

Krankenhausfinanzierung und Kostenträgerrechnung

Michael Voß
- Dezernat Strategisches Controlling UKSH -

Leipzig im März 2017

Krankenhausfinanzierung, Kostenträgerrechnung

- A. Wie funktioniert Krankenhausfinanzierung und Wirtschaftsplanung eines Krankenhauses?

- B. Kostenträgerrechnung:
wie ergeben sich die CMP?
wo finde ich hier die Physiotherapie?

Unternehmen Krankenhaus: Gesundheit und Wettbewerb

Artikel 2 Grundgesetz:
(...)

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. (...)

Unternehmen Krankenhaus: Gesundheit und Wettbewerb

Bundesministerium für Gesundheit, 25.07.2016:

„...Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie...“

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/herausforderungen/wettbewerb.html#c8057>

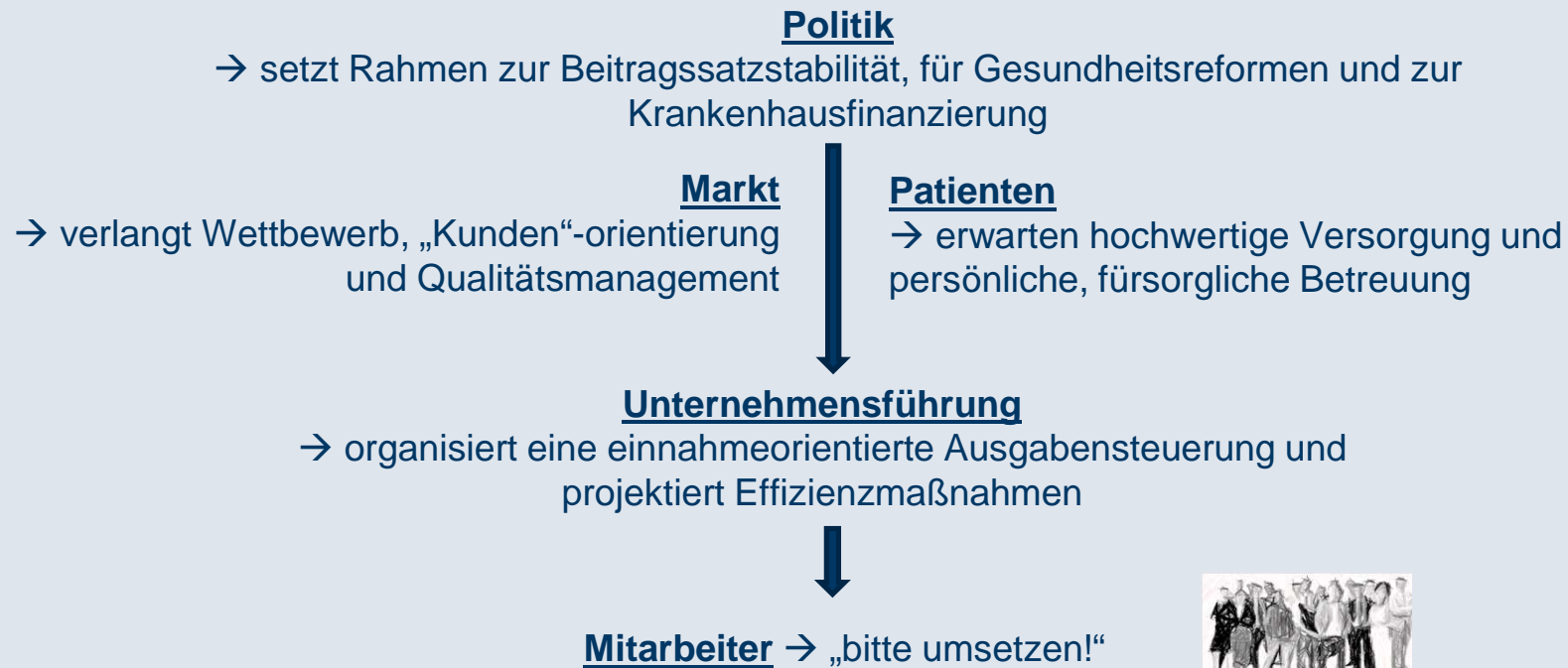
Also Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten

früher = „Daseinsvorsorge“ , wodurch Infrastruktur -personell („Stellen“) wie materiell- gezahlt wurde

Wie geht das? Denn

Wettbewerb und Streben nach Gewinnmaximierung stößt auf staatlich begrenzte Gesamtbudgets. Aber die betriebswirtschaftliche Grundregel lautet: Nur Wachstum sichert Überleben!

