

DRG und Kostenträgerrechnung

Stefan Mörgeli

Keller Unternehmensberatung AG

Tagung SVPL und PCS Schweiz

14. Juni 2005

Inselspital Bern



KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Keller Unternehmensberatung AG



Dr. Othmar Hausheer

Prozessmanagement
Controlling
Spitalfinanzierung



Stefan Mörgeli

Betriebswirtschaft
Informatik
Prozessmanagement



Olivier Lucy

Informatik
Organisation
Prozessmanagement



Heidi Werner

Führungsberatung
Organisationsentwicklung /
Coaching
Teamentwicklung



Werner Keller

Betriebswirtschaft
Informatik
Prozessmanagement



Xaver Vonlanthen

Informatik
Projektleitung

Agenda

- Beweggründe zur Einführung einer KTR
- Gesetzliche Grundlagen der Kostenträgerrechnung
- Systematik der Kostenrechnung
- Integration in Spitalinformatik
- Beispiele
 - Vergleich DRG 209, Analyse
 - Portfolio

Beweggründe zur Einführung der KTR

- Gesetzliche Vorschriften (KVG, VKL)
- Finanzierung
- Projekt REKOLE®
- Betriebliches Umfeld
- Nachkalkulation

4 14.06.2005

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Gesetzliche Vorschriften (KVG, VKL): Verlangen zwingend die Einführung einer Kostenträgerrechnung

Finanzierung: Gewährung eines höheren Deckungsgrades durch die Krankenversicherer (Erhöhung von 46% auf 48%)

Projekt REKOLE: Rahmenbedingungen für ein gesamtschweizerisch einheitliches betriebliches Rechnungswesen

Betriebliches Umfeld: Schaffung einer zusätzlichen internen Steuerungsmöglichkeit der Finanzen und Leistungen über Erlösermittlung und Ausweis der Gesamtkosten je Patient (administrativer Fall) bzw. Fallgruppen. Als Fallgruppe gilt auch der DRG

Nachkalkulation: Bei Finanzierung über DRG müssen die Fallgruppen und die Baserate nachkalkuliert werden.

Gesetzliche Grundlagen

- Bundesgesetz vom 18.3.1994 über die Krankenversicherung (KVG)
 - Art. 49, Abs. 6
Kosten, Leistungen nach **einheitlicher Methode**
- Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch die Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), 3.7.2002
 - Elemente der Kostenrechnung
 - Einsichtnahme

5 14.06.2005

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Bundesgesetz vom 18.3.1994 über die Krankenversicherung (KVG)

Art. 49, Abs. 6

Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach **einheitlicher Methode**; sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen.

Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch die Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), 3.7.2002

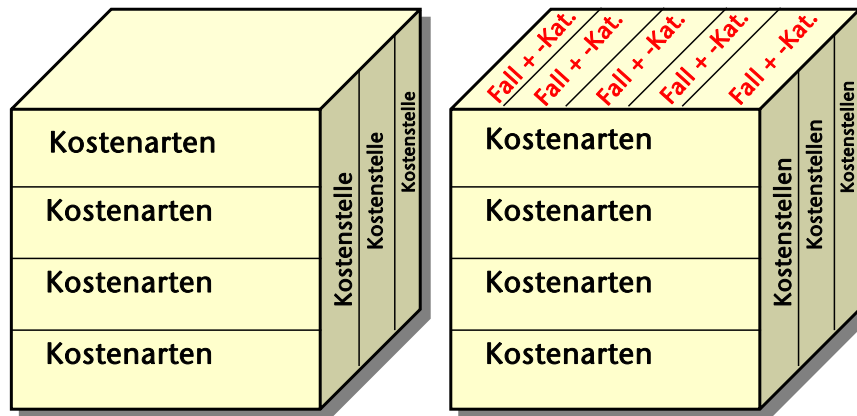
Elemente der Kostenrechnung

Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger, Leistungserfassung

Einsichtnahme

Spitäler und Pflegeheime sind verpflichtet, die Unterlagen eines Jahres ab dem 1. Mai des Folgejahres zur Einsichtnahme bereit zu halten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Genehmigungsbehörden, die fachlich zuständigen Stellen des Bundes sowie die Tarifpartner.

