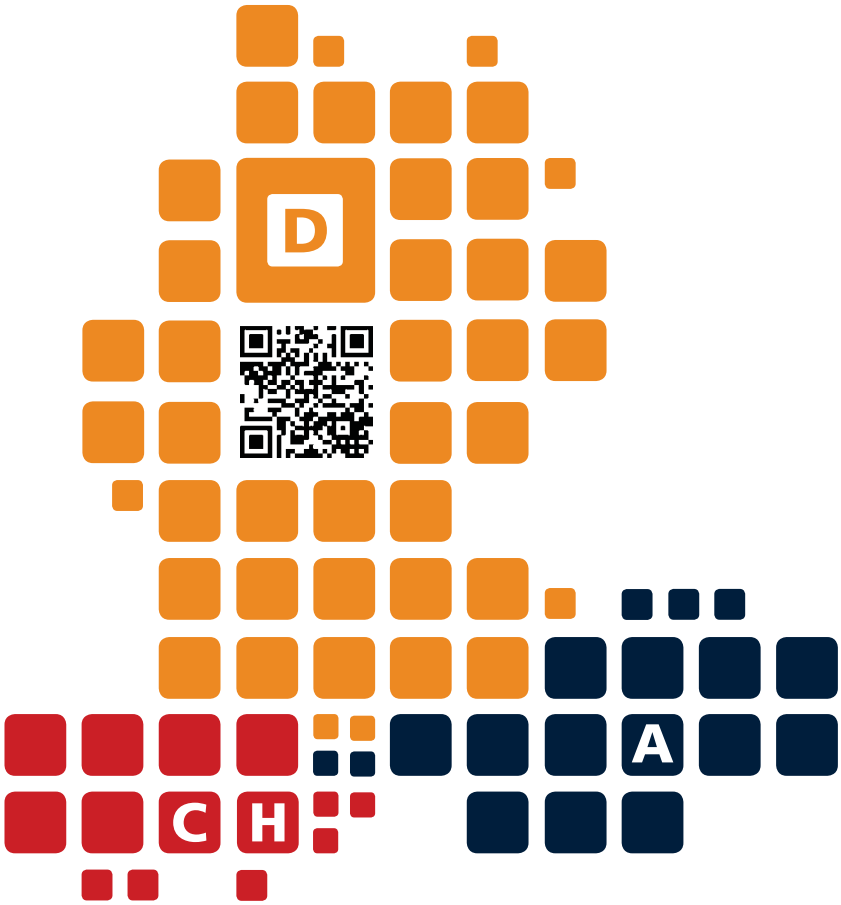
5. Jahrgang
November
2012
ISSN 1868-1093

Professional PROCESS

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen



Prozessorientierte Planung in den Gesundheitssystemen

SwissDRG – Anforderungen des Entgeltsystems

Gesundheitsreform zur Kostendämpfung

GIT VERLAG
www.gitverlag.com

Kostentransparenz ausgewählter Krankheitsbilder mit Hilfe der Prozesskostenrechnung in der Schweiz

Die Durchführung einer Prozesskostenrechnung bietet neue Perspektiven in der Kalkulation und Betrachtung von Fallkosten, ohne dabei die klassische Kostenträgerrechnung ersetzen zu wollen. Einheitliche Rahmenbedingungen in der Kosten- und Erlösrechnung sorgen dabei für eine Minimierung des Kalkulationsaufwandes und garantieren gleichzeitig die Komparabilität identischer Swiss-DRGs unterschiedlicher Spitäler.

Andrea Rytz

Eine der unumstrittenen Grundvoraussetzungen für eine aussagekräftige Kostenrechnung ist ein systematisches Rechnungswesen, das für eine möglichst fehlerfreie und unmissverständliche Datenbasis sorgt. Die ungenaue Kalkulation von Kosten- und Leistungsdaten kann nicht nur das betriebliche Ergebnis verzerren, sondern auch zu nicht unerheblichen strategischen Fehlentscheidung führen.

Mit dem Regelwerk REKOLE® steht den Schweizer Spitälern ein Modell zur Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung zur Verfügung. Ähnlich wie die Krankenhausbuchführungsverordnung und die InEK Fallkostenkalkulation in Deutschland existiert somit eine einheitliche Grundlage, um sich den Herausforderungen der leistungsbezogenen Fallpauschalen des 2012 eingeführten Swiss-DRG-Systems stellen zu können. Zwar sind diese Kostenrechnungsmodelle keine Mindestvoraussetzung für die Prozesskostenrechnung, jedoch können Sie den damit verbundenen Aufwand reduzieren.