Unternehmen Krankenhaus: Rahmenbedingungen, „Workflow“



A. Wie funktioniert Krankenhausfinanzierung und Wirtschaftsplanung eines Krankenhauses?

Krankenhausfinanzierung

§4 Krankenhausfinanzierungsgesetz



Abzubilden sind die Einnahmen in der Gewinn- und Verlustrechnung

Wirtschaftsplanung

- **Grundsatz: „Kosten folgen den Erlösen“**
- **Begriffsdefinition Budget und Deckungsbeitrag:**
 - Ein Budget (oder auch Plan) ist eine Vorausplanung über einen festgelegten Zeitraum, das meist in wertmäßigen Zielgrößen Einnahmen und Ausgaben beschreibt
 - Der Deckungsbeitrag / die Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) wird anhand der Aufsummierung von Erlösen und Kosten dargestellt und zeigt auf, in welcher Höhe Ausgaben durch Einnahmen gedeckt sind

vereinfachter Budgetbericht			Ist Vorjahr	Plan 2017	Hochrechng 2017
	Erlöse		10.000.000	10.250.000	10.150.000
		<i>stationäre Erlöse</i>	8.150.000	8.350.000	8.300.000
		<i>DRG</i>	8.000.000	8.200.000	8.100.000
		<i>Zusatzentgelte</i>	150.000	150.000	200.000
		<i>ambulante Erlöse</i>	1.350.000	1.400.000	1.350.000
		<i>sonstige Erlöse</i>	500.000	500.000	500.000
	Personalkosten		-6.600.000	-6.750.000	-6.700.000
	Sachkosten		-2.000.000	-2.050.000	-2.050.000
		<i>Medizinischer Bedarf</i>	-1.300.000	-1.350.000	-1.350.000
		<i>nichtmed. Bedarf</i>	-550.000	-550.000	-550.000
		<i>sonstiger ordentlicher Aufwand</i>	-150.000	-150.000	-150.000
		Med. Leistungsverrechnung (intern)	-360.000	-360.000	-350.000
		sonstige Verrechnungen (konzernintern)	-400.000	-400.000	-400.000
		Umlagen	-600.000	-600.000	-600.000
	EBITDA		40.000	90.000	50.000
		Abschreibungen	-60.000	-60.000	-60.000
	EBIT		-20.000	30.000	-10.000
		Zinsen	-30.000	-30.000	-25.000
	EBT		-50.000	0	-35.000
		Steuern	0	0	0
Ergebnis der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV)			-50.000	0	-35.000