Kostenrechnung (Kostenwürfel)



Kostenstellenrechnung

Kostenträgerrechnung

Kosten: welche sind wo

wofür

entstanden

6

14.06.2005

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Der Kostenwürfel

Die Kostenrechnung besteht aus drei Dimensionen

Kostenartenrechnung

Die Kostenartenrechnung zeigt, welche Kosten, gegliedert nach Arten entstanden sind. Die Kostenarten werden gruppiert zu z.B.

Personalkosten, Sachkosten, Investitionen etc.

Kostenstellenrechnung

Die Kostenstellenrechnung zeigt, wo die Kosten entstanden sind. Eine Kostenstelle ist ein klar abgrenzbarer Bereich eines Unternehmens, welcher in der Regel von einer verantwortlichen Person geleitet wird. In einem Spital unterscheidet man zwischen den **dienstleistenden** Kostenstellen und den **leistungserbringenden** Kostenstellen.

Die dienstleistende Kostenstelle erbringt in der Regel Leistungen, welche keine direkten Bezug zur Behandlung des Patienten haben (z.B. Personaldienst, Reinigung, Informatik etc.).

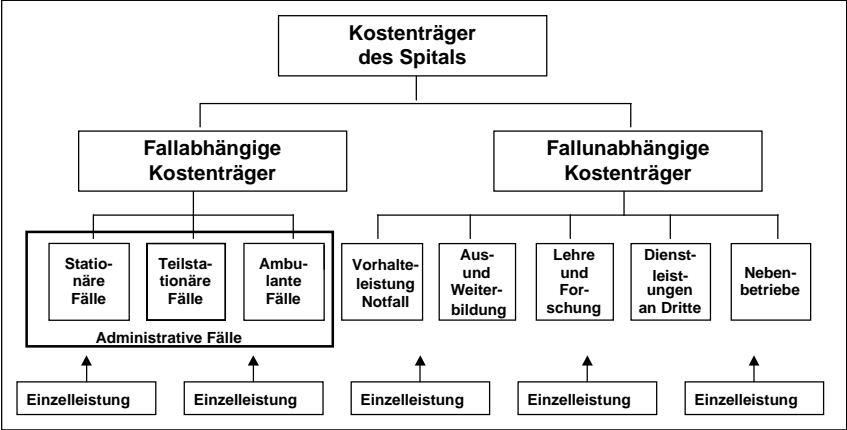
Die leistungserbringenden Kostenstellen haben einen direkten Bezug zur Behandlung des Patienten (z.B. Diagnostik, Therapien, Pflege, Ärzte)

Kostenträgerrechnung

Die Kostenträgerrechnung schlussendlich zeigt, wofür die Kosten entstanden sind. In der Industrie ist der Kostenträger das Produkt, im Spital wird der Patientenfall als Kostenträger definiert.