In einem Pilotprojekt mit der Hirslanden Klinik Belair in Schaffhausen wurde die Verwendbarkeit der vorhandenen Kostendaten für eine Prozesskostenrechnung in Zusammenarbeit mit dem IWiG untersucht und erfolgreich umgesetzt. Ein wesentlicher Bestandteil des Projektes bestand darin, die Kostendaten für die Prozesskostenrechnung aufzubereiten und dabei zu analysieren, welche Vereinfachungen eine Strukturierung der Kostendaten nach REKOLE®-Vorgaben mit sich bringen würde.

Ausgangspunkt des Projektes war die Modellierung eines klinischen Behandlungspfades zur Hüft-TEP mit der Web-Applikation ClipMed® PPM, mit welcher auch die anschließende Prozesskostenrechnung durchgeführt wurde. Im Pfad wurden alle für das Krankheitsbild relevanten Abläufe detailliert auf der Ebene der Teilprozesse abgebildet, erweitert um die Information der durchführenden Organisationseinheit und der Durchführungszeit, zum Beispiel Teilprozess: „Operativen Eingriff stationär vorbereiten" – Organisationseinheit: „Pflege Orthopädie" – Durchführungszeit: „12 Minuten". Somit enthielt der Pfad bereits alle Leistungsangaben für den ersten und größten Kostenblock, die Personalprozesskosten. Ergänzt wurden diese Angaben um die Auflistung der Sachmittel, die einen signifikanten Anteil der direkten Sachkosten ausmachen, das heißt die verabreichten Arzneimittel, der medizinische Bedarf des OP und die Implantate der Hüft-TEP. Diese Sachmittel wurden den im Pfad enthaltenen Teilprozessen direkt zugeordnet und lieferten so die verursachungsgerechte Kalkulationsbasis für den, zumindest im Fall der Hüft-TEP, zweitgrößten Kostenblock, die direkten Sachkosten. Die Kalkulation der übrigen Kostenblöcke ist ebenfalls basierend auf den Leistungsangaben im Pfad hinreichend möglich, allerdings sind dazu neben den reinen Kostendaten noch einige weitere Controllingdaten bereitzustellen.

Umfassend betrachtet lassen sich die für die Prozesskostenrechnung erforderlichen Controllingdaten in vier Bereiche untergliedern. Neben den Kostendaten selbst zählen dazu die Personaldaten, die Leistungsdaten und die Sachmitteldaten.

Als umfangreichster und im Grunde auch elementarster Teil enthalten die Kostendaten eine Auflistung aller gebuchten DRG-relevanten Aufwendungen unterteilt nach Kostenstellen und Kostenarten. Damit später im Zuge der späteren Kalkulation die Organisationseinheiten des Pfades eindeutig den Kostenstellen zugeordnet werden können, ist bereits an dieser Stelle ein gut strukturierter Kostenstellen- und Kostenartenrahmen (Kontenrahmen) hilfreich. Die deutsche Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) macht die Kosten- und Leistungsrechnung für deutsche Krankenhäuser die unter das Kranken-hausfinanzierungsgesetz fallen zur Pflicht und liefert genaue Vorgaben, beispielsweise in der Unterteilung der Kostenstellen in gemeinsame Kostenstellen, Versorgungseinrichtungen und medizinische Institutionen, beziehungsweise im Kostenstellenplan als Ganzes. Die InEK Fallkostenkalkulation baut auf diesen Daten auf und kommt im Verlauf weiterer kalkulatorischer Schritte, wie zum Beispiel der Abgrenzung nicht-DRG-relevanter Kosten und der Durchführung einer innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (ILV) / Umlage, zu einer Verdichtung der Kostendaten, aufgeteilt nach Kostenstellen- und Kostenartengruppen, der sogenannten InEK-Kostenmatrix. Die Vorgehensweise der Kostenträgerrechnung nach InEK bietet mit den kalkulatorischen Vorgaben und der Verdichtung der Daten somit ideale Vorraussetzungen für das Anknüpfen einer Prozesskostenrechnung, denn ähnlich wie die Kostenträgerrechnung benötigt auch die Prozesskos-

tenrechnung lediglich die bereinigten DRG-relevanten Kosten der medizinischen Institutionen, im Idealfall nach erfolgter Umlage.

An dieser Stelle setzt auch das Modell REKOLE® an, und auch wenn der Aspekt der DRG-Relevanz noch nicht enthalten ist, bietet es dennoch ebenfalls gute Vorraussetzungen für eine aussagekräftige Prozesskostenrechnung wie KHBV und InEK.