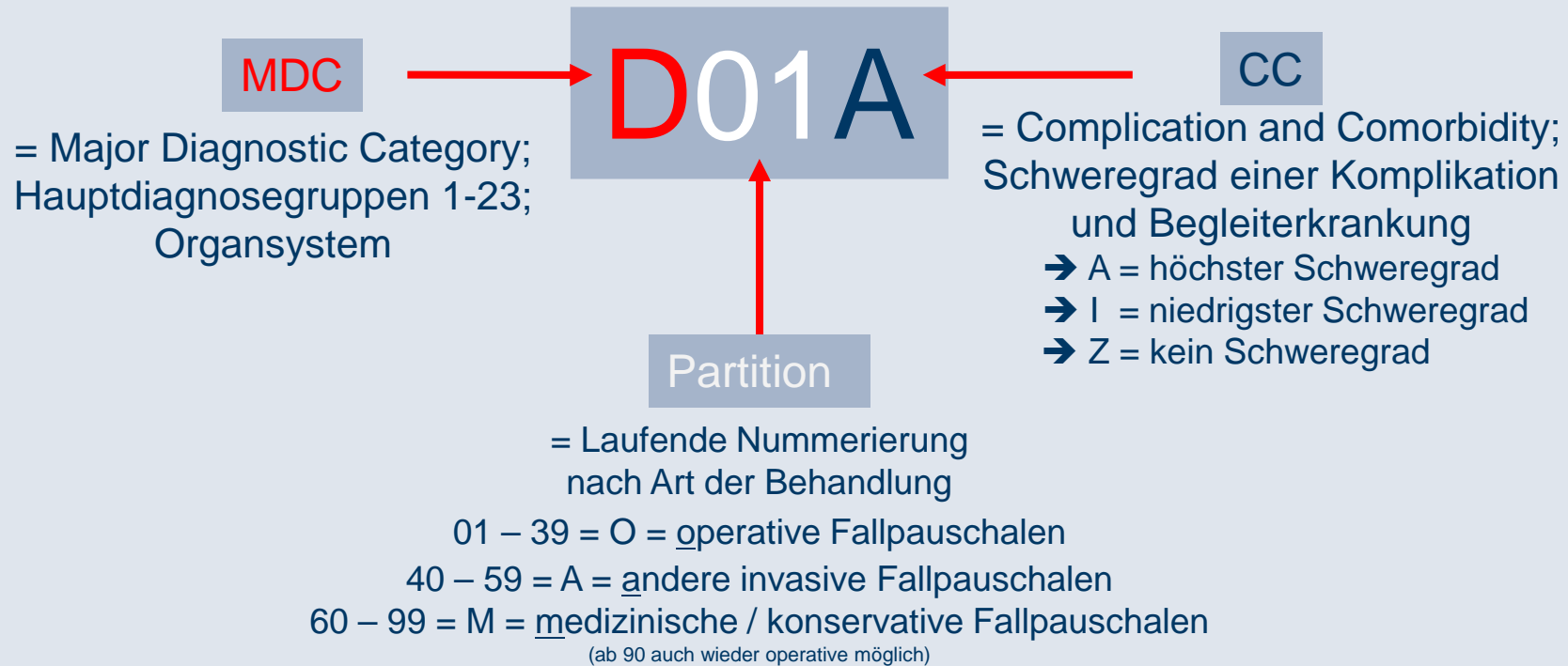
Erlösermittlung

- Wie aber entsteht eine DRG?
- Und was ist ein CMP?
- Und und und.....

