



ERLÖSE

Zusätzliche Erlöse für die (teil-)stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Ein pragmatischer Ansatz der Nachweisführung zur zweckentsprechenden Mittelverwendung gem. § 4a KHEntgG

Von Moritz Esterházy und Johannes Janiszewski

Mit dem Ende 2022 verabschiedeten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) erhalten Krankenhäuser eine zusätzliche Vergütung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Gemäß den Regelungen des neu in das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) aufgenommenen § 4a müssen die Krankenhäuser das erhöhte Erlösvolumen sowie die abgerechneten Zuschläge für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen verwenden.

Die zweckentsprechende Verwendung der erhaltenen Mittel ist kostenrechnerisch nachzuweisen und vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen. Die Bestätigung ist vom Krankenhaus für die Budgetverhandlungen in dem auf das Anwendungsjahr folgenden Jahr vorzulegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

Nachweispflicht ohne konkrete Vorgaben

Geprüft werden soll eine vom Krankenhaus vorzulegende Dokumentation, „aus der hervorgeht oder für die das Krankenhaus glaubhaft dargelegt hat, inwieweit die Mittel zweckentsprechend verwendet wurden“ (§ 4a Abs. 3 KHEntgG).

Weitere konkrete Prüfkriterien werden weder im Gesetz noch von den anderen Vertragsparteien der Budgetvereinbarung als Adressaten des Nachweises benannt (Stand zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe).

Daher werden sich die Krankenhäuser individuell mit ihrem Abschlussprüfer über ein Verfahren zur Bestimmung der mit der Versorgung von Kindern und Jugendlichen entstandenen Kosten verständigen müssen.

Mit dem Ende 2022 verabschiedeten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) erhalten Krankenhäuser eine zusätzliche Vergütung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Gemäß den Regelungen des neu in das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) aufgenommenen § 4a müssen die Krankenhäuser das erhöhte Erlösvolumen sowie die abgerechneten Zuschläge für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen verwenden. Die zweckentsprechende Verwendung der erhaltenen Mittel ist kostenrechnerisch nachzuweisen und vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen. Der Beitrag erläutert, wie sich Kliniken dieser Herausforderung stellen.

Keywords: Finanzierung, Controlling, Strategie

Limitierte kostenrechnerische Voraussetzungen

Die Nachweisführung wird durch die begrenzten kostenrechnerischen Möglichkeiten vieler Krankenhäuser er- ▶

schwert. Insbesondere ist oft keine Kostenträgerrechnung etabliert, mit deren Hilfe die auf die hier relevante Fallgesamtheit entfallenden Kosten quasi „auf Knopfdruck“ darstellbar wären. Somit verbleiben die Daten der Kostenstellenrechnung als Basis der Nachweisführung.

In Krankenhäusern mit pädiatrischer Fachabteilung, zu der neben den Stationen oft auch Leistungsstellen für spezialisierte Diagnostik und Therapie gehören, lässt sich ein bedeutender Teil der Kosten für die Versorgung

se besondere Bedeutung zu, weshalb sich eine Orientierung an dem InEK-Kalkulationsschema – wenn auch in einer angepassten und vereinfachten Form – anbietet. In diesem Rahmen wäre das Vorgehen zur Kostenaufbereitung in sechs wesentlichen Schritten beschrieben:

Schritt 1: Die Ausgangsdaten strukturieren

Ausgangsbasis für die weiteren Berechnungen sind die Daten der für den Jahresabschluss verwendeten kosten-

von Dienstplänen oder Zeiterfassungssystemen dienen oder auch auf Befragungen beruhende Schätzungen.

Schritt 3: Die Kosten indirekter (patientenferner) Bereiche verrechnen

Für eine vollständige Kostendarstellung sind anteilig auch die Kosten der indirekten Bereiche eines Krankenhauses (z.B. Verwaltung, Betriebstechnik, Küche) einzubeziehen. Durch die Verwendung kostenbasierter Schlüssel, deren Vorteil vor allem in der unmittelbaren Verfügbarkeit für jede einzelne Kostenstelle liegt, lassen sich bei differenzierter Auswahl der Kostenschlüssel die zwischen den Kostenstellen bestehenden Beziehungen sachgerecht berücksichtigen.

Schritt 4: Kosten- und Erlös umfang inhaltlich in Übereinstimmung bringen

Für die Nachweisführung können nur diejenigen Kosten herangezogen werden, die für den im aG-DRG-System vergüteten Leistungsumfang entstanden sind. Die außerhalb dieses Vergütungsumfangs anfallenden Kosten sind zu identifizieren und aus den weiteren Berechnungsschritten auszugliedern. Wesentliche dabei zu beachtende Sachverhalte sind z.B. Kostenanteile für nicht stationäre Versorgung, die separat über das Pflegebudget vergüteten Personalkosten für den Pflegedienst sowie eine Reihe weiterer Sachverhalte, die in Abhängigkeit von den Gegebenheiten im jeweiligen Krankenhaus zu berücksichtigen sind.

Schritt 5: Die relevante Fallgesamtheit auswählen

Gemäß § 4a Abs. 1 KHEntgG bilden alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die

„Bei fehlender pädiatrischer Fachabteilung hingegen werden Kinder und Jugendliche in allen Leistungsbereichen gemeinsam mit den erwachsenen Patienten behandelt. Damit wird über alle Kostenstellen hinweg eine Kostenabgrenzung zwischen Kindern und Jugendlichen auf der einen und erwachsenen Patienten auf der anderen Seite anhand der erhaltenen Leistungen notwendig.“

von Kindern und Jugendlichen über eigene Kostenstellen abgrenzen. Dazu kommen allerdings noch weitere Leistungsbereiche, wie z.B. OP/Anästhesie, Radiologie und Labor, in denen die Kinder und Jugendlichen ebenfalls versorgt werden und wo entsprechende Kostenanteile zu identifizieren sind. Bei fehlender pädiatrischer Fachabteilung hingegen werden Kinder und Jugendliche in allen Leistungsbereichen gemeinsam mit den erwachsenen Patienten behandelt. Damit wird über alle Kostenstellen hinweg eine Kostenabgrenzung zwischen Kindern und Jugendlichen auf der einen und erwachsenen Patienten auf der anderen Seite anhand der erhaltenen Leistungen notwendig.

stellenbezogenen Summen- und Saldenliste (Kontenklassen 6 und 7 der KHBV). Durch eine Zuordnung der Konten und Kostenstellen des Krankenhauses in die standardisierte Struktur von Kostenstellen- und Kostenartengruppen der InEK-Kostenmatrix werden strukturelle Grundlagen geschaffen und ein handhabbares Maß an Komplexität für die weiteren Bearbeitungsschritte erreicht.

Schritt 2: Personalkosten den Einsatz-Kostenstellen zuordnen

Von besonderer Bedeutung ist eine den tatsächlichen Tätigkeitszeiten folgende Personalkostenzuordnung zu den einzelnen Kostenstellen. Dabei er-

„Für die Nachweisführung können nur diejenigen Kosten herangezogen werden, die für den im aG-DRG-System vergüteten Leistungsumfang entstanden sind. Die außerhalb dieses Vergütungsumfangs anfallenden Kosten sind zu identifizieren und aus den weiteren Berechnungsschritten auszugliedern.“

Pragmatischer kostenrechnerischer Ansatz

Unter den gegebenen Voraussetzungen ist daher für die Nachweisführung ein pragmatischer Ansatz zu finden. Dieser sollte auf der in allen Krankenhäusern eingerichteten Kosten- und Leistungsrechnung aufsetzen. Anstelle einer fallindividuellen Aufbereitung (wie bei einer Kostenträgerrechnung) erfolgt in jeder Kostenstelle eine summarische Ermittlung der auf die Kinder und Jugendlichen entfallenden Kosten, die im Ergebnis als Aggregat für die hier relevante Fallgesamtheit dargestellt werden. Dabei kommt einer nachvollziehbaren Vorgehenswei-

gibt sich in vielen Krankenhäusern die Notwendigkeit, die einer Kostenstelle gesammelt zugeordneten Kosten – häufig des Ärztlichen Dienstes – zeitanteilig auf die jeweiligen Einsatz-Kostenstellen der Mitarbeiter zu verteilen. Als Grundlage können Auswertungen

zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind, die maßgebliche Fallgesamtheit. Das bedeutet auch, dass ggf. nicht automatisch alle in einer pädiatrischen Fachabteilung versorgten Patienten zu den relevanten

Fällen zählen, da kranke Neugeborene sowie Jugendliche ab 16 Jahre nicht in die relevante Fallgesamtheit eingeschlossen sind. Die Altersgrenzen gelten unabhängig davon, ob die Versorgung in einer pädiatrischen oder in einer anderen Fachabteilung erfolgte.

Schritt 6: Kosten- und Leistungsinformationen zusammenführen

Nach Durchführung der beschriebenen Verrechnungsschritte können die den direkten (patientennahen) Kostenstellen zugeordneten Kosten mit den dort vorliegenden Leistungsinformationen zusammengeführt werden, um eine Abgrenzung zwischen den Kosten der Fallgesamtheiten „Kinder und Jugendliche“ sowie „übrige Patienten“ zu erreichen. Soweit verfügbar, sollte dies anhand von aufwandsgewichteten Leistungsgrößen erfolgen. Alternativ kommt auch die Anwendung von Sub-Kostengewichten in Frage, die aus den vom InEK für jede DRG-Fallpauschale veröffentlichten Kostenwerten der Kostenmatrix abgeleitet werden.

Ergebnis: Transparente Gegenüberstellung von Kosten und Erlösen

Kostenseitig führt das beschriebene Vorgehen im Ergebnis zur Unterscheidung von drei Kostenblöcken:

- Ausgegliederte Kosten, die nicht über Erlöse im aG-DRG-System vergütet werden
- Kosten für die (teil-)stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (in der Altersabgrenzung gem. § 4a Abs. 1 KHEntgG)
- Kosten für die (teil-)stationäre Versorgung der übrigen Patienten des Krankenhauses

Das in den Schritten 1 bis 6 beschriebene Vorgehen ermöglicht eine nachvollziehbare Darstellung der auf die Fallgesamtheit der (teil-)stationär versorgten Kinder und Jugendlichen entfallenden Kosten. Betrachtungsebene ist dabei die einzelne Kostenstelle und das dort ermittelte Kostenaggregat für die relevanten Fälle. Dabei dient der Datenstand der für den Jahresabschluss verwendeten Summen- und Saldenliste sowohl als Ausgangsbasis für die Schritte der Kostenaufbereitung als auch als Referenz für das erzielte Ergebnis. Der vom Gesetzgeber verlangten „glaubhaften Darlegung“ der zweckentsprechenden Mittelverwendung sollte so in ausreichendem Maße Genüge getan sein.

Technische Umsetzung

Die vorgegebene Nachweisführung erscheint ohne eine software-technische Unterstützung schwer umsetzbar. Ein im vorliegenden Kontext eingesetztes Instrument muss dabei einerseits ein transparentes und sachgerechtes Vorgehen ermöglichen und andererseits den Umfang der zu verarbeitenden Daten und die Komplexität der Berechnungsschritte auf das notwendige Maß beschränken. Auf dem Markt ist technische Unterstützung erhältlich, die als Vorstufe zu einer fallbezogenen Kostenträgerrechnung die zuvor beschriebenen Berechnungsschritte kostenseitig allein durch Verarbeitung der Daten einer importierten Summen- und Saldenliste umsetzt. Alle weiteren benötigten Informationen, wie z.B. anteilige Tätigkeitszeiten des Personals je Leistungsbereich, Informationen zu notwendigen Ausgliederungen sowie die auf Kinder und Jugendliche entfallenden Leistungsanteile werden vom Krankenhaus separat aufbereitet und in den Berechnungsprozess manuell eingespeist. Dadurch können die in vielen Subsystemen vorhandenen Auswertungsmöglichkeiten genutzt werden, ohne einen oft arbeitsaufwendigen Datenexport und anschließenden -import in die für die Berechnungen genutzte Software vornehmen zu müssen.

Bei der Ergebnisdarstellung eröffnet sich neben der Kostendarstellung auf der Gesamtebene auch die Möglichkeit der Betrachtung einer ergänzenden krankenhausindividuell definier-

ten Detailebene. Als Basis dient die im Schritt 1 beschriebene Strukturierung der Ausgangsdaten. So könnten z.B. die ausgegliederten Kosten differenziert nach dem zugrunde liegenden Sachverhalt dargestellt werden oder die auf die Kinder und Jugendlichen entfallenden Gesamtkosten anteilig nach den Kostenarten- und Kostenstellengruppen der InEK-Kostenmatrix ausgewiesen werden. ■

Moritz Esterházy
Sales Director

Johannes Janiszewski
Consultant Financial Analytics

LOGEX Healthcare Analytics AG
Aduchtstr. 7
50668 Köln

Wir verhandeln Ihr Klinikbudget

auf Augenhöhe mit den Krankenkassen



Wir sorgen bundesweit als kompetenter Partner
für Klarheit an der Verhandlungsfrent!

 **FUTURAMED**
KLINIKMANAGEMENT

Telefon (089) 41 11 26 - 0
www.futuramed-gmbh.de