Die Prozesskostenrechnung ist wie die Kostenträgerrechnung eine Ist-Kostenrechnung auf Vollkostenbasis. Damit die Ergebnisse der Kostenkalkulation dem DRG-Erlös gegenüber gestellt werden können, ist es in einem ersten Schritt notwendig alle nicht-DRG-relevanten Kostenstellen und Kostenarten abzugrenzen, da sonst Kostenanteile die über andere Abrechnungsarten vergütet werden in die Rechnung mit einfließen würden. Die sich daraus ergebende Auflistung ist die Kostengrundlage für alle weiteren kalkulatorischen Schritte.

Folgt man den Vorgaben der Kostenrechnungsmodelle lassen sich die Kostenstellen in zwei grundlegende Gruppen unterteilen: die dienstleistenden Kostenstellen (gemeinsame Kostenstellen / Versorgungseinrichtungen) und die leistungserbringenden Kostenstellen (medizinische Institutionen), oder in allgemeiner Form auch als indirekte und direkte Kostenstellen bezeichnet.

Die dienstleistenden Kostenstellen sind in vollem Umfang zu berücksichtigen, wobei die Prozesskostenrechnung dabei zwei mögliche Verfahrensweisen erlaubt. Entweder eine Umlage beziehungsweise innerbetriebliche Leistungsverrechnung der dienstleistenden Kostenstellen auf die leistungserbringenden Kostenstellen oder aber eine Zuschlagskalkulation, jeweils über passende Bezugsgrößen / Verrechnungsschlüssel (Kostentreiber). Während die Umlage / ILV mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden ist, erreicht Sie jedoch aufgrund ihrer spezifischen Bezugsgrößen eine relativ hohe Verursachungsgerechtigkeit. Die vereinfachte Zuschlagskalkulation hingegen ist mit einem deutlich geringeren Aufwand verbunden, da sie mit weniger Bezugsgrößen auskommt und auch die Leistungsbeziehungen zwischen den Kostenstellen nicht berücksichtigt werden, gleichzeitig wird sie dadurch aber auch pauschaler. Während nach erfolgter ILV / Umlage die

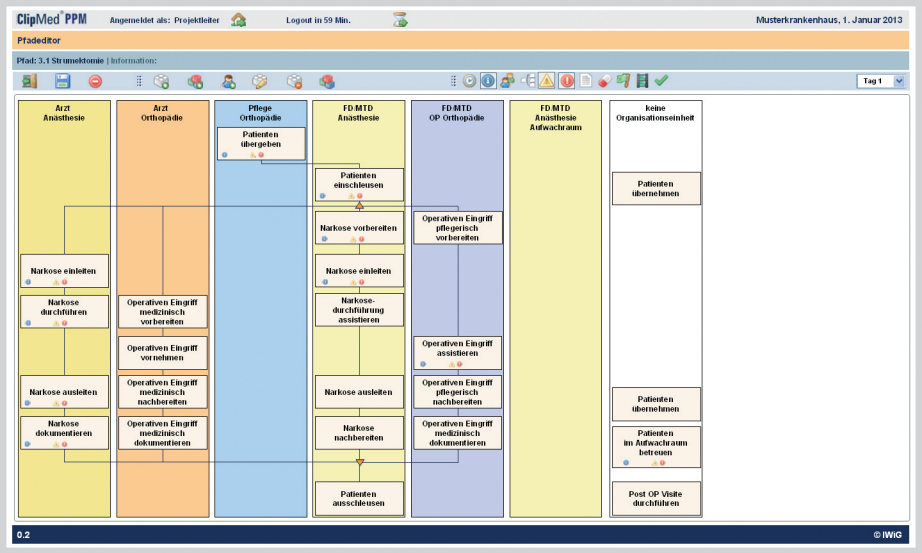


Abb.1: Darstellung eines Behandlungspfades in ClipMed® PPM
Quelle: Eigene Darstellung

dienstleistenden Kostenstellen in die leistungserbringenden überführt sind, werden bei der Zuschlagskalkulation die Kosten der dienstleistenden Kostenstellen als Zuschlag auf die übrigen Kosten des klinischen Behandlungspfades aufgeschlagen.