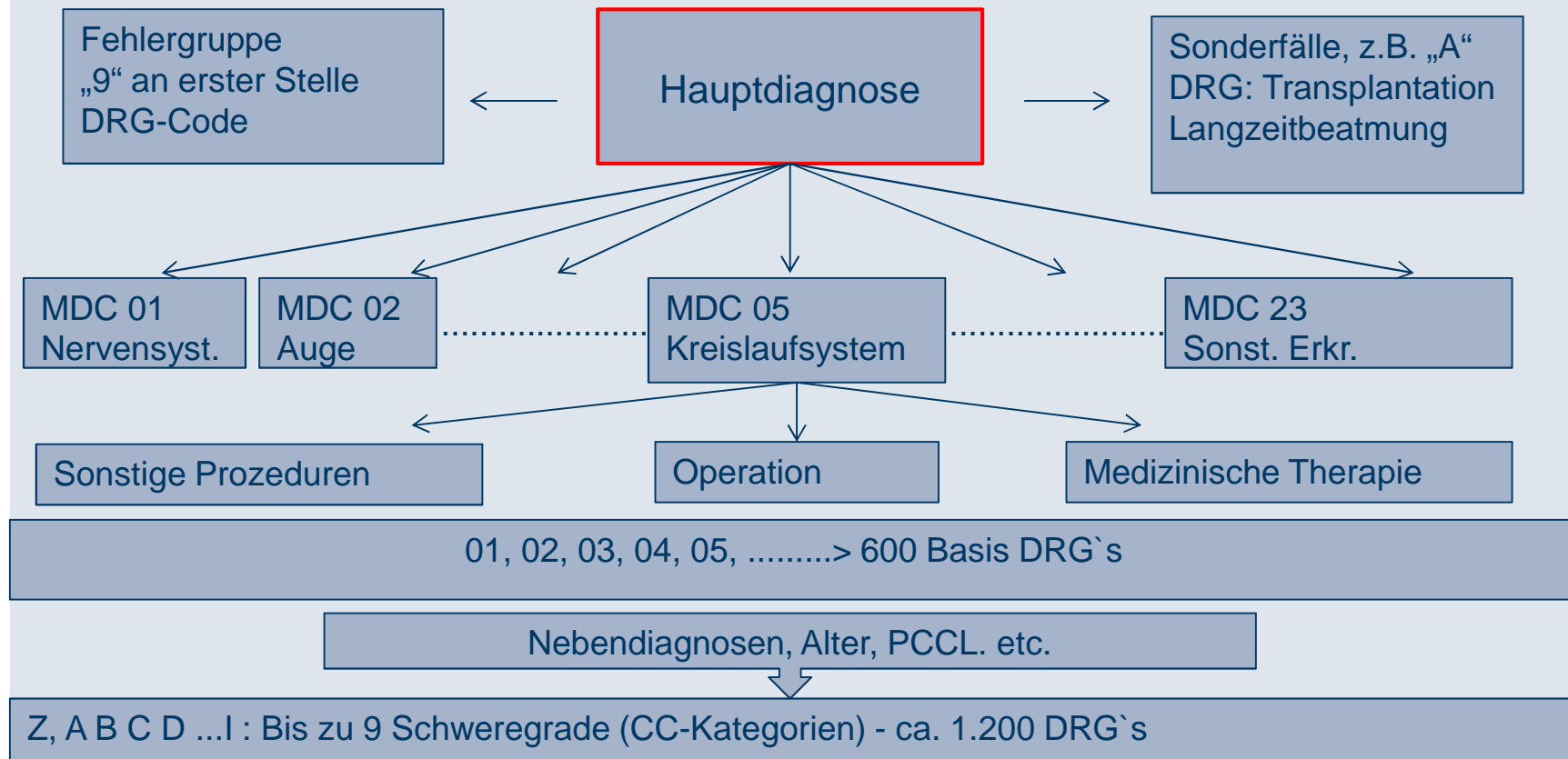
Fallpauschalkatalog 2017 – Übersicht

MDC	DRG	Bezeichnung	MDC	DRG	Bezeichnung
PRÄ	A01A – A69Z	Prä MDC	13	N01A - N62B	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
1	B01A - B86Z	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	14	O01A - O65B	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
2	C01A - C66Z	Krankheiten und Störungen des Auges	15	P01Z - P67E	Neugeborene
3	D01A - D67Z	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	16	Q01Z - Q63B	Krankheiten des Blutes, der Blutbildenden Organe und des Immunsystems
4	E01A - E79D	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	17	R01A - R66Z	Hämatologische und solide Neubildungen
5	F01A - F98C	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	18A	S01Z - S65B	HIV
6	G01Z - G77Z	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	18B	T01A - T77Z	Infektiöse und parasitäre Krankheiten
7	H01A - H78Z	Krankheiten und Störungen an Leber, Galle und Pankreas	19	U01Z - U66Z	Psychische Krankheiten und Störungen
8	I01Z - I98Z	Krankheiten und Störungen an Muskel, Skelett und Bindegewebe	20	V40Z - V64Z	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
9	J01Z - J77Z	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	21A	W01A - W61B	Polytrauma
10	K01Z - K77Z	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	21B	X01A - X64Z	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten
11	L02A – L74Z	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	22	Y01Z - Y63Z	Verbrennungen
12	M01A - M64Z	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	23	Z01A - Z66Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
			-	801A-962Z	DRGs mit OPS ohne Bezug zur Hauptdiagnose und Fehler-DRGs.

Wie setzt sich die Bezeichnung einer DRG zusammen?



Gruppierungsalgorithmus



Erlösermittlung einer DRG

DRGs haben „Punkte“ – die Bewertungsrelationen –
(Relativgewicht + Berücksichtigung der Verweildauer + ggf. Verlegung = Effektivgewicht)

und

Jedes Bundesland hat eine „Baserate“ (Landesbasisfallwert)

Die **Punkte (CMP)** multipliziert mit der **Baserate** ergeben den **Erlös**

Bundesbasisfallwert 2017: 3.376,11 €, oberer Korridor (+2,5%): 3.460,51 €, unterer Korridor (-1,02%): 3.341,65 €

MDC:

DRG:

D30B: Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne ä

Zurücksetzen

Daten:

03

MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses

Anz. DRGs:

54

N:

127.633

Fallzahl Normallieger

16.829

v. MDC:

13,19%

v. gesamt:

0,68%

Bewertungsrelation

0,710

Verweildauer

Kurzlieger	12,02%
Normallieger	84,36%
Langlieger	3,61%
1. Tag mit Abschlag	1
1. Tag zus. Entgelt	9
Mittl. arithm. VWD	4,8
Standardabw. VWD	1,8

PCCL

0	90,58%
1	5,70%
2	1,77%
3	1,72%
4	0,23%

Profil drucken...

Geschlecht

Männlich	49,53%
Weiblich	50,45%
Unbestimmt	0,02%

Fallkosten

Arith. MW	1.961,26
Std. Abw.	577,95

Alter

< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	11,07%
28 T. - < 1 Jahr	0,02%	40 - 49 Jahre	8,60%
1 - 2 Jahre	3,16%	50 - 54 Jahre	3,99%
3 - 5 Jahre	14,31%	55 - 59 Jahre	3,40%
6 - 9 Jahre	6,54%	60 - 64 Jahre	3,76%
10 - 15 Jahre	6,79%	65 - 74 Jahre	5,74%
16 - 17 Jahre	4,56%	75 - 79 Jahre	1,62%
18 - 29 Jahre	25,36%	80 Jahre u. älter	1,09%

Profile:

Hauptdiagnosen

Nebendiagnosen

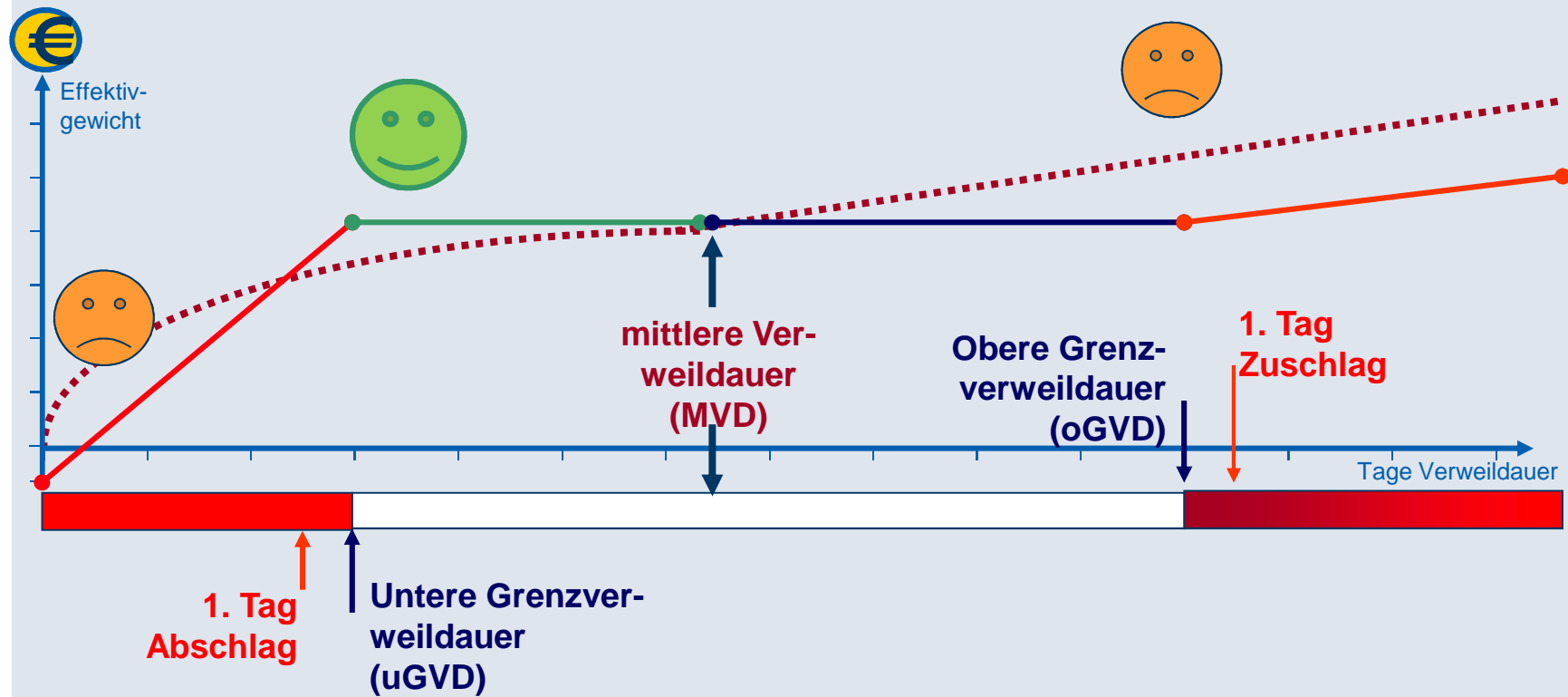
Prozeduren

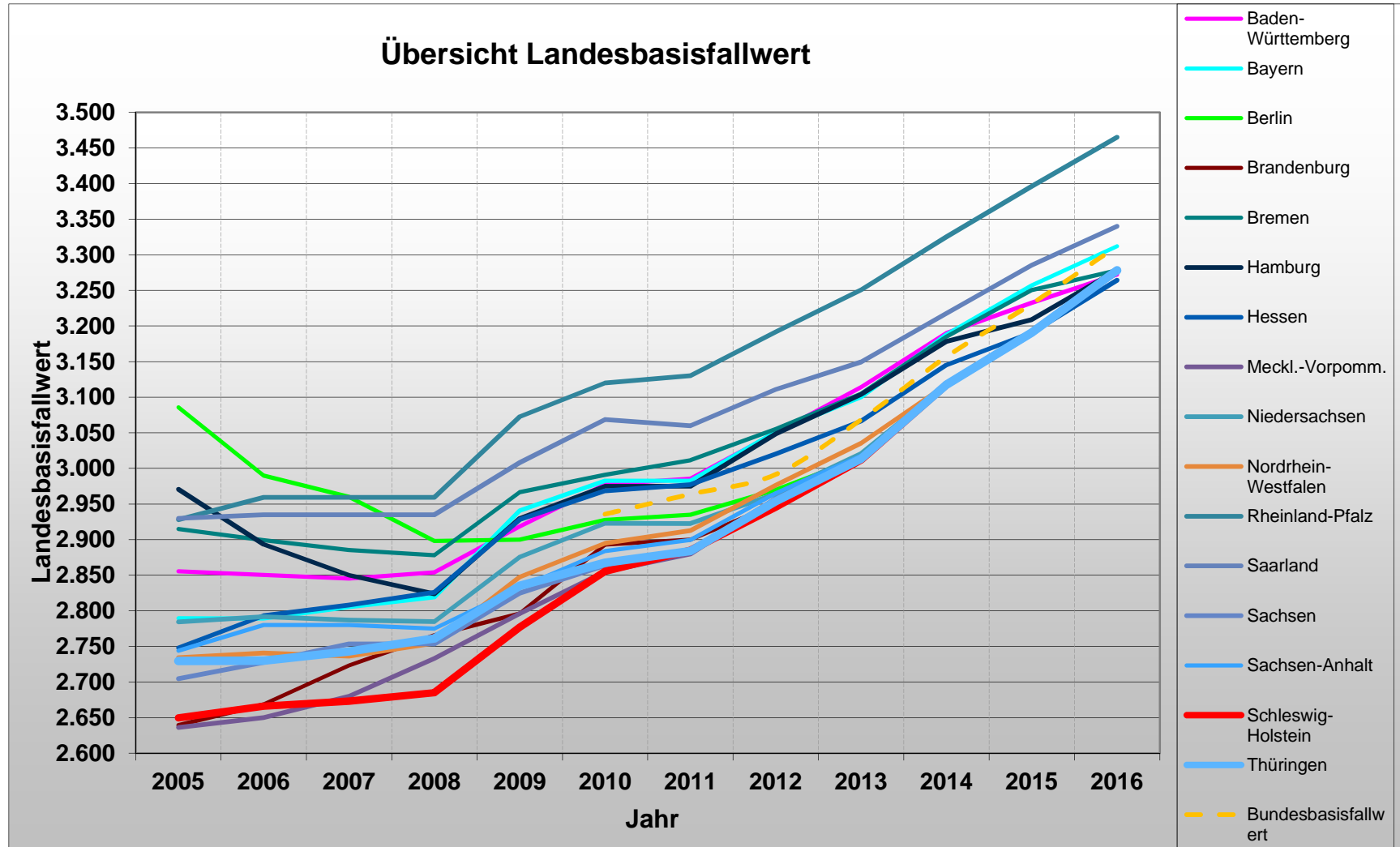
Kosten

Recherche

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:			Pers.- u. Sachkosten:		Summe		
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med./techn. Dienst	Arzneimittel	Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf	med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur			
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b		7	8
▶ 01. Normalstation	225,7	418,6	22,1	24,2	0,9	0,0	30,2	5,7	118,0	340,5	1.186,1
02. Intensivstation	3,0	7,2	0,4	0,5	0,0	0,0	1,0	0,0	1,2	3,3	16,5
04. OP-Bereich	92,0	0,0	97,7	3,2	0,5	0,4	37,5	6,4	57,8	78,5	373,9
05. Anästhesie	108,7	0,0	74,0	6,5	0,3	0,0	23,2	0,8	14,7	28,8	256,9
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	1,1
09. Radiologie	3,7	0,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	2,1	2,7	14,1
10. Laboratorien	8,0	0,0	18,0	0,3	0,1	0,0	11,8	9,6	3,5	10,6	61,9
11. Übrige diagnostische und therapeutische	14,1	0,6	18,2	0,8	0,0	0,0	1,5	0,1	4,3	11,1	50,7
Summe:	455,5	426,4	234,7	35,6	1,8	0,4	105,9	23,5	201,8	475,6	1.961,3

Welche ökonomische Bedeutung hat die Verweildauer?





Beispiel: Mandelentfernung bei chron. Tonsillitis

Patient, m, 40 J.

Aufenthalt: 4 Tage

Diagnose: J35.0 Chronische Tonsillitis

Prozedur: 5-281.0 Tonsillektomie (ohne Adenotomie): mit Dissektionstechnik

Daraus ergibt sich die **DRG D30B** (Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose):

Bewertungsrelation = 0,738

Erlös = 0,738 x 3.346,50 € (z. B. Schl.-Holstein) = 2.469,72 €

B. Kostenträgerrechnung:
wie ergeben sich die CMP
wo finde ich die Physiotherapie?

Allgemeine Informationen

- Die Kostenträgerrechnung (KTR) ist ein ergänzendes Instrument zur Unternehmenssteuerung und ermöglicht Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen
- Die Kostenträgerrechnung ist eine IST- und Vollkostenbetrachtung, d. h. sie beruht auf den tatsächlichen im Krankenhaus entstandenen Kosten. Es ist deshalb eine retrospektive Betrachtungsweise
- **Der Kostenträger ist der einzelne Fall**

(Betrachtet werden die stationären bewerteten DRG-Fälle, welche im betrachteten Datenjahr entlassen worden sind)

Datenabgabe beim InEK

- Die Kostenträgerrechnung erfolgt zur Datenabgabe beim InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus). Die Datenabgabe (Kostendaten) ist freiwillig
- Das InEK verwendet die Daten aller an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäuser zur Erstellung des Fallpauschalenkatalogs des Folgejahres, d. h., die Kostendaten des Jahres 2014 dienten zur Ermittlung der Relativgewichte des Fallpauschalenkatalogs des Jahres 2016
- An der bundesweiten Kostenkalkulation des InEK nahmen etwa 240 Krankenhäuser teil

Systematik der Kostenträgerrechnung

- Grundlage der Kostenträgerrechnung ist das InEK Kalkulationshandbuch
- Die Zuordnung der Kosten zum einzelnen Fall erfolgt auf Basis eines modularen Systems nach Kostenstellen- und Kostenartenbereichen
- Je leistungserbringender Einheit (Station, OP, Labor, Radiologie etc.) und Kostenartenbereich (Personalkosten, Sachkosten etc.) werden **Kostensätze** nach vom InEK definierten Bezugsgrößen ermittelt, die für die Fallverrechnung herangezogen werden

Kosten der Physikalischen Therapie in der KTR

- Derzeit werden die Kosten für Leistungen der **Physikalischen Therapie** im Kostenstellenmodul 11 „Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche“ abgebildet
- Problem: Stark divergierende Kostendaten in dieser Kostenstellengruppe bei den unterschiedlichen Krankenhäusern, da hier ganz verschiedene Bereiche abgebildet werden (z. B. Zentrale Notaufnahme, Sonographie, Lungenfunktionslabor, Logopädie, Ergotherapie, Physikalische Therapie)
- Ab dem Datenjahr 2016 soll deswegen gemäß InEK-Vorgabe eine stärkere Differenzierung erfolgen:
 - Kostenstellengruppe 11 (Diagnostische Bereiche)
 - Kostenstellengruppe 12 (Therapeutische Verfahren)
 - Kostenstellengruppe 13 (Notaufnahme)

Kostendarstellung Physikalische Therapie (Beispielfall)

- In der Kostenmatrix werden die fallbezogenen Kosten den jeweiligen DRG-Erlösen (zzgl. ZE- und NUB-Entgelte) gegenüber gestellt.
- Nachfolgend Beispielfall aus der Klinik für Unfallchirurgie, DRG I08D
 - Zeile KH: Kosten des Krankenhauses
 - Zeile InEK: DRG-Erlöse
 - Sachkosten unterteilt in GMK (= Gemeinkosten) und EK (=Einzelkosten)
 - Die Gemeinkosten werden auf alle Fälle mit Leistungen von dieser Kostenstelle verteilt, teure Medikamente, Implantate etc. müssen als Einzelkosten fallbezogen dokumentiert werden
 - Kosten der Physikalischen Therapie im Kostenstellenmodul 11

Katalog 2014

DRG - Schlüssel	Anzahl Fälle	Summe Eff.-Gew.	Summe Rel.-Gew.	Eff-/ Rel-Gew.	VWD	VWD Kat
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC##	2,324	2,324	1	19	13,3

Angaben in €

		Ärztlicher Dienst	Pflege-dienst	Funktions-/ med.-tech. Dienst	Arzneimittel GMK	Arzneimittel EK	Implantate/ Transplantate	Med. Bedarf GMK	Med. Bedarf EK	Med. Infrastruktur	Nichtmed. Infrastruktur	Summe
01_Normalstation	KH	581	1.379	12	69	0	0	69	0	281	1.070	3.463
	InEK	522	1.184	41	79	15	0	92	9	265	893	3.099
02_Intensiv	KH	477	1.597	14	103	0	0	142	0	177	643	3.153
	InEK	82	171	2	20	3	0	28	1	31	85	423
04_OP	KH	192	0	244	11	1	382	69	107	127	137	1.269
	InEK	439	0	335	13	6	612	194	87	197	264	2.146
05_Anästhesie	KH	187	0	145	18	0	0	47	0	20	54	471
	InEK	299	0	197	19	1	0	62	1	37	82	699
07_Kardiologie	KH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	InEK	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
08_Endoskopie	KH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	InEK	2	0	2	0	0	0	1	0	1	1	8
09_Radiologie	KH	64	0	71	0	0	0	8	0	21	49	213
	InEK	47	0	60	1	0	0	9	31	21	37	206
10_Labor	KH	81	0	255	0	0	0	201	0	17	112	666
	InEK	11	0	60	3	113	0	45	43	7	25	306
11_ü.DiagTherapie	KH	74	0	302	7	0	0	17	0	29	115	544
	InEK	39	2	192	2	0	0	10	16	14	80	355
Summe	KH	1.657	2.976	1.044	209	1	382	553	107	672	2.180	9.779
	InEK	1.441	1.358	889	136	138	613	441	190	574	1.466	7.245

Darstellung Beispielfall: Kosten Modul 11

Kostenstelle	Ärztlicher Dienst	Funktions-/ med.-tech. Dienst	Arzneimittel GMK	Med. Bedarf GMK	Med. Infrastruktur	Nichtmed. Infrastruktur	Summe
Physikal.-Therapie	- €	188,11 €	0,003 €	3,35 €	0,37 €	37,80 €	229,63 €
Notaufnahme	73,91 €	114,12 €	7,00 €	14,02 €	28,36 €	77,09 €	314,50 €
Summe Kostenstellenmodul 11	73,91 €	302,23 €	7,00 €	17,37 €	28,73 €	114,89 €	544,13 €

- Die Kosten im Kostenstellenmodul 11 setzen sich bei diesem Fall aus Kosten der Physikalischen Therapie und Kosten der Notaufnahme zusammen
- Der InEK-Wert ist nicht weiter differenzierbar. Es gibt keine Informationen, welche konkreten Kosten in der jeweiligen Kostensumme enthalten sind

Darstellung Beispielfall: Leistungsdokumentation

Leistungsziffer		Leistungsart		Anzahl	Punktsumme
30506001	Physiotherapie	PT-MIN	Physik.-med.Lst.Min.	19	190 MIN
39101004	Atemtherapie Erwachsene / Kind	PT-MIN	Physik.-med.Lst.Min.	5	50 MIN
39101008	Abschlußdokumentation	PT-MIN	Physik.-med.Lst.Min.	4	20 MIN
39202000	Heiße Rolle	PT-MIN	Physik.-med.Lst.Min.	1	10 MIN
Summe				29	270 MIN

- Die Leistungsdokumentation der Kostenstelle Physikalische Therapie erfolgt fallbezogen im entsprechenden EDV-System (z. B. ORBIS)
- Gemäß InEK-Kalkulationshandbuch ist die Dokumentation von Leistungszeiten und –punkten zulässig

Darstellung Beispielfall: Tarifiermittlung

Kostenstelle	Inek Kostenart	Bezugsgröße	Leistungsmenge	Betrag	Kostensatz
Physikal.-Therapie	Funktions-/ med.-tech. Dienst	Leistungspunkte	3.064.318	2.134.954 €	0,70 €
Physikal.-Therapie	Arzneimittel GMK	Leistungspunkte	3.064.318	34 €	0,00001 €
Physikal.-Therapie	Med. Bedarf GMK	Leistungspunkte	3.064.318	38.020 €	0,01 €
Physikal.-Therapie	Med. Infrastruktur	Leistungspunkte	3.064.318	4.154 €	0,001 €
Physikal.-Therapie	Nichtmed. Infrastruktur	Leistungspunkte	3.064.318	428.862 €	0,14 €
Summe			3.064.318	2.606.023 €	0,85 €

Rechnerisch: Euros geteilt durch Menge (Minuten)

Vorgehen bei der Tarifiermittlung

- Von der Kostenstelle Physikalische Therapie sind im Datenjahr 3,1 Mio. Leistungen (Minuten gemäß Leistungsdokumentation) erbracht worden
- Diese Leistungen werden je Kostenartenmodul den jeweiligen Gesamtkosten des Datenjahres gegenübergestellt und es errechnet sich ein sogenannter Kostensatz
 - Kostensatz medizinisch technischer Dienst:
Gesamtkosten des Datenjahres der in der Physikalischen Therapie beschäftigten Vollkräfte dividiert durch die Gesamtsumme Leistungen
 - Kosten medizinische Infrastruktur: Kosten der Apotheke, Zentralsteri etc., welche per Umlage auf die direkt an der Leistungserbringung beteiligten Kostenstelle verrechnet werden
 - Kosten nicht medizinische Infrastruktur: Kosten der Zentralverwaltung, EDV, Reinigung etc., welche per Umlage auf die direkt an der Leistungserbringung beteiligten Kostenstelle verrechnet werden

Darstellung Beispielfall: Kostenermittlung

- Kostensätze Physikalische Therapie:

Kostensätze	Funktions-/ med.-tech. Dienst	Arzneimittel GMK	Med. Bedarf GMK	Med. Infrastruktur	Nichtmed. Infrastruktur
Physikal.-Therapie	0,70 €	0,00001 €	0,01 €	0,001 €	0,14 €

- Kosten: Summe Leistungen des Falls (270 Minuten) * Kostensatz je Kostenartenmodul

Kosten	Funktions-/ med.-tech. Dienst	Arzneimittel GMK	Med. Bedarf GMK	Med. Infrastruktur	Nichtmed. Infrastruktur	Summe
Leistungen * KoSatz	270*0,70 €	270*0,00 €	270*0,01 €	270*0,00 €	270*0,14 €	20*0,85 €
Summe Kosten	188,11 €	0,00 €	3,35 €	0,37 €	37,79 €	229,63 €

Fazit

- Die Kostenträgerrechnung bietet Hinweise, wie sich die Leistung mit ihren Kostenstrukturen zusammensetzt
- Physiotherapeutische Personalbedarfsplanungen sind aufgrund der Vermischung mit anderen diagnostischen und therapeutischen Kostenbestandteilen dieses Moduls bedingt nicht ableitbar (übrigens auch nicht wegen möglicher Fremdvergabe der Leistung!)

Fazit

- Die Finanzierung erfolgt mit den CMP und damit durch die Relationen der entstandenen Kosten. Auslastungsgrade von Stationen oder Betten alleine bieten deshalb keine Grundlage zur Personalplanung
- Infolgedessen empfiehlt sich, eine Personalplanung für die Physiotherapie anhand von produktivitätsorientierten Kennzahlen zwischen dem Personalaufwand und der erbrachten Leistung zu ermitteln

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!!