänzungsheft*, Nr. 5, 1999, S. 11-25.
- Behrends, B./Kuntz, L. (2002): Die Bedeutung von medizinischen Zentren in Universitätskrankenhäusern und deren Einbindung in das Steuerungssystem, in: *BFuP*, Nr. 2, 54. Jahrgang, März/April 2002, S. 130-143.
- Bleyl, U. (2004): Universitätsklinik im existenziellen Konflikt zwischen Krankenhausversorgung, Aus- und Weiterbildung und Forschungsleistungen einerseits und Wirtschaftlichkeit andererseits, in: *ZögU*, Nr. 1, 27. Jahrgang, S. 78-86.
- Blum, K./Müller, U./Offermanns, M. (2004): Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Forschungsprojekt des deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Abschlussbericht, Februar 2004
- Blomquist, A. (1991): The Doctor as a Double Agent: Information Asymmetry, Health Insurance, and Medical Care, in: *JHE*, Nr. 4, 10. Jahrgang, Amsterdam, Oktober 1983, S. 411-432.
- Bogner, A./Menz, W. (2005): Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld, in: *Das Experteninterview*, hrsg. v. A. Bogner, B. Littig und W. Menz, S. 7-30, 2. Aufl., Wiesbaden 2005.
- Booz Allen Hamilton (2006): Ergebnisbericht. Betriebliche Exzellenz im Krankenhaus, Berlin et al., Februar 2006.

- Bracht, M. (2002): Steuerungsinstrumente anpassen, in: *ku Special*, Nr. 19, April 2002, S. 13-17.
- Bracht, M. (2006): Ärztliches Management im Krankenhaus. Anforderungen und Realisierung veränderter Rahmenbedingungen, zugleich Dissertation Universität München, Hamburg 2006.
- Bragato, L./Jacobs, K. (2003): Care pathways: the road to better health services?, in: *JHOM*, Nr. 3, 17. Jahrgang, Mai/Juni 2003, S. 164-180.
- Braun, G. (2005): Zunehmende Prozessorientierung als Entwicklungstendenz im gesundheitspolitischen Umfeld des Krankenhauses, in: *Prozessorientiertes Krankenhaus. Lösungen für eine Positionierung im Wettbewerb*, hrsg. v. G. E. Braun, J. Güssow und R. Ott, Stuttgart 2005, S. 13-23.
- Breßlein, S. (2003): Relativgewichte als Spiegelbild. Die Krankenhäuser müssen ihre Kostenrechnung auf Vordermann bringen, in: *ku*, Nr. 5, 72. Jahrgang, Mai 2003, S. 360-364.
- Breyer, F./Zweifel, P. (1999): *Gesundheitsökonomie*, 3. Aufl., Heidelberg et al. 1999.
- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, P. (2003): *Gesundheitsökonomie*, 4. Aufl., Heidelberg et al. 2003.
- Brockmann, M. (2005): *Entwicklung eines Kostenmanagements für Krankenhäuser mit Hilfe von Kostenrechnungsmodellen. Eine praxisorientierte Darstellung*, Bremen 2005.
- Brösel, G./Köditz, F./Schmitt, C. (2004): Kostenträgerrechnung im Krankenhaus - Anforderungen unter DRG-Bedingungen, in: *ZfCM*, Nr. 4, 48. Jahrgang, Juli/August 2004, S. 247-253.
- Bunzemeier, H./Franzius, C./Roeder, N. (2003): Valide DRG-Kalkulation durch klinische Kostenverrechnungsmodelle. Das Universitätsklinikum Münster zeigt, wie Kosten patientenbezogen verrechnet werden, in: *f&w*, Nr. 3, 20. Jahrgang, Mai/Juni 2003, S. 162-166.
- Burger, F. (2006): Die Zeiten ändern sich, in: *McK*, Nr. 19, 5. Jahrgang, Dezember 2006, S. 36-41.

- Busch (2006a): Auf dem Weg zum „Profitcenter“. Das „Zentrum für Radiologie, Sonographie und Nuklearmedizin“ am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (BKT) in Trier, in: *KH*, Nr. 11, 98. Jahrgang, November 2006, S. 959-962.
- Busch (2006b): Interne Leistungsverrechnung im Krankenhaus am Beispiel eines „Profitcenters“. Wer soll was bezahlen?, in: *KH*, Nr. 12, 98. Jahrgang, Dezember 2006, S. 1109-1117.
- Buscher, F. (2007): 3. Bericht zur Lage der Krankenhäuser bei Einführung der DRGs, in: *KH*, Nr. 1, 99. Jahrgang, Januar 2007, S. 19-21.
- Coenenberg, A. G. (1973): Verrechnungspreise zur Steuerung divisionalisierter Unternehmen, in: *WiSt*, Nr. 8/9, 2. Jahrgang, August/September 1973, S. 373-382.
- Conrad, H.-J. (2003): Kostenträgerrechnung, DRG-Erlössplitting, Zentrenbildung? Eckpunkte für ein zukunftsorientiertes Krankenhausmanagement?, in: *ku*, Nr. 5, 72. Jahrgang, Mai 2003, S. 422-425.
- Conrad, H.-J. (2005): Trotz stärkerer Patienten- und Einweiserfokussierung: Kosten im Griff halten. Das Controlling ist neu gefordert, in: *f&w*, Nr. 6, 22. Jahrgang, November/Dezember 2005, S. 606-608.
- Cremer, J./Gerber, I./Haverich, A./Scheid, H.H./Wahlers, T. (2006): Interdisziplinäre oder fachgebundene Intensiveinheit? Was ist die richtige Organisationsform?, in: *f&w*, Nr. 6, 23. Jahrgang, November/Dezember 2006, S. 648-651.
- Czap, H. (1998): Strukturelle Aspekte einer Kostenrechnung für Krankenhäuser, in: *ZögU*, Nr. 3, 21. Jahrgang, S. 263-276.
- Dahlgaard, K./Jung, K./Schelter, W. (2000): Profit-Center-Strukturen im Krankenhaus. Potentiale, Risiken und (Neben-)Wirkungen, Frankfurt am Main 2000.
- Dahlheim, N./Günther, T./Schill, O. (2001): Verrechnungspreise in der Kosten- und Erlösrechnung. Fallstudie im Schulverwaltungsamt in Dresden, in: *kyp*, Nr. 4, 45. Jahrgang, Juli/August 2001, S. 243-253.
- Debus, E. S./Lingenfelder, M. (2002): Zentrumsbildung in der Gefäßmedizin. Eine Analyse aus medizinischer und ökonomischer Sicht, in: *f&w*, Nr. 4, 19. Jahrgang, Juli/August 2002, S. 368-373.

- Degener-Hencke, U. (2003): Ersatz der Bundespflegesatzverordnung durch eine neue Entgeltverordnung für die stationäre Versorgung. Zum Stand der Gesetzgebungsarbeiten für ein Fallpauschalengesetz, in: Reform der stationären Krankenversorgung im Spiegel integrierter Versorgungsformen und diagnosebezogener Fallpauschalen, Beiträge zur Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland, hrsg. v. R. Pitschas, Speyer 2003, S. 63-80.
- Dierkes, S./Lingenfelder, M. (2006): Wertmanagement im Krankenhaus, in: *BFuP*, Nr. 6, 58. Jahrgang, November-Dezember 2006, S. 541-565.
- Diekmann, A. (1995): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, Reinbek 1995.
- Drees, C. (2003): Beschaffungsmanagement im Krankenhaus, Deutsches Forum für Krankenhaus-Management, Informations- und Kommunikationsportal Krankenhausmanager, Wiesbaden 2003.
- Drexl, A./Kolisch, R./Salewski, F. (1999): Projektmanagement bei flexiblen Arbeitszeiten, in: *ZP*, Nr. 4, 10. Jahrgang, S. 431-447.
- Dröge, J. (1991): Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Reihe: Kölner Schriften zur Sozial- und Wirtschaftspolitik, Bd. 16, Regensburg 1990.
- Droste, T. M. (1995): The need to develop transfer pricing methods grows as systems become regional, in: *MNSR*, Nr. 8, 4. Jahrgang, August 1995, S. 1-3.
- Drumm, H. J. (1996): Das Paradigma der neuen Dezentralisation, in: *DBW*, Nr. 1, 56. Jahrgang, Januar/Februar 1996, S. 7-20.
- Düsch, E./Platzköster, C./Steinbach, T. (2002): Kostenträgerrechnung als Steuerungsinstrument im Krankenhaus – eine mögliche Weiterführung der Kosten- und Leistungsrechnung, in: *BFuP*, Nr. 2, 54. Jahrgang, März/April 2002, S. 144-155.
- Eberle, G. (1998): Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand, in: *SF*, Nr.3, 47. Jahrgang, März 1998, S. 53-58.

- Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (1995): Mitarbeitermotivation im Krankenhaus, Robert Bosch Stiftung, Reihe: Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 29, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Gerlingen 1995.
- Eichhorn, S. (1999): Profitcenter-Organisation und Prozeßorientierung – Budget- Prozess- und Qualitätsverantwortung im Krankenhaus, in: Profitcenter und Prozessorientierung, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Stuttgart, Berlin und Köln 1999, S. 1-13.
- Einwag, M./Häusler, E. (2001): Die Steuerung von Krankenhäusern über Balanced Scorecard. Was verbirgt sich hinter dem Konzept?, in: *f&w*, Nr. 1, 18. Jahrgang, Januar/Februar 2001, S. 20-21.
- Eldenburg, L./Krishnan, R. (2006): The Influence of Ownership on Accounting Information Expenditures, Arbeitspapier Universität Arizona 2006.
- Ellwood, S. (1996): Full-cost pricing rules within the National Health Service internal market-accounting choices and the achievement of productive efficiency, in: *JMAR*, Nr. 1, 7. Jahrgang, März 1996, S. 25-51.
- Enthoven, A. C./Noll, R.G. (1984): Prospective Payment: Will it solve Medicare's Financial Problem?, in: *Issues in Science and Technologie*, Nr. 1, 1. Jahrgang, Fall 1984, Washington, S. 100-116.
- Erfort, M. (1998): Gestaltungsoptionen eines Entgeltsystems für unternehmensinterne Dienstleistungsbereiche, in: Europäische Hochschulschriften, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Bd. 2297, hrsg. v. P. Lang, Frankfurt am Main 1998.
- Ernst, C. (2000): Krankenhaus-Controlling und monetäre Anreize für leitende Ärzte: Eine agency-theoretische Analyse, zugleich Dissertation Universität Frankfurt am Main 1999, Wiesbaden 2000.
- Ernst, C./Kessler, P./Kvesic, V./Lischke, V. (2004): Kalkulation der Anästhesiekosten eines Klinikums der Maximalversorgung und Einführung der DRG, in: *ZfB*, Nr. 12, 74. Jahrgang, Dezember 2004, S. 1217-1247.
- Ernst, C./Szczyzny, A. (2005): Cost Accounting Implications of Surgical Learning in the DRG Era – Data Evidence from a German Hospital, in: *sbr*, Nr. 2, 57. Jahrgang, April 2005, S. 127-166.

- Ernst, C./Szczyzny, A. (2006): Spezialisierungs- und Selektionsanreize fester Krankenhausbudgets 1993-2002: Eine empirische Analyse, in: *BFuP*, Nr. 6, 58. Jahrgang, November/Dezember 2006, S. 566-584.
- Ewert, R./Wagenhofer, A. (2005): *Interne Unternehmensrechnung*, 6. Aufl., Berlin et al. 2005.
- Fetter, R. B./Shin, Y./Freemann, J. L. A./Richard, F./Thompson, J. D. (1980): Casemix definition by Diagnosis Related Groups, in: *MC*, February Supplement, Nr. 2, 18. Jahrgang, Philadelphia, Toronto, Februar 1980, S. 1-53.
- Fleßa, S./Ehmke, B./Herrmann, R. (2006): Optimierung des Leistungsprogramms eines Akutkrankenhauses – Neue Herausforderungen durch ein fallpauschalisiertes Vergütungssystem, in: *BFuP*, Nr. 6, 58. Jahrgang, November/Dezember 2006, S. 585-599.
- Flick, U. (1999): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*, 4. Aufl., Reinbek 1999.
- Focke, A./Reinisch, C./Wasem, J. (2006): Abteilungs- und periodengerechte Verteilung von DRG-Erlösen mit Hilfe der DDMI-Methode. Lösungsansätze für die Erlösverteilung bei intern verlegten Fällen und für die Bewertung von Jahresüberliegern zum Bilanzstichtag, in: *KH*, Nr. 4, 98. Jahrgang, April 2006, S. 289-292.
- Frese, E. (1995): Profit Center und Verrechnungspreise. Organisationstheoretische Analyse eines aktuellen Problems, in: *zfbf*, Nr. 10, 47. Jahrgang, Oktober 1995, S. 942-954.
- Frese, E. (2000): *Grundlagen der Organisation – Konzept, Prinzipien, Strukturen*, 8. Aufl., Wiesbaden 2000.
- Frese, E./Heberer, M./Hurlebaus, T./Lehmann, P. (2004): „Diagnosis Related Groups“ (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus, in: *zfbf*, Nr. 12, 56. Jahrgang, Dezember 2004, S. 737-759.
- Friedl, G./Ott, R. (2002): Anreizkompatible Gestaltung von Entgeltsystemen im Krankenhaus, in: *ZfB*, Nr. 2, 72. Jahrgang, Februar 2002, S. 186-205.
- Fries, T. (2003): Unternehmensbewertung von Krankenhäusern, in: *Arbeitsberichte zum Management im Gesundheitswesen*, Arbeitsbericht Nr. 3, hrsg. v. L. Kuntz, Köln 2003.

- Fritz, S. (2005): „Ein Ruck ging durchs Haus“, in: *ku*, Nr. 7, 74. Jahrgang, Juli 2005, S. 584-587.
- Geldner, G./Eberhart, L. H. J./Trunk, S./Dahmen, K. G./Reissmann, T./Weiler, T./Bach, A. (2002): Effizientes OP-Management. Vorschläge zur Optimierung von Prozessabläufen als Grundlage für die Erstellung eines OP-Status, in: *Der Anästhesist*, Nr. 9, 51. Jahrgang, September 2002, S. 760-767.
- Göx, R. (1999): Strategische Transferpreispolitik im Dyopol, in: Beiträge zur betriebswirtschaftlichen Forschung, Bd. 87, hrsg. v. H. Albach, S. Albers, H. Hax und K. von Wysocki, Wiesbaden 1999.
- Günster, C./Mansky, T./Repschläger, U. (2004): Das deutsche DRG-Entgeltsystem, in: *KR* 2003, Schwerpunkt: DRGs im Jahre 1, hrsg. v. J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt, Stuttgart 2004, S. 43-67.
- Hansen, D./Braun, J. (2003): Unterfinanzierung der Intensivmedizin im deutschen DRG-System, in: *f&w*, Nr. 2, 20. Jahrgang, März/April 2003, S. 156-160.
- Hansen, D./Syben, R. (2005): Aufwandsorientiertes DRG-Erlössplitting. Validierung eines pragmatischen Modells als Basis einer Deckungsbeitragsrechnung, in: *ku* Special Controlling, Steuern ohne Kompass?, April 2005, S. 2-6.
- Hansen, D. (2007): Motivation durch eigene Ziele. Zielvereinbarungen als Steuerungsinstrument im Krankenhaus, in: *ku* Special Controlling, März 2007, S. 6-9.
- Hart, O. (1995): *Firms, Contracts and Financial Structure*, Oxford 1995.
- Hehner, S./Kloss, C./Lösch, M. (2005): Wie Krankenhäuser die Einweiser richtig managen, in: *Health*, Nr. 7, hrsg. v. McKinsey&Company, Mai 2005, S. 6-17.
- Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986): *Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit*, Baden-Baden 1986.
- Hirshleifer, J. (1956): On the economics of transfer pricing, in: *JB*, Nr. 3, 29. Jahrgang, Juli 1956, S. 172-184.

- Hildebrand, R. (2001): Am Anfang steht die Entwicklung einer Unternehmensstrategie. Die Balanced Scorecard ist ein Steuerungsinstrument, kein Schlagwort, in: *f&w*, Nr. 5, 18. Jahrgang, September/Oktober 2001, S. 476-480.
- Ho, S.-J. K./Chan, L./Kidwell, R. E. Jr. (1999): The Implementation of Business Process Reengineering in American and Canadian Hospitals, in: *HCMR*, Nr. 2, 24. Jahrgang, April-Juni 1999, S. 19-31.
- Hoffmann, F. (1989): Interne Budgetierung und Anreizsysteme im Krankenhaus, Europäische Hochschulschriften, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Frankfurt am Main 1989.
- Hofmann, C. (2002): Investitionssteuerung über Budgets oder Verrechnungspreise?, in: *ZfB*, Nr. 5, 72. Jahrgang, Mai 2002, S. 529-556.
- Hofmann, C./Pfeiffer, T. (2006): Verfügungsrechte und spezifische Investitionen: Steuerung über Budgets oder Verrechnungspreise?, in: *zfbf*, Nr. 6, 58. Jahrgang, Januar 2006, S. 426-454.
- Holmstrom, B./Tirole, J. (1991): Transfer pricing and Organizational Form, in: *JLEO*, Nr. 2, 7. Jahrgang, S. 201-228.
- Hoppe, A./Schmidt-Rettig, B./Weygoldt, J. (1999): Modell einer Deckungsbeitragsrechnung für Ergebnisorientierte Leistungszentren (ELZ). Grundstufe und Aufbaustufe, in: Profitcenter und Prozessorientierung, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Stuttgart, Berlin und Köln 1999, S. 57-71.
- Horka, D./Corsepius, D. (2003): Kostenzuordnung auf DRG-Ebene ohne eigene Fallkostenermittlung? Eine praxisnahe Simulationsmethode mit hohem Genauigkeitsgrad, in: *KH*, Nr. 3, 95. Jahrgang, März 2003, S. 222-225.
- Hsia, D. C./Krushat, W. M./Fagan, A. B./Tebbutt, J. A./Kusserow, R. P. (1988): Accuracy of Diagnostic Coding for Medicare Patients under the Prospective Payment System, in: *NEJM*, Nr. 6, 318. Jahrgang, Massachusetts, 11. Februar 1988, S. 352-355.
- Hubert, B. (2006): Anpassung des operativen Controlling im Krankenhaus: Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der Liquiditätssicherung durch Kostensenkung unter Verwendung eines ausführlichen Berichtswesens und der Integration medizinischen Personals in den Prozess der Belegungs- und Kostensteuerung, Wuppertal 2006.

- Huch, B./Lenz, I. (2005): Operatives Krankenhaus-Controlling im Krankenhaus, in: Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, hrsg. v. J. Hentze, B. Huch und E. Kehres, 3. Aufl., Stuttgart 2005, S. 69-94.
- Huizing, A./Koster, E./Bouman, W. (1997): Balance in Business Reengineering: An Empirical Study of Fit and Performance, in: *JMIS*, Nr. 1, 14. Jahrgang, Juni 1997, S. 93-118.
- Hurlebaus, T. (2004): Strategiekonforme Organisationsgestaltung von Krankenhäusern. Eine theoretische und empirische Analyse, zugleich Dissertation, Universität Köln 2003, Wiesbaden 2004.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) (2007a): G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2008, Definitionshandbuch Kompaktversion, Band 1 (DRGs A01A-I98Z), Siegburg 2007.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) (2007b): G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2008, Definitionshandbuch Kompaktversion, Band 2 (DRGs J01Z-Z66Z), Siegburg 2007.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) (2007c): G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2008, Definitionshandbuch Kompaktversion, Band 3 (Anhänge), Siegburg 2007.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) (2007d): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern, Version 3.0. 10. Juli 2006.
- Irle, M.(2006): Blitzableiter, in: *McK*, Nr. 19, 5. Jahrgang, Dezember 2006, S. 72-79.
- Jackson, R.L. (2002): The Business of Surgery. Managing the OR as a profit center requires more than just IT. It requires profit-making mindest, too, in: *HMT*, Nr.7, 23. Jahrgang, Juli 2002, S. 20-22.
- Janischowski, A. (1997): Anforderungen an ein dynamisches Erlösmanagement, in: *f&w*, Nr. 4, 14. Jahrgang, Juli/August 1997, S. 308-316.
- Janischowski, A. J. F./Schneider, S. (1999): Strategische Planung – Eine immer wichtiger werdende Aufgabe für das Krankenhausmanagement, in: *ZfB-Ergänzungsheft*, Nr. 5, 1999, S. 27-49,

- Jarchow, T./Jäger, F./Ritter, J. (1999): Auf der Suche nach dem Königsweg, die Kosten im Krankenhaus zuzuordnen. Ein Praxisbericht aus dem Marienkrankenhaus Hamburg, in: *f&w*, Nr. 6, 16. Jahrgang, November/Dezember 1999, S. 530-534.
- Jordan, E. (2007): Totgesagte leben länger. Probleme und Perspektiven von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, in: *KR 2006*, Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch, hrsg. v. J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt, Stuttgart 2006, Kapitel 11.
- Kaltenbach, T. (1991): Qualitätsdefinition im Krankenhaus, in: *ZögU*, Nr. 4, 14. Jahrgang, S. 442-450.
- Karberg, S. (2006): Mankind's Greatest Hospital, in: *McK*, Nr. 19, 5. Jahrgang, Dezember 2006, S. 100-107.
- Keun, F./Prott, R. (2006): Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Anpassung an neue Rahmenbedingungen, 6. Aufl., Wiesbaden 2006.
- Kilger, W./Pampel, J./Vikas, K. (2002): Flexible Plankostenrechnung und Deckungsbeitragsrechnung, 11. Aufl., Wiesbaden 2002.
- Klein, M. (1999): Business Units als Profitcenter und Optimierung komplexer Geschäftsprozesse in Dienstleistungsunternehmen, in: Profitcenter und Prozessorientierung, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Stuttgart, Berlin und Köln 1999, S. 25-33.
- Kley, K.-L. (2001): Verrechnungspreise und Wertmanagement im Aviation-Konzern Deutsche Lufthansa, in: *krp*, Nr. 5, 45. Jahrgang, September/Oktober 2001, S. 267-274.
- Klimpe, D. (2001): Wer seine Zukunft sichern will, muss die eigenen Ziele kennen. Das modulare Krankenhaus mit seinen selbständigen Einheiten schafft beste medizinische Versorgung durch zufriedenes Personal zu vertretbaren Kosten, in: *f&w*, Nr. 1, 18. Jahrgang, Januar/Februar 2001, S. 30-34.
- Kober, K. (2005): Maß- und taktvoll. Wie etabliert man eine erfolgs- und leistungsorientierte Vergütung im Krankenhaus, in: *ku*, Nr. 7, 74. Jahrgang, Juli 2005, S. 588-590.
- Kolb, T. (2004): Ambulantes Operieren: Die Chancen überwiegen. Kosten und Menge müssen im richtigen Verhältnis stehen, in: *f&w*, Nr. 4, 21. Jahrgang, Juli/August 2004, S. 356-361.

- Kolisch, R./Sickinger, S. (2008): Providing radiology health care services to stochastic demand of different customer classes, in: *OR Spectrum*, Nr. 2, 30. Jahrgang, S. 375-395.
- Kosecoff, J./Kahn, K. L./Rogers, W. H./Reinisch, E. J./Sherwood, M. J./Rubenstein, L. V./Draper, D./Roth, C. P. /Chew, C./Brook, R. H. (1990): Prospective Payment System and Impairment at Discharge: The 'Quicker-and-Sicker' Story Revisited, in: *JAMA*, Nr. 15, 264. Jahrgang, Chicago, 17. Oktober 1990, S. 1980-1983.
- Kothe-Zimmermann, H. (2006): Prozesskostenrechnung und Prozessoptimierung im Krankenhaus. Eine Praxisanleitung in sieben Schritten, Stuttgart 2006.
- Kreuter, A. (1997): Verrechnungspreise in Profit-Center-Organisationen, 2. Aufl., München 1997.
- Kriegel, J. (2005): Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus. Klinischer Mehraufwand für Forschung und Lehre, zugleich Dissertation Universität Bielefeld 2005, Wiesbaden 2005.
- Kühn, H./Simon, M. (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung, zugleich Abschlussbericht des Forschungsprojekts des Berliner Forschungsverbundes Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 2001.
- Küpper, H.-U. (2005): Controlling. Konzeption, Aufgaben, Instrumente, 4. Aufl., Stuttgart 2005.
- Küpper, G./Haimann, A./Schubert, G./Wilhelm, M. (2006): Eine Balanced Scorecard für den Klinischen Sozialdienst zur Prozess-Steuerung und Qualitätssicherung, in: *KH*, Nr. 2, 98. Jahrgang, Februar 2006, S. 129-132.
- Kuntz, L./Heil, J. (2005): Wie werden Investitionsentscheidungen in deutschen Krankenhäusern gefällt? Ergebnisse einer Umfrage, in: *KH*, Nr. 12, 97. Jahrgang, Dezember 2005, S. 1089-1092.
- Kuntz, L./Vera, A. (2005a): Auswirkungen der Einführung von interner Leistungsverrechnung auf die Effizienz im Krankenhaus, in: *zfbf*, Nr. 11, 57. Jahrgang, November 2005, S. 595-616.

- Kuntz, L./Vera, A. (2005b): Transfer Pricing in Hospitals and Efficiency of Physicians, in: *HCMR*, Nr. 3, 30. Jahrgang, Juli-September 2005, S. 262-269.
- Kuntz, L./Schmitz, H./Schuster, M. (2005): Auch Kliniken müssen die richtigen Anreize schaffen. Warum die anteiligen DRG-Gewichte zur Leistungsverrechnung nur eingeschränkt taugen, in: *f&w*, Nr. 3, 22. Jahrgang, Mai/Juni 2005, S. 276-280.
- Lamnek, S. (1995a): Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie, 3. Aufl., Weinheim 1995.
- Lamnek, S. (1995b): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken, 3. Aufl., Weinheim 1995.
- Lamnek, S. (2001): Befragung, in: Einführung in die Forschungsmethodik und Forschungspraxis, hrsg. v. T. Hug, S. 282-302, Hohengehren 2001.
- Landauer, B./Schleppers, A. (2002): Zum neuen Jahr. Die Bedeutung der Anästhesie innerhalb des German Refined DRG-Systems, in: *A&I*, Nr. 1, 43. Jahrgang, Januar 2002, S. 5-7.
- Lauterbach, K./Lüngen, M. (2000): DRGs: Kurswechsel im Krankenhaus: Aufbruch in eine neue Vergütungs-Welt, in: *GuG*, Nr. 3, 11. Jahrgang, November 2000, S. 36-40.
- Lehmann, Patrick (2002): Interne Märkte. Unternehmenssteuerung zwischen Abwanderung und Widerspruch, Wiesbaden 2002.
- Lengsfeld, S. (2005): Verrechnungspreise und Organisationsstrukturen in multinationalen Unternehmen – Zum Erkenntnisstand formaltheoretischer Analysen, in: *BFuP*, Nr. 2, 57. Jahrgang, März/April 2005, S. 137-155.
- Luft, J. L./Libby, R. (1997): Profit comparisons, market prices and managers' judgments about negotiated transfer prices, in: *AR*, Nr. 2, 72. Jahrgang, Februar 1997, S. 217-229.
- Luck, J./Peabody, J. W. (2000): Improving the Public Sector: Can Reengineering Identify How to Boost Efficiency and Effectiveness at a VA Medical Center?, in: *HCMR*, Nr. 2, 25. Jahrgang, Spring 2000, S. 34-44.
- Ma, C.-T. (1994): Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives, in: *JE & MS*, Nr. 1, 3. Jahrgang, Spring 1994, S. 93-112.

- Mages, A. (1997): Wirkungen von Krankenhausbudgets im stationären Sektor, in: *ZögU*, Nr. 2, 20. Jahrgang, S. 226-237.
- Maltry, H./Strahlau-Schwoll, H. (1997): Kostenrechnung und Kostenmanagement im Krankenhaus, in: *Kostenmanagement. Aktuelle Konzepte und Anwendungen*, hrsg. v. C.-C. Freidank, U. Götze, B. Huch und J. Weber, Heidelberg u.a. 1997, S. 535-564.
- Martin, J./Buer, H./Bienengräber, H. (2003): DRG-konforme Dokumentation der Intensivmedizin, in: *A&I*, Nr. 4, 44. Jahrgang, April 2003, S. 305-308.
- Mayer, A. G. (2006): Marketing deutscher Krankenhäuser. Wie Kliniken ihre Wettbewerbschancen nutzen – ein 10-Jahres-Vergleich 1995/2005, in: *ku spezial*, Nr. 32, 01/2006.
- Meyer, A. (2001): Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit/Entwicklung von Strategien, in: *Handbuch der Krankenhaus-Praxis. Unternehmensstrategien für Praktiker*, hrsg. v. D. Bühr, K. Hekking, D. Krauskopf und J. R. Lang, Stuttgart 2001, S. 52-85.
- McNulty, T./Ferlie, E. (2004): Process Transformation: Limitation to Radical Organizational Change within Public Service Organizations, in: *OS*, Nr.8, 25. Jahrgang, Oktober 2004, S. 1389-1412.
- Meuser, M./Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: *Das Experteninterview*, hrsg. v. A. Bogner, B. Littig und W. Menz, S. 71-93, 2. Aufl., Wiesbaden 2005.
- Möller, W./Borges, P./Schmitz, H. (2002): DRG-Kalkulation und Kostenträgerrechnung. Tipps zur praktischen Umsetzung einer Kostenträgerrechnung, in: *f&w*, Nr. 3, 19. Jahrgang, Mai/Juni 2002, S. 240-245.
- Montgomery, F.-U. (1996): Die Rolle der Ärzte nach dem GSG, in: *Krankenhausmanagement*, Reihe: Schriften zur Unternehmensführung, Bd. 59, hrsg. v. D. Adam, Wiesbaden 1996, S. 49-58.
- Multerer, C./Friedl, G./Serttas, M. (2006): Gestaltung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus: Anforderungen, Probleme und Lösungsansätze im Kontext der DRGs, in: *BFuP*, Nr. 6, 58. Jahrgang, November/Dezember 2006, S. 600-617.
- Naegler, H. (2005): Strategisches Kostenmanagement unter DRG-Bedingungen. Beitrag zur internen Budgetierung, in: *KH*, Nr. 9, 97. Jahrgang, September 2005, S. 765-769.

- Neubauer, G. (2003): Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen, in: *KR 2002*, Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, hrsg. v. Michael Arnold, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt, Stuttgart 2003, S. 71-92.
- Neubauer, G. (2004): Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen, in: *KR 2003*, Schwerpunkt: DRGs im Jahre 1, hrsg. v. J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt, Stuttgart 2004, S. 101-119.
- Neubauer, G. (2007): Das Ende der Konvergenzphase. Anfang einer ordnungspolitischen Neuausrichtung?, in: *ku Special Controlling*, März 2007, S. 10-13.
- Neubauer, G./Zelle B. (1995): Elemente eines rationalen Krankenhausvergütungssystems, in: *Österreichische Krankenhauszeitung*, Nr. 6, 14. Jahrgang, Juni 1995, S. 33-36.
- Newhouse, J. P. (1983): Two Prospective Difficulties with Prospective Payment of Hospitals, Or, it's better to be a Resident than a Patient with a complex Problem, in: *JHE*, Nr.2, 3. Jahrgang, Amsterdam, Dezember 1983, S. 269-274.
- Niesner, H./Friedl, G./Demirezen, M. (2008): Verbreitung und Nutzung der Balanced Scorecard in deutschen Krankenhäusern, erscheint voraussichtlich in: *BFuP*, Nr. 4, 60. Jahrgang, Juli/August 2008, S. 363-386.
- Niesner, H. (2008): Stand und Erfolgswirkung der Kostenrechnung in deutschen Krankenhäusern, Arbeitspapier, Mainz 2008.
- Ostertag, A. (2002): Medizinischer und wirtschaftlicher Erfolg im Krankenhausbetrieb durch Profit Center-Management. Zwischen Bindung und Autonomie: Möglichkeiten und Grenzen eines spezifischen Profit Center-Konzeptes für Krankenhausbetriebe, zugleich Dissertation Technische Universität Berlin 2002, Berlin 2002.
- Oswald, J. S. (2003): Kostenkalkulation für Leistungen im Krankenhaus. Dargestellt am Beispiel der Behandlung chronischer Wunden (Ulcus cruris und Ulcus decubitus), in: *Europäische Hochschulschriften, Reihe V: Volks- und Betriebswirtschaft*, Bd. 2959, hrsg. v. P. Lang, Frankfurt am Main et al. 2003.
- Ott, R. (2003): Grenzen und Lösungsansätze einer Kostenzuordnung auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Universitätsklinika, zugleich Dissertation Universität München, München 2003.

- Ott, R. (2005): Prozesskostenrechnung als wesentlicher Bestandteil einer Kostenzuordnung auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Universitätsklinika, in: Prozessorientiertes Krankenhaus. Lösungen für eine Positionierung im Wettbewerb, hrsg. v. G. E. Braun, J. Güssow und R. Ott, Stuttgart 2005, S. 79-87.
- Paffrath, D. (2001): Wie können wettbewerbliche Anreize bei der DRG-Weiterentwicklung implementiert werden?, in: *KR 2000*, Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs, hrsg. v. M. Arnold, M. Litsch und H. Schellschmidt, Stuttgart 2001, S. 267-284.
- Pantenburg, S. (2000): Unternehmensmanagement aus institutioneller Sicht, hrsg. v. S. Eichhorn, H.-J. Seelos und J.-M. Graf von der Schulenberg, München, Jena 2000, S. 104-125.
- Pearson, S. D./Kleefield, S. F./Soukop, J. R./Cook, E. F./Lee, T. H. (2001): Critical pathways intervention to reduce length of hospital stay, in: *AJM*, Nr. 3, 110. Jahrgang, Februar 2001, S. 224-225.
- Pelster, U./Thölking, P. (2004): Servicegesellschaften und Outsourcing. Ein geeignetes Duo, um Erlös- und Sparziele im Krankenhaus in Einklang zu bringen, in: *f&w*, Nr. 2, 21. Jahrgang, März/April 2004, S. 158-160.
- Pfaff, D./Pfeiffer, T. (2004): Verrechnungspreise und ihre formaltheoretische Analyse: Zum State of the Art, in: *DBW*, Nr. 3, 64. Jahrgang, S. 296-319.
- Pfaff, D./Stefani, U. (2006): Verrechnungspreise in der Unternehmenspraxis, in: *Controlling*, Nr. 10, 18. Jahrgang, S. 517-524.
- Pfeiffer, T. (2002): Kostenbasierte oder verhandlungsorientierte Verrechnungspreise? Weiterführende Überlegungen zur Leistungsfähigkeit der Verfahren, in: *ZfB*, Nr. 12, 72. Jahrgang, Dezember 2002, S. 1269-296.
- Pfeuffer, B./Frieling, M./Lahuis, G. J./Koch, B. (2005): Controlling im Krankenhaus – ein Praxisbericht aus dem Stiftungsklinikum Mittelrhein, in: *ZfCM*, Sonderheft 1, 49. Jahrgang, S. 28-36.
- Pföhler, W./Dänzer, A. (2005): Das Mannheimer Modell: Eine Option zur wirtschaftlichen Führung eines Universitätsklinikums, in: *f&w*, Nr. 2, 22. Jahrgang, März/April 2005, S. 126-129.

- Philippi, M. (1989): Interne Budgetierung im Krankenhaus – ein geeignetes Instrument zur Überwindung von Zielkonflikten?, in: *BFuP*, Nr. 6, 41. Jahrgang, November/Dezember 1989, S. 533-544.
- Pitschas, R. (2003): Stationäre Gesundheitsversorgung im Wandel – eine Einführung, in: Reform der stationären Krankenversorgung im Spiegel integrierter Versorgungsformen und diagnosebezogener Fallpauschalen, Beiträge zur Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland, hrsg. v. R. Pitschas, Speyer 2003, S. 5-7.
- Poensgen, O.H. (1967): Zentralisation und Dezentralisation im Lichte dreier moderner Entwicklungen, in: *ZfB*, 37. Jahrgang, S. 373-394.
- Polei, Günther (2003): Abteilungsbudgets unter DRG-Bedingungen. Möglichkeiten der Ausgestaltung einer Kostenstellenrechnung, in: *KH*, Nr. 12, 95. Jahrgang, Dezember 2003, S. 1007-1011.
- Pongs, K./Jüttner, C./Baierlein, J./Bauer, H. (2007): Die alte Abteilungsstruktur taugt nicht für die Zukunft. Zentrenbildung ist die Basis der Leistungsprofilierung und Qualitätssicherung, in: *f&w*, Nr. 3, 24. Jahrgang, Mai/Juni 2007, S. 278-282.
- Preißler, R./Schemann, M. (2000): Outsourcing medizinischer Leistungsbereiche. Checkliste zur Klärung rechtlicher und wirtschaftlicher Entscheidungsgrundlagen, in: *f&w*, Nr. 2, 17. Jahrgang, März/April 2000, S. 168-170.
- PriceWaterhouseCoopers (2000): Konturen: Gesundheit 2010. Die Zukunft des Gesundheitswesens, Frankfurt am Main 2000.
- Raetzell, M./Reißmann, H./Steinfath, M./Schuster, M./Schmidt, C./Scholz, J./Bauer, M. (2004): Implementierung einer internen Leistungsverrechnung über Anästhesie Minuten, in: *Der Anästhesist*, Nr. 12, 53. Jahrgang, Dezember 2004, S. 1219-1230.
- Reichertz, R. (1999): Verrechnungspreise zur Koordination und Steuerung von Entscheidungen: eine organisations- und agencytheoretische Betrachtung, zugleich Dissertation Universität Passau 1999, Hamburg 1999.
- Reißmann, H./Bauer, M./Geldner, G./Kuntz, L./Schulte am Esch, J./Bach, A. (2003): Leistungs- und Kostendaten in der Anästhesiologie, in: *A&I*, Nr. 2, 44. Jahrgang, Februar 2003, S. 124-130.

- Robra, B.-P./Deh, U./Swart, E./Felder, S./Dralle, R. (2004): Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs, in: *KR* 2003, Schwerpunkt: DRGs im Jahre 1, hrsg. v. Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt, Stuttgart 2004, S. 137-147.
- Rochell, B./Roeder, N. (2000): Vergleichende Betrachtung und Auswahl eines Patientenklassifikationssystems auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (I), in: *KH*, Nr. 4, 92. Jahrgang, April 2000, S. 261-268.
- Roeder, N./Nowy, R./Achner, S. (2000): Australische DRGs in der Diskussion – Tagungsbericht von der 12. Casemix-Konferenz in Cairns, in: *KH*, Nr. 10, 92. Jahrgang, Oktober 2000, S. 779-782.
- Roeder, N./Fiori, W./Loskamp, N./Bunzemeier, H./Juhra, C./Hensen, P./Rochell, B. (2003): Strategische Kodierung – Schlüssel zum Erfolg?, in: *KH*, Nr. 10, 95. Jahrgang, Oktober 2003, S. 780-788.
- Roeder, N./Hensen, P./Fiori, W./Bunzemeier, H./Loskamp, N. (2004a): DRGs, Wettbewerb und Strategie, in: *KH*, Nr. 9, 94. Jahrgang, September 2004, S. 703-711.
- Roeder, N./Hensen, P./Fiori, W./Loskamp, N./Irsps, S./Bunzemeier, H./Franz, D./Fürstenberg, T./Siess, M. (2004b): Arzt oder „Koder“ – wer kodiert Diagnosen und Prozeduren im Krankenhaus?, in: *KH*, Nr. 10, 96. Jahrgang, Oktober 2004, S. 802-810.
- Röming, S./Kazmierczak, K. (2004): Controller brauchen moderne Instrumente. Im Herzzentrum Dresden wurde „ControllingCockpit DRG“ entwickelt, in: *ku Special Controlling*, Mai 2004, S. 24-27.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2004.
- Roth, G. (2003): IuK-gestützte Prozesskostenrechnung für Netzwerke von Krankenhäusern, in: *Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft*, Bd. 189, hrsg. v. P. Eichhorn und P. Friedrich, Mannheim 2003.
- Rotter, T./Kugler, J./Koch, R./Gothe, H. (2006): Behandlungspfade senken Verweildauer und Kosten. Zwischenergebnisse einer weltweiten Metastudie weisen positive Effekte nach, in: *f&w*, Nr. 6, 23. Jahrgang, November/Dezember 2006, S. 656-659.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Sachstandsbericht 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden 1994.
- Scherz, E. (1998): Verrechnungspreise für unternehmensinterne Dienstleistungen, zugleich Dissertation Universität München, Wiesbaden 1998.
- Schiller, U. (1999): Information management and transfer pricing, in: *EA*, Nr. 4, 8. Jahrgang, Dezember 1999, S. 655-673.
- Schirmer, H. (2006): Krankenhaus Controlling, Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager, Krankenhauscontroller und alle mit Controlling befassten Führungs- und Fachkräfte in der Gesundheitswirtschaft, 3. Aufl., Renningen 2006.
- Schleppers, A./Bauer, M./Pollwein, B./Noll, B./Van Ackern, K. (2003): Der „richtige“ Anteil der DRG-Erlöse für die Anästhesieabteilung, The „right“ distribution of DRG-system proceeds in departments of anaesthesia, in: *A&I*, Nr. 11, 44. Jahrgang, November 2003, S. 803-807.
- Schlüchtermann, J./Sibbel, R. (2005): Betriebswirtschaftliche Basis der Prozessmanagements und der Prozesskostenrechnung – Definition und Darstellung, in: *Prozessorientiertes Krankenhaus. Lösungen für eine Positionierung im Wettbewerb*, hrsg. v. G. E. Braun, J. Güssow und R. Ott, Stuttgart 2005, S. 28-41
- Schmalenbach, E. (1909): Über Verrechnungspreise: Rede am Geburtstag des Deutschen Kaisers und Königs von Preußen am 27. Januar 1909 in der Halle der Handelshochschule zu Köln, in: *ZfhF*, 3. Jahrgang, S. 165-185.
- Schmelzer, A./Klask, J. (1996): Welche Kosten verursacht der Arzt bei den Fallpauschalen?, in: *f&w*, Nr. 2, 13. Jahrgang, März/April 1996, S. 185-186.
- Schmidt-Rettig, B. (1999): Profitcenter-Organisation und Prozeßorganisation – Konflikt oder Konsens?, in: *Profitcenter und Prozessorientierung*, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Stuttgart, Berlin und Köln 1999, S. 207-216.
- Schmidt, C./Bauer, M. (2006): Der Krankenhausmarkt im Wandel, in: *OP-Management: praktisch und effizient*, hrsg. v. I. Welk und M. Bauer, Heidelberg 2006, S. 3-14.

- Schölkopf, M./Stapf-Finé, H. (2003): Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung: Daten, Trends und Schlussfolgerungen für die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland, in: *KH*, Nr. 2, 95. Jahrgang, Februar 2003, S. 111-120.
- Schultze, W./Weiler, A. (2007): Gestaltung von Verrechnungspreisen unter Beachtung von Anreiz- und Steuerungseffekten, in: *ZfCM*, Nr. 2, 51. Jahrgang, März/April 2007, S. 102-108.
- Schuster, M./Standl, T./Reißmann, H./Abel, K./Kuntz, L./Schulte am Esch, J. (2005): Chancen und Risiken einer internen Leistungsverrechnung von Narkoseleistungen für die Klinik der Anästhesiologie, in: *A&I*, Nr. 5, 46. Jahrgang, Mai 2005, S. 189-196.
- Schwartz, A. (1997): Informations- und Anreizprobleme im Krankenhaussektor: Eine institutionenökonomische Analyse, Wiesbaden 1997.
- Schweitzer, M./Küpper, H.-U. (2003): Systeme der Kosten- und Erlösrechnung, 8. Aufl., München 2003.
- Sell, S. (2000): Einführung eines durchgängig (fall)pauschalisierenden Vergütungssystems für Krankenhausleistungen auf DRG-Basis: Eine Literaturübersicht, in: *SF*, Nr. 5, 49. Jahrgang, Mai 2000, S. 102-115.
- Sevecke, G. (2004): Das Ende der Internen Budgetierung? Denkanstöße hin zu Beyond Budgeting und Better Budgeting, in: *f&w*, Nr. 6, 21. Jahrgang, November/Dezember 2004, S. 612-613.
- Siemering, W./Backens, S. (1999): Costcenter-Organisation der Speisenversorgung – Konzeption, spezifische Fragestellungen und Umsetzungsaspekte, in: Profitcenter und Prozessorientierung, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Stuttgart, Berlin und Köln 1999, S. 80-94.
- Simon, M. (1996): Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme und Belegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern – Eine Analyse des Jahres 1993, in: *ZfG*, Nr. 1, 4. Jahrgang, Februar 1996, S. 20-40.
- Simon, M. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsys-

- tem, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin, Juli 1997.
- Simon, M. (2000): Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin, April 2000.
- Simon, M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P01-205, Berlin 2001.
- Soderstrom, N./Eldenburger, L./Ernst, C. (2006): Investigating Accounting Issues and Incentives in a DRG-setting, in: *BFuP*, Nr. 6, 58. Jahrgang, November-Dezember 2006, S. 618-635.
- Staubach, S. (2005): Effektiver Einsatz interner Verrechnungspreise. Eine Untersuchung aus organisationstheoretischer Sicht, in: *Schriften zu Organisation und Information*, Bd. 5, hrsg. v. H. Lindstädt, München, Mering 2005.
- Staudacher, J./Moerer, O./Buchardi, H. (2002): Intensivmedizin unter DRG-Bedingungen. Ein finanzielles Risiko für die Krankenhäuser?, in: *KH*, Nr. 1, 94. Jahrgang, Januar 2002, S. 34-38..
- Steiner, P./Mörsch, M. (2005): Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, in: *KH*, Nr. 16, 97. Jahrgang, Juni 2005, S. 473-477.
- Straub, Silvia (2002): Gesundheitsökonomie und Gesundheitssysteme. Das Krankenhaus verstehen, Stuttgart 2002.
- Strehlau-Schwoll, H. (1999a): Profitcenter-Organisation als Antwort auf abteilungsbezogene Budgetverantwortung, in: *Profitcenter und Prozessorientierung*, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Stuttgart, Berlin und Köln 1999, S. 34-42.
- Strehlau-Schwoll, H. (1999b): Bedeutung von internen Verrechnungspreisen in Profitcentern – Unterschiedliche Verfahren und ihre Wirkungsweisen, in: *Profitcenter und Prozess-*

- orientierung, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Stuttgart, Berlin und Köln 1999, S. 72-79.
- Streim, H. (1975): Profit Center-Konzeption und Budgetierung, in: *Die Unternehmung*, Nr. 1, 29. Jahrgang, Januar/Februar 1975, S. 23-42.
- Sywottek, C. (2006): Jetzt wird abgerechnet, in: *McK*, Nr. 19, 5. Jahrgang, Dezember 2006, S. 64-69.
- Thiex-Kreye, M. (1999): Verstärkung der Kundenorientierung durch eine Profitcenter-Organisation, in: Profitcenter und Prozessorientierung, hrsg. v. S. Eichhorn und B. Schmidt-Rettig, Stuttgart, Berlin und Köln 1999, S. 43-56.
- Thiex-Kreye, M./Von Collas, T./Blum, M./Nicolai, D. (2004): Ressourcen gerecht verteilen. Aufbau einer erlösorientierten Budgetierung als Vorstufe zum Profit-Center-System, in: *ku*, Nr. 10, 73. Jahrgang, Oktober 2004, S. 863-868.
- Tuschen, K.-H. (2001): BMG setzt Anreize für Einstieg 2003. Referentenentwurf eines DRG-Einführungsgesetzes, in: *f&w*, Nr. 4, 18. Jahrgang, Juli/August 2001, S. 334-340.
- Tuschen, K.-H./Quaas, M. (1998): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 4. Aufl., Stuttgart u.a. 1998.
- Tuschen, K.-H./Quaas, M. (2001): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 5. Aufl., Stuttgart u.a. 2001.
- Van den Boom, B. (2003): Fallkostenrechnung im Krankenhaus München-Schwabing, in: Qualität im DRG-Zeitalter. Ein Praxisbericht des Krankenhauses München-Schwabing, hrsg. v. I. Seyfarth-Metzger, Stuttgart 2003, S. 194-219.
- Vaysman, I. (1996): A Model of Cost-based Transfer Pricing, in: *RAS*, Nr. 1, 1. Jahrgang, März 1996, Boston, S. 73-108.
- Velthuis, J. L. (2004): Anreizkompatible Erfolgsbeteiligung und Erfolgsrechnung, zugleich Habilitation Frankfurt am Main 2003, Wiesbaden 2004.

- Vera, A./Foit, K. (2005): Modulare Krankenhausorganisation und Effizienz, in: *ZfB*, Nr. 4, 75. Jahrgang, April 2005, S. 357-382.
- Vera, A./Kuntz, L. (2007): Prozessorientierte Organisation und Effizienz im Krankenhaus, in: *zfbf*, Nr. 3. 59. Jahrgang, März 2007, S. 173-197.
- Vogd, W. (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure, Bern 2006.
- Von Eiff, W./Klemann, A. (2005): Unternehmensverbindungen - Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen, Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft, Krankenhaus-Management, Medizinrecht, Gesundheitsökonomie, Bd. 1, hrsg. v. W. von Eiff, Wegscheid 2005.
- Von Hülsen, W. (1996): Einsatzmöglichkeiten der Informationstechnologie zur Steigerung der Effizienz von Krankenhausprozessen, in: *ZögU*, Nr. 1, 19. Jahrgang, S. 70-78.
- Wagenhofer, A. (1992): Verrechnungspreise zur Koordination bei Informationsasymmetrie, in: *Controlling – Grundlagen, Informationssysteme, Anwendungen*, hrsg. v. K. Spreemann und E. Zur, Wiesbaden 1992, S. 637-656.
- Wala, T. (2006): Verrechnungspreisproblematik in dezentralisierten Unternehmen, Arbeitspapier Nummer 24, Fachhochschule Wien 2006.
- Watson, D. J. H./Baumler, J. V. (1975): Transfer Pricing: A Behavioral Context, in: *AR*, Nr. 3, 50. Jahrgang, Juli 1975, S. 466-474.
- Weber, J./Schäffer, U. (2006): Einführung in das Controlling, 11. Aufl., Stuttgart 2006.
- Wirth, D. (2006): Logistikmanagement im Krankenhaus: Einkaufsgemeinschaften mit gemeinsamem Versorgungszentrum, Greifswald 2006.
- Wu, I.-L. (2002): A model for implementing BPR based on strategic perspectives: an empirical study, in: *I&M*, Nr. 4, 39. Jahrgang, Januar 2002, S. 313-323.
- Wütscher, J./Metzner, J./Andree, F./Wenz, S. (2007): Leitfaden für den Zusammenschluss und die strategische Zielplanung von Krankenhäusern, in: *KH*, Nr. 3, 99. Jahrgang, März 2007, S. 225-228.

- Young, D. W. (1998): Two-part transfer pricing improves IDS financial control – integrated delivery systems, in: *HCFM*, Nr. 8, 52. Jahrgang, August 1998, S. 56-65.
- Zapp, W./Funke, M./Schnieder, S. (2000): Aufbau einer Internen Budgetierung auf der Grundlage der Pflegeversicherung. Ergebnisse eines anwendungsorientierten Forschungsprojektes in der stationären Altenhilfe, Herne 2000.
- Zuck, R. (1997): Rechtsprobleme des Outsourcing des medizinischen Bereiches im Krankenhaus, in: *f&w*, Nr. 2, 14. Jahrgang, März/April 1997, S. 161-164.

## **Lebenslauf**

Christian Multerer wurde am 24. September 1979 in München geboren. Nach Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife 1999 und Ableistung des Zivildienstes 2000 studierte er Wirtschaftswissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität München. In dieser Zeit spezialisierte er sich auf die Themenfelder Finanzen und Controlling. In diesen konnte er zudem vielfältige praktische Erfahrungen sammeln, schwerpunktmäßig auch im Vertriebsbereich. Im Anschluss an seinen Diplom-Studienabschluss Ende 2004 war er zunächst im Konzerncontrolling eines großen deutschen Automobilherstellers tätig. Von 2005 an arbeitete er dann drei Jahre lang als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Controlling der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. In diesem Zeitraum war er auch als Dozent für Produktionswirtschaft an der Verwaltungs- und Wirtschafts-Akademie (VWA) Wiesbaden tätig. Lehraufenthalte führten ihn zudem an die Warsaw School of Economics (2006) und die Dongbei University of Finance and Economics (2007). Seit Fertigstellung der vorliegenden Ausarbeitung arbeitet er im Konzerncontrolling für einen weltweit führenden Softwarebetrieb.

Bei Wunsch nach Kontakt: [christian.multerer@gmx.de](mailto:christian.multerer@gmx.de).