Aus der Verwendung eines Kostenstellenrahmens, so wie er durch das Modell REKOLE® als verpflichtende Muss-Ebene vorgegeben wird, resultieren insbesondere in Bezug auf die Zuschlagskalkulation und die ILV / Umlage weitere Vorteile. So ist zum Beispiel die „Zentralsterilisation" als Muss-Kostenstelle vorgegeben, wodurch über die passende Bezugsgröße „Anzahl der Sterilgüter" (Chargen) eine verursachungsgerechte Verteilung der Kosten ermöglicht wird. Dadurch lassen sich die anteiligen Kosten für die Sterilisation als Leistung in einem klinischen Behandlungspfad relativ genau bestimmen. Sind die entsprechenden Kosten allerdings auf einer anderen Kostenstelle verbucht, zum Beispiel „Operationssaal", müssten die Kosten der Sterilisation unter höherem Aufwand zunächst abgegrenzt werden. Ansonsten bliebe nur die Möglichkeit die nicht weiter zu unterteilenden Kosten über eine gemeinsame Bezugsgröße umzulegen, zum Beispiel „Schnitt-Naht-Zeit" oder „Anzahl der Operationen", und dies wäre deutlich weniger verursachungsgerecht.

Während die indirekten dienstleistenden Kostenstellen somit voll berücksichtigt sind, werden von den direkten leistungserbringenden Kostenstellen nur die in die Kalkulation einbezogen, die im Zusammenhang mit der ausgewählten DRG auch tatsächlich Leistungen erbringen. Würde die DRG also beispielsweise eine internistische Behandlung beinhalten und somit im klinischen Behandlungspfad auch keine Leistungen durch OP und Anästhesie erbracht werden, dann würden auch die dazugehörigen Kostenstellen logischerweise nicht berücksichtigt.

Neben den Kostenstellen enthalten die Kostendaten die darauf gebuchten Kostenarten. Da Spitäler über mehr als 100 unterschiedliche Kostenarten verfügen können, ist im Rahmen der Prozesskostenrechnung vorgesehen, die Kostenarten zu Kostenartengruppen (Ressourcen) zusammenzufassen und somit die Kalkulation und die Auswertung der Ergebnisse deutlich zu vereinfachen. Eine mögliche logische Aufteilung, wie sie vom IWiG angewendet wird, ist die folgende:

1. Ärztlicher Dienst
2. Pflegedienst
3. Funktionsdienst / Medizinisch-technischer Dienst
4. Sonstige Mitarbeiter
5. Arzneimittel
6. Medizinischer Bedarf
7. Implantate Blut
8. Honorare, Untersuchungen
9. Medizinische Infrastruktur
10. Nicht-medizinische Infrastruktur

Als zweiter Bereich der Controllingdaten liefern die Personaldaten die notwendigen Informationen für die Kalkulation der Personalprozesskosten, also der direkten Personalkosten für alle am Pfad beteiligten Organisationseinheiten. Dabei handelt es sich um Angaben zur Zahl der Vollkräfte und Nettojahresarbeitszeit der am Pfad beteiligten Organisationseinheiten, um in Verbindung mit den Bruttopersonalkosten aus den Kostendaten (zum Beispiel Kostenstelle: „Anästhesie", Kostenart: „Personalkosten Ärzte") die Bruttostundensätze für die jeweiligen Organisationseinheiten (zum Beispiel „Arzt Anästhesie") zu kalkulieren und dann letztlich mit den Durchführungszeiten im Pfad die Personalprozesskosten zu ermitteln (zum Beispiel Teilprozess: „Narkose vorbereiten", Durchführungszeit „10 Minuten", Personalprozesskosten: „x,xx CHF").

Die Personalprozesskosten beinhalten somit alle pfadrelevanten Kosten der Kostenartengruppen 1 – 4, wobei „sonstige Mitarbeiter" sowohl direkt über die Personalprozesskosten verrechnet werden können, wenn Sie direkt am Pfad beteiligt sind, oder aber auch indirekt über die Zuschlagskalkulation, wenn es sich um Organisationseinheiten der dienstleistenden Kostenstellen handelt.

Die Leistungsdaten liefern die notwendigen Informationen zur Bildung von Kostentreibern, das heißt die Bezugsgrößen um daraus Verrechnungsschlüssel für die Zuschlagskalkulation zu bilden. Dazu zählen beispielsweise Belegtage, Anästhesieminuten, Aufwachraumminuten, SNZ inkl. Rüstzeit oder auch Leistungspunkte von unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Bereichen. Die daraus kalkulierten Zuschlagskosten beinhalten alle pfadrelevanten, also anteiligen, Kosten der Kostenartengruppen 5 – 10, sofern diese nicht bereits als direkte Sachkosten dem Pfad zugewiesen wurden und einzeln ausgewiesen sind.