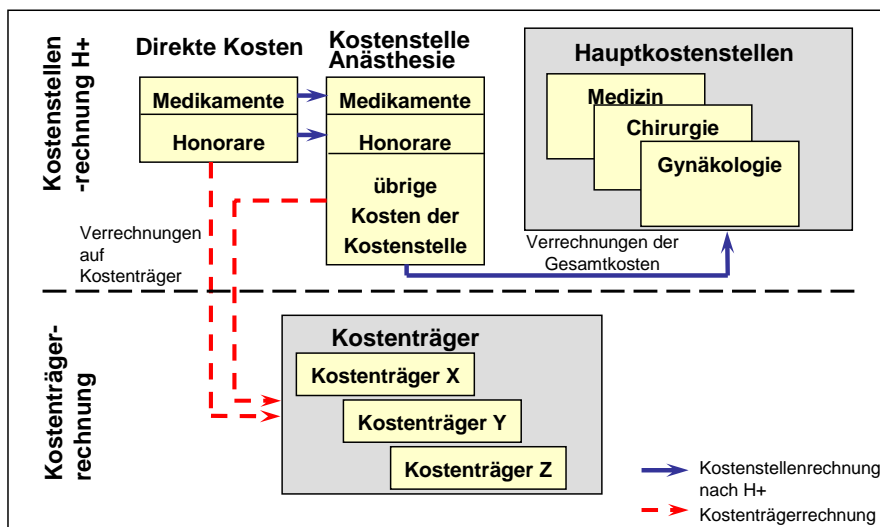
Kostenträgerhierarchie

- Definition Kostenträger



Quelle: Standards der Kostenträgerrechnung, GD Zürich, Seite 17

Differenzierte Kostenverrechnung



Quelle: Projekt LORAS, Kanton Zürich

8 14.06.2005

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Damit das Ergebnis in einer Spitalkostenrechnung den effektiven Kosten und Erlösen entspricht, ist es wichtig, die Kostenverrechnung der dienstleistenden und leistungserbringenden Kostenstellen differenziert weiterzuverrechnen.

Man unterscheidet zwischen **Einzelkosten** und **Gemeinkosten** (in der Grafik als „übrige Kosten der Kostenstelle“ bezeichnet).

Die Einzelkosten sind Kosten, welche direkt dem Patienten belastet werden können (Direktbuchung auf den Kostenträger). Es handelt sich z.B. um Medikamente, Implantate, Arzthonorare etc.

Als Gemeinkosten bezeichnet man Kosten, welche über die Kostenstellen auf den Kostenträger gebucht werden (z.B. Kostenstellenkosten werden dividiert durch die Leistungen, dies ergibt einen Kostensatz welcher dann wieder mit dem Bezug der Leistungen eines einzelnen Falles multipliziert wird).

	CHF
Kosten der Kostenstelle Anästhesie	1'000'000
Abzüglich Einzelkosten (Material, Medikamente)	- 200'000
übrige Kosten der Kostenstelle	800'000
Leistungen (TAMRED-TAXPUNKTE)	1'000'000
Kostensatz (Kosten / Leistungen) pro Taxpunkt	0.80
SICHT KOSTENTRÄGERRECHNUNG: Anteil Fall XY, 1'000 TXP à 0.80	800
SICHT KLINIKABRECHNUNG: Anteil Chirurgie, 850'000 TXP à 0.80	680'000

Beispiel

	CHF
Kosten der Kostenstelle Anästhesie	1'000'000
Abzüglich Einzelkosten (Material, Medikamente)	<u>-200'000</u>
übrige Kosten der Kostenstelle	800'000
Leistungen (TAMRED-TAXPUNKTE)	1'000'000
Kostensatz (Kosten / Leistungen) pro Taxpunkt	0.80
SICHT KOSTENTRÄGERRRECHNUNG:	
Anteil Fall XY, 1'000 TXP à 0.80	800
SICHT KLINIKABRECHNUNG:	
Anteil Chirurgie, 850'000 TXP à 0.80	680'000

Verrechnungsbasis = Leistungserfassung

⇒ Alle Modelle der Kostenträgerrechnung basieren letztendlich darauf, dass die erbrachten Leistungen in irgendeiner Form dem Kostenträger angerechnet werden.

Probleme in der Praxis:

- Mangelhafte Qualität der Leistungserfassung
 - nur verrechenbare Leistungen werden erfasst
 - Verursachergerechte Leistungen fehlen
- Fehlende Leistungserfassung
 - keine Daten über ärztliche Leistungen
 - Leistungserfassung Pflege nicht vorhanden (z.B LEP)

10 14.06.2005

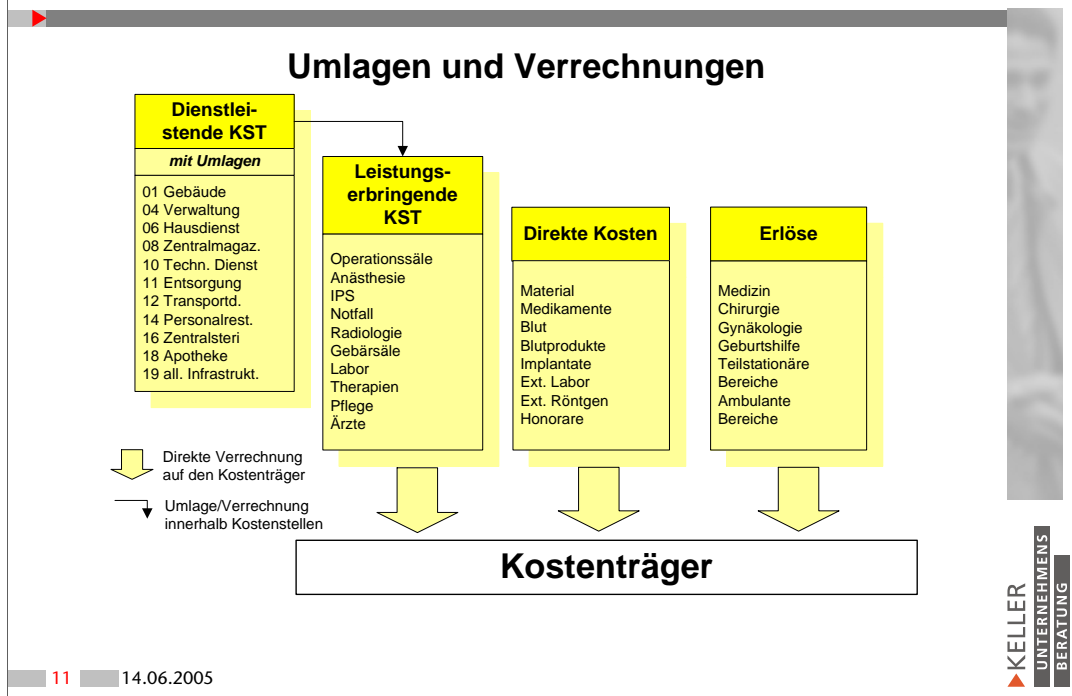
KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Eine gute Leistungserfassung ist die Grundlage für eine aussagekräftige Kostenträgerrechnung.

Die Leistungen müssen dort erfasst werden, wo sie erbracht werden. Dazu wird die Information benötigt, für wen (welchen Fall) sie erbracht wurden.

Als Grundsatz gilt: Die Leistungen werden immer dort erfasst, wo auch die Kosten verbucht wurden (siehe auch Kostenstellenrechnung)

Umlagen und Verrechnungen



Verrechnungsschema

Die Grafik zeigt nochmals schematisch, wie die Umlagen (Kostenverteilung der dienstleistenden Kostenstellen auf die leistungserbringenden Kostenstellen) und die Verrechnungen funktionieren

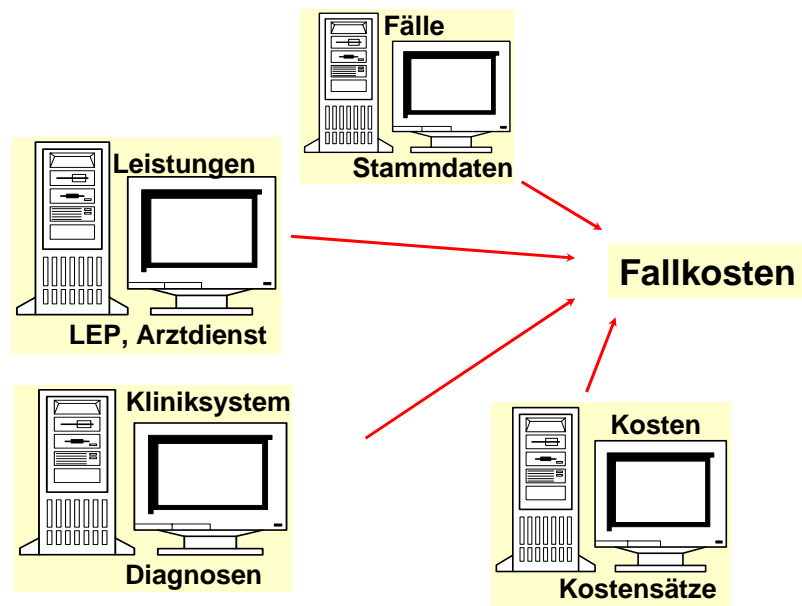
Beispiel:

Das Gebäude wird nach der Bezugsgröße (synonym = Umlageschlüssel) m² auf die leistungserbringenden Kostenstellen umgelegt in Abhängigkeit der beanspruchten Fläche.

Der Operationssaal wird nach der Bezugsgröße Schnitt-Naht-Zeit auf die Kostenträger verrechnet in Abhängigkeit der beanspruchten Zeit (IST-Zeit).

Die Pflege wird nach der Bezugsgröße LEP-Minuten auf die Kostenträger verrechnet in Abhängigkeit der beanspruchten Zeit (SOLL-Zeit nach LEP)

Integration in Informatik



12 14.06.2005

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Kostenträgerrechnungs-Projekte sind bezüglich der Integration der Informatiksysteme sehr anspruchsvoll. Des geht darum, aus verschiedenen Systemen die richtigen Daten auf dem Kostenträger zusammenzuführen.

Das **Administrativsystem** liefert in der Regel die Fall- und Patientendaten.

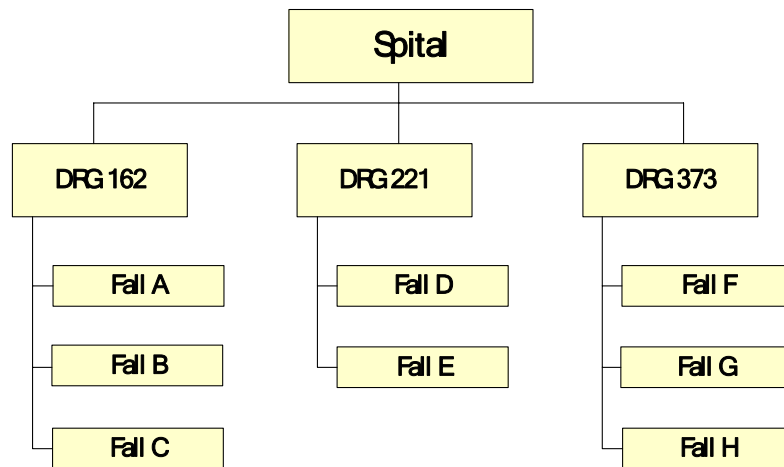
Das **Leistungserfassungssystem** liefert die Leistungen, welche nach den verschiedenen Nomenklaturen erfasst werden (TARMED, Therapie-Tarife etc.)

Das **LEP-System** liefert pro Fall, Tag und Abteilung die direkt für den Fall erbrachten LEP-Minuten

Das **Klinikinformationssystem** liefert medizinadministrative Daten wie Diagnosen, Prozeduren und den DRG.

Das **Buchhaltungssystem** liefert die die Kosten pro Kostenstelle.

Kostenträgerrechnung und DRG's



DRG 162: Inguinal- und Femoralhernieneingriffe, Alter > 17, ohne KK

CW 0.553

DRG 221: Eingriffe am Knie, mit KK

CW 1.383

DRG 373: Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnosen

CW 0.595

Im DRG-System werden die stationären Aufenthalte (Fälle) über ein Gruppierungsprogramm den einzelnen DRGs zugeordnet. Für jeden DRG ist ein Fallgewicht (Cost Weight) definiert.

Bei der Entschädigung nach DRG wird für das Fallgewicht 1 ein Preis vereinbart. Ein Fall im DRG 162 wird demnach mit diesem Preis x 0.553 (Fallgewicht im DRG 4.1) entschädigt.

DRG 209

Definition gemäss AP-DRG Version 4.1

MDC	Bez.	DRG-No	D	CW	ALOS	LTP	HTP1	HTP2
8	Krankheiten und Störungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes	209	Eingriffe an grossen Gelenken und Wiederannähen abgetrennter Gliedmassen an den unteren Extremitäten, ausgenommen bei Komplikationen	1.770	13.4	5	30	53

Hüftgelenk

Kniegelenk

14 14.06.2005

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

In der Folge sehen sie Beispielsauswertungen für den DRG 209. Für den DRG 209 gelten folgende Werte

Fallgewicht (CW)	1.770
ALOS (Durchschnittliche Soll-Aufenthaltsdauer)	13.4 Tage
LTP (Untere Grenzverweildauer, Low Trim Point)	5 Tage
HTP1 (Obere Grenzverweildauer 1, High Trim Point 1)	30 Tage
HTP2 (Obere Grenzverweildauer 2, High Trim Point 2)	53 Tage

DRG 209 – Vergleich zweier Spitäler

DRG 209, 2004	Spital 1	Spital 2	Abw.	in %
Anzahl Fälle	468	354	114	32.2%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer IST	12.3	10.52	1.78	16.9%
Arzt	3'161	2'417	744	30.8%
Pflege	3'070	2'633	438	16.6%
Mat, Medi, Impl.	6'283	5'727	556	9.7%
Hotellerie	916	1'395	-479	-34.3%
Med. Leistungen	2'807	4'702	-1'894	-40.3%
Engere Betriebskosten	16'237	16'873	-636	-3.8%

15 14.06.2005

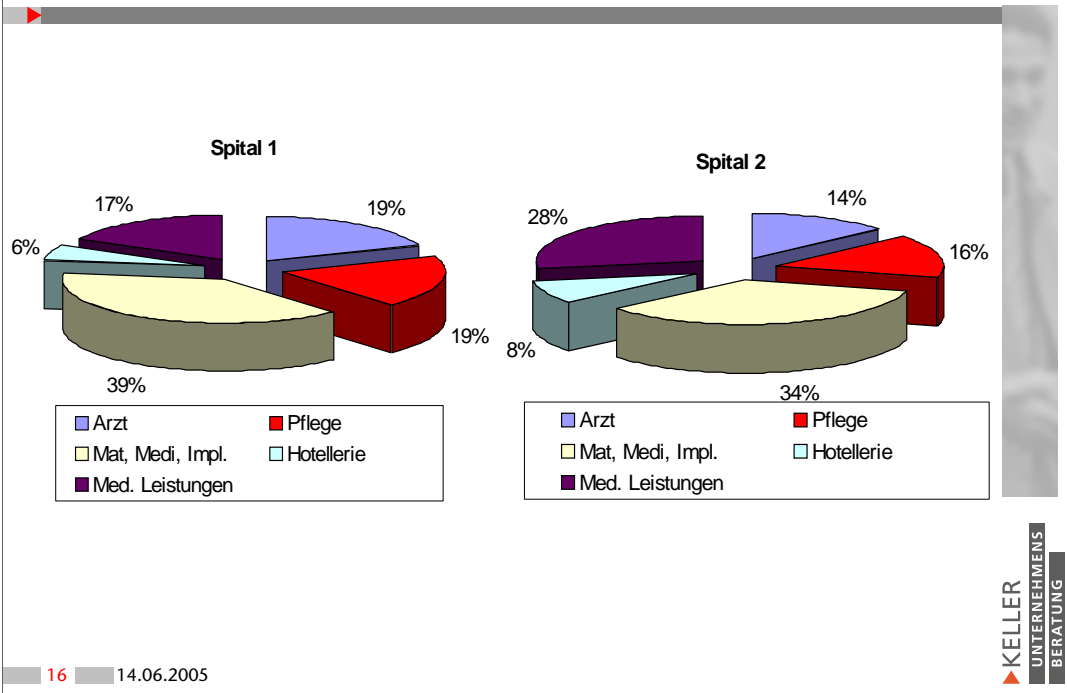
KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Die Zahlen basieren Echauswertungen von zwei Spitälern. Die Anzahl Fälle ist genügend gross, um repräsentativ zu sein.

Beide Häuser sind in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer unter dem ALOS-Wert des DRG (13.4 Tage).

Die einzelnen Werte werden in der Folge weiter analysiert. Natürlich haben wir hier nicht die Möglichkeit, die Abweichungen detailliert zu begründen. Wir können nur Vermutungen anstellen.

DRG 209, Kostenartenanteile



Diese Grafik zeigt die Aufteilung der Kostenarten-Anteile für den DRG 209.

DRG 209, Analyse Pflegekosten

DRG 209, 2004	Spital 1	Spital 2	Abw.	in %
Pflege	3'070	2'633	437	16.6%
Lep-Stunden pro Fall	43.37	32.03	11.33	35.4%
Lep-Stunden pro Tag	3.53	3.04	0.48	15.8%
Kostensatz pro Lep-Minute	1.18	1.37	-0.19	-13.9%
Anteil an den Gesamtkosten	19%	16%		

17 14.06.2005

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Für die tieferen Pflegekosten des Spitals 2 können vor allem zwei Faktoren identifiziert werden.

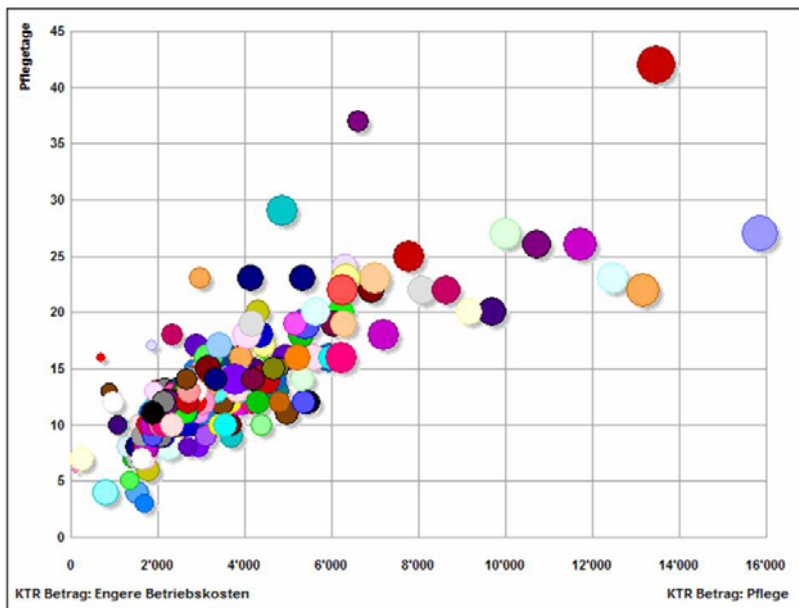
- Tiefere Aufenthaltsdauer (10.5 gegenüber 12.3 Tage)
- Weniger Betreuung (knapp 30 Minuten pro Tag)

Im Gegensatz dazu weist das Spital höhere Kosten pro Minute aus. Hier müsste die Analyse nun weitergehen:

- C-Wert ?
- Vergleich der LEP-Variablen?

etc.

DRG 209, Portfolio Spital 1



18 14.06.2005

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

Eine gutes Analyseinstrument ist das Portfolio, welches gewisse Software-Anbieter liefern. Damit können Ausreisser sofort erkannt und weiter analysiert werden.

Auf der X-Achse sind die Fallkosten für die Pflege angezeigt. Diese den in Bezug zur Aufenthaltsdauer (Pflegetage auf der Y-Achse) gesetzt. Die Grösse des Kreisdurchmessers zeigt hier die Gesamtkosten des Falles.

DRG 209, Weitere Vergleiche

DRG 209, 2004	Spital 1	Spital 2	Abw.	in %
Medikamente	408	352	55	15.7%
Blut	70	258	-189	-73.0%
Material	999	599	401	66.9%
Implantate	4'798	4'429	369	8.3%
Fremdleistung, Transporte	8	88	-80	-91.0%
	<u>6'283</u>	<u>5'727</u>	556	9.7%
Zimmer	301	432	-131	-30.3%
Verpflegung	479	637	-158	-24.8%
Pat.bezogene Verwaltung / Admin	136	326	-190	-58.3%
	<u>916</u>	<u>1'395</u>	-479	-34.3%
OPS	1'369	1'829	-460	-25.2%
Anästhesie	432	584	-152	-26.0%
IPS / Aufwachraum	290	541	-251	-46.4%
Radiologie	225	204	21	10.6%
Labor	146	290	-144	-49.7%
Physio	298	516	-218	-42.2%
Diagnostik und übrige Bereiche	47	738	-691	-93.6%
	<u>2'807</u>	<u>4'702</u>	-1'895	-40.3%

19 14.06.2005