Als Bezugsgröße für die Kalkulation der diagnostischen und therapeutischen Leistungen hat sich das System der Taxpunkte des TARMED Tarifsystems als praktikabel erwiesen. Zwar handelt es sich hierbei um einen Einzelleistungstarif für ambulante ärztliche Leistungen im Spital, allerdings dienen die dokumentierten Taxpunkte für ärztliche und technische Leistungen als ideale Bezugsgröße für die verursachungsgerechte Kostenverrechnung der pfadrelevanten Leistungen.

Die Sachmitteldaten enthalten alle direkten Sachmittel, deren Kosten als Einzelkosten dem zugehörigen Prozess im Pfad direkt zugewiesen werden. Dabei handelt es sich idealerweise um Bruttostückpreise, oder auch um Pauschalbeträge oder durchschnittliche Fallkosten, wenn keine genauere Eingrenzung eines größeren Sachmittelspektrums auf den konkreten Pfad möglich ist. Zwar ist es auch möglich die Sachmittel, genauer gesagt die Kostenartengruppen 5 – 7, in der Zuschlagskalkulation zu berücksichtigen, allerdings führt dies zu einer eher ungenauen Betrachtung. Ausgenommen davon ist jedoch der Teil der Sachmittel, der nicht eindeutig zugeordnet werden kann und daher eher wie Gemeinkosten zu behandeln ist und weniger wie Einzelkosten. Ist diesem Fall macht die Zuschlagskalkulation mehr Sinn, da der Nutzen der direkten Zuordnung in keinem ausgewogenen Verhältnis zum Aufwand steht.

Der Aufwand der Bereitstellung von Kosten-, Personal-, Leistungs- und Sachmitteldaten für die Prozesskostenrechnung war im konkreten Pilotprojekt überschaubar gering, zumal ein Großteil der Daten bereits verfügbar war und nur anders aufbereitet oder in Bezug auf die konkrete DRG abgegrenzt werden musste. Bei langfristiger Betrachtung und für den Fall, dass weitere Pfade zu unterschiedlichen DRGs kalkuliert werden sollen, ließe sich der Bereitstellungsaufwand dadurch verringern, dass einmalig alle verfügbaren Daten bereitgestellt werden und nicht nur die für die konkrete DRG benötigten. Während die Kostendaten bereits vollständig für eine abgeschlossene Periode vorliegen bedeutet dies konkret für die anderen Daten, dass zum Beispiel die Bruttostundensätze für alle Organisationseinheiten und die Leistungsdaten aller Leistungsbereiche für die gleiche Periode bereitgestellt werden.

Im Unterschied zur Kostenträgerrechnung bietet die Kalkulation der Prozesskosten nicht nur die Kostenermittlung für den Fall, beziehungsweise die DRG, sondern gewährt darüber hinaus, aufgrund des klinischen Behandlungspfades als Grundlage, einen Einblick in die Kostenstruktur unterteilt nach Behandlungstagen, nach Organisationseinheiten, oder auch nach Haupt- beziehungsweise Geschäftsprozessen und beantwortet daher Fragen wie: „Was kostet die Aufnahme zur DRG?" oder „Welche Kosten entstehen im Zusammenhang mit der OP und allen vor- und nachbereitenden Prozessen?" Die Prozesskostenrechnung erweitert somit den Raum der Kostentransparenz um einige interessante neue Blickwinkel.

Ein verpflichtendes Modell der Kosten- und Leistungsrechnung, wie beispielsweise REKOLE®, kann die Prozesskostenrechnung dadurch vereinfachen, dass Kalkulationsschritte, die sonst im Rahmen der Prozesskostenrechnung durchgeführt werden müssten, bereits in der vorherigen Kosten- und Leistungsrechnung erfolgt sind. Darüber hinaus erhöht das Modell zum Einen die Genauigkeit der Kostendaten und schafft zum Anderen eine einheitliche Grundlage der Kostenrechnung, was insbesondere im Hinblick auf einen Vergleich von Prozesskostenrechnungen identischer DRGs zwischen verschiedenen Spitälern die Aussagekraft deutlich steigert und Konvergenz schafft. Die Analyse der Prozesskosten im Rahmen eines Benchmarkings ermöglicht weiterhin den Einstieg in die Prozessoptimierung und bietet somit den ersten Schritt zur Schaffung einheitlicher Qualitätsstandards in unterschiedlichen Spitälern.

Literatur

1. Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung - KHBV) § 8, Anlage 4 und 5
2. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007): Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten Version 3.0
3. Pascal Besson (2009): REKOLE®: Betriebliches Rechnungswesen im Spital, H+ Spitäler d. Schweiz, S. 182

Kontakt

Andrea Rytz
Klinik Belair
Direktorin
Tel.: +41 (0)52 632 19 91
E-Mail: andrea.rytz@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch