

DIE ENTWICKLUNG DES CONTROLLINGS IN PSYCHIATRISCHER EINRICHTUNGEN

WP StB Joachim Müller

Düsseldorf, den 19. November 2010



AD PERSONAM



WP STB JOACHIM MÜLLER

Partner BDO

joachim.mueller@bdo.de

Telefon: +49 221 9 73 57 153

Telefax: +49 221 7 39 03 95

Ich bin 60 Jahre alt, verheiratet und Vater von 2 erwachsenen Töchtern

Seit mehr als 30 Jahren: Wirtschaftsprüfung und wirtschaftsprüfungsnaher Beratung von Krankenhäusern aller Art, Altenheimen, Wohlfahrtsverbänden und Behinderteneinrichtungen

Partner bei BDO AG, Köln

Mitglied im KHFA des Instituts der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e.V.

Autor der Bücher:

- Der Jahresabschluss im Krankenhaus, 4. Auflage,
- Krankenhausgestaltungsgesetz NRW,
- Zukunftsorientiertes Krankenhausmanagement - Rechnungslegung nach IFRS

ZUM BEGRIFF DES CONTROLLINGS

Def.: Controlling¹⁾ ist ein umfassendes Steuerungs- und Koordinationskonzept zur Unterstützung der Geschäftsführung und der führungsverantwortlichen Mitarbeiter bei der zielgerichteten Beeinflussung bestehender betrieblicher Prozesse.

¹⁾ von englisch: *to control* für „steuern“, „regeln“; die englische Bezeichnung der diesbezüglichen Tätigkeit lautet: „Management accounting“

ZUM BEGRIFF DES MEDIZINCONTROLLINGS

Def.: Medizincontrolling ist ein Steuerungs- und Koordinationskonzept zur Unterstützung der Geschäftsführung und der behandlungsverantwortlichen Ärzte und Pflegekräfte zur Planung, Überwachung und Beeinflussung der bestehenden medizinischen Behandlungsprozesse in Bezug auf Fälle, Leistungsgewichte, Berechnungstage, OPS-Codes, ICD-Verschlüsselungen, Erlösoptimierung etc.

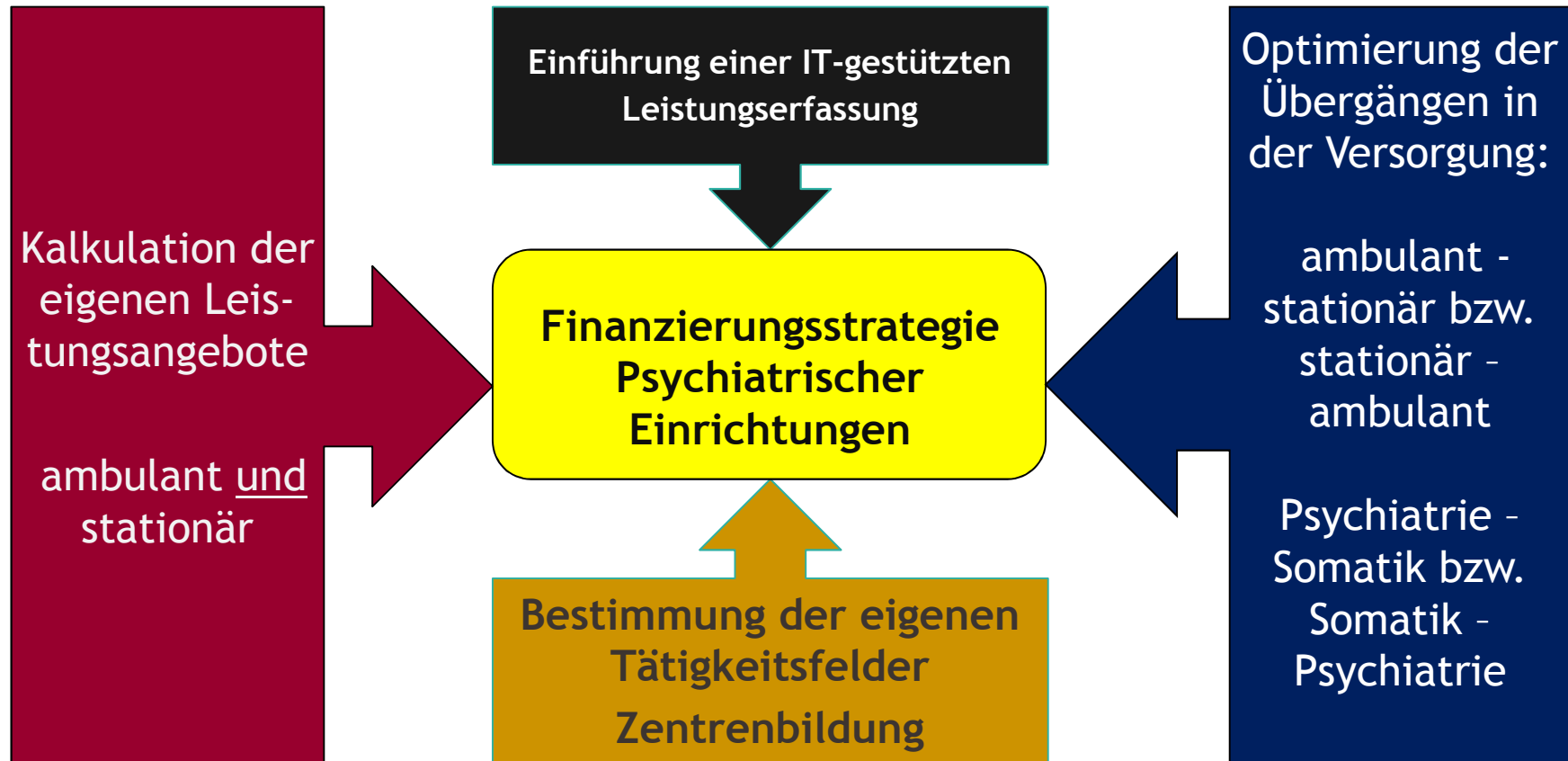
Denn das Leistungsentgelt folgt der abgerechneten Leistung!

DIE FINANZIERUNG D. PSYCHIATRIE IST IN BEWEGUNG ...

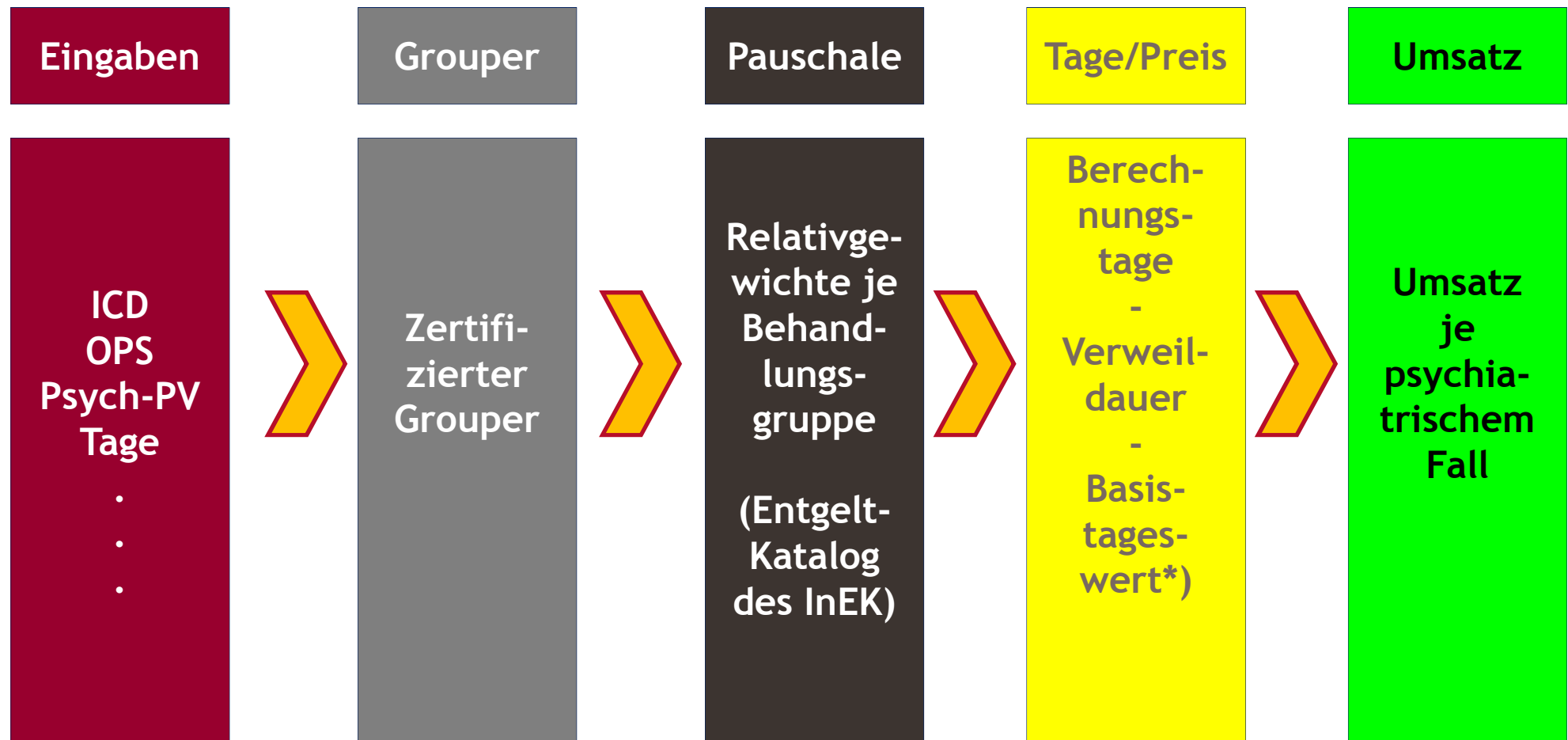


- 2009: Das KHRG bringt die erste Reform des Entgelt-systems psychiatrischer Einrichtungen seit 1992. Die Umsetzung der Stellenplanaufstockung gemäß Psych-PV musste vor Schiedsstellen erstritten werden
- 2010: Das GKV-ÄndG klärt die Umsetzung der Psych-PV Planstellen auf 90% bzw. 100% der Sollbesetzung - i.d.R. gegen Ist-Kostennachweis
- 2011: Neue Budgetkappungsvorschläge durch das GKV-FinG kürzen die Finanzmittel der psychiatrischen Einrichtungen in den Jahren 2011 und 2012
- 2013: Budgetneutrale Einführung eines neuen pauschalierten Entgeltsystems auf der Basis neuer Entgeltkataloge für die Psychiatrie. Daran anschließend eine 3 (?)-jährige Konvergenzphase für jede Einrichtung oder Abteilung
- 2014: Einführung von Investitionspauschalen (Gewicht lt. KatalogxLandespreis)
- 2016: Beginn eines landeseinheitl. tagesbezogenen pauschalen Entgeltsystems

DIE ANTWORT: EINE FINANZIERUNGSTRATEGIE



ZIEL: FAKTURIERUNG IN DER PSYCHIATRIE AB 1.1.2013



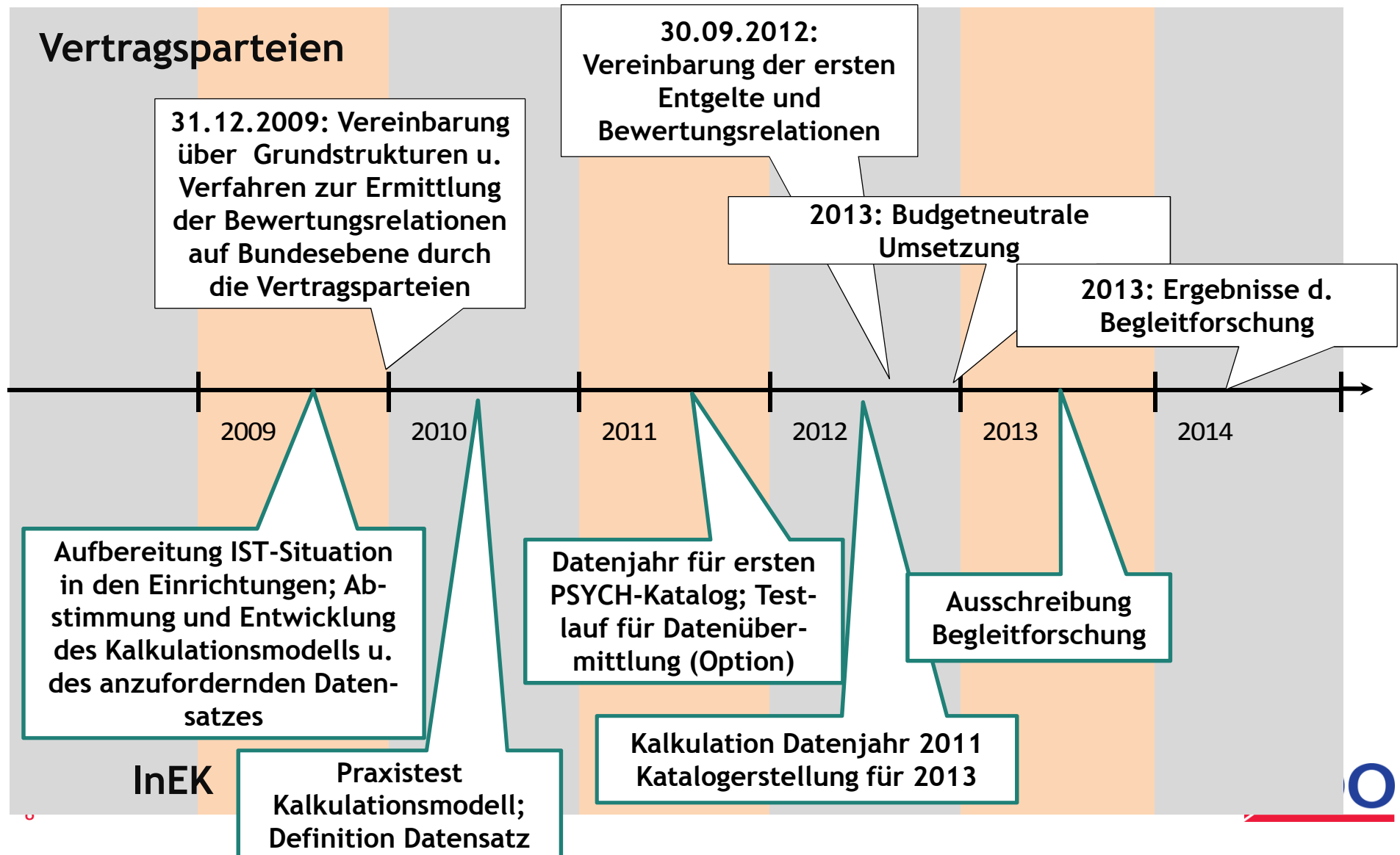


I.

Kalkulation der eigenen Leistungsangebote ambulant und stationär



DERZEIT GEPLANTE UMSETZUNG DER KALKULATION



GRUNDSÄTZE ZUR KALKULATION

- Vollständigkeit der Kalkulation in Bezug auf die Einrichtung
- Verursachungsbezug - nicht - Kostentragfähigkeit der Budgets
- Vollständigkeit der Leistungserfassung in Bezug auf die stationären Fälle
- Grundsatz: Systematik der Kalkulation gemäß InEK-Kalkulationshandbuch
- Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung
- Innerbetriebliche Leistungsverrechnung für die Verteilung der Hilfs- und Nebenkostenstellen

Wegen des InEK-Kalkulationshandbuchs Psychiatrie siehe: <http://www.g-drg.de>

IM CONTROLLING: VON DER GUV ZUM „NETTOBUDGET“

Verursachungsgerecht - nicht gemäß - Kostentragfähigkeit	Kten- klassen 4 bis 7	GuV	Neben- betriebe	Soziale Reha	Forensik	Ambu- lanzen	Zwischen- summe KHG-budget	KHG-Budget der Einrichtung
	Erlöse			Wohnheime, Kindergarten, Werkstatt etc	Kostenträger = Träger der Sozialhilfe	Leistungen der Forensischen Abteilung Leistungen der Sicherungsverwahrung	Krankenhausambulanzen, CA-Ambulanzen, ambulantes Operieren	
Personalkosten								
Sachkosten								
	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	

DRG + NE

ENTWICKLUNG DES CONTROLLINGS

Gestern:

- Controlling findet auf Ebene der Krankenhausplanung/Abteilungsebene statt
- Behandlungszentren und strukturierte Behandlungspfade sind nicht erforderlich
- Die Krankheitsbilder der aufgenommenen Patienten sind dem Controlling unbekannt
 - Zielgrößen sind Berechnungstage und kostendeckende Preise
 - Stellgrößen sind Verweildauern und Fälle sowie die Personalbesetzung
 - Fallschweregrade werden recht grob 4x im Jahr für die Personalbemessung erhoben (PsychPV)

Morgen:

- Controlling wird fallbezogen nach Krankheitsbildern stattfinden.
- Standardisierte Leistungserfassung in Behandlungszentren - für häufige Krankheiten existieren Behandlungsstandards
- Die Krankheitsbilder der aufgenommenen Patienten sind nach erfolgter Aufnahme im Controlling bekannt
 - Zielgrößen sind Behandlungstage und pauschalisierte Preise
 - Stellgrößen sind Verweildauern und Fälle sowie eine leistungsorientierte Personalbesetzung
 - PsychPV wird nur hilfsweise benötigt

KALKULATION „PSYCHIATRIE“ - WORK IN PROGRESS

Arbeitsschwerpunkte INEK

Kostenträger

Behandlungstag
Aufenthalt (Fall)

Leistungsdaten

Vollständigkeit der Leistungserfassung
Differenziertheit der Leistungsinformationen

Kostendifferen-
zierung

Kostenstellengliederung
Kostenartengliederung
Matrixstruktur



II.

Bestimmung der Krankheitsbilder und der Behandlungsphasen



STRATEGISCHE GRUNDLAGEN PSYCH. EINRICHTUNGEN

	Gestern	Heute	Morgen
Kapazitätsvorhaltung	überwiegend in psychiatrischen Fachkliniken	überwiegend in psychiatrischen Fachabteilungen	Verbundeinrichtungen mit kooperativer Vernetzung zur Somatik
Leistungserbringung	Grds. vollstationär	Ambulant vor stationär	Kombinationsbehandlungen mit Somatik
Kalkulation	Selbstkostendeckend mit Deckelung	Umsetzung Psych-PV 90 bzw. 100%	Pauschalisierte Entgelte und neue Spargesetze
Abrechnung	Abteilungs- u. Basis-pflegesätze	Abteilungs- u. Basis-pflegesätze	Tagespauschalen nach med. Kodierung
Schnittstelle Somatik vs. Psychiatrie	Verlegung in die passende Einrichtung	Erste somatische Demenzstationen	Stark verbesserungsbedürftig

BESTANDSAUFNAHME DER KRANKHEITSBILDER DER EINRICHTUNG UND PROFILIERUNG (ZENTRENBILDUNG)

- Welche Krankheitsbilder und wie viele Patienten? → Welche Behandlungsphasen? → Welcher Mitteleinsatz (Personal- und Sachmittel)?
- Strukturierung der Klinik/Abteilung → Zentren für psychiatr. Behandlungen

<i>Demenzzentrum</i> Akute Krise Diagnostik Therapie Regelbehandlung Kontrolldiagnostik Belastungserprobung Nachsorge	<i>Affektives Zentrum</i> Akute Krise Diagnostik Therapie Regelbehandlung Kontrolldiagnostik Belastungserprobung Nachsorge	<i>Schizophrenie Zentrum</i> Akute Krise Diagnostik Therapie Regelbehandlung Kontrolldiagnostik Belastungserprobung Nachsorge	<i>Ambulantes Zentrum</i> Akute Krise Diagnostik Therapie Regelbehandlung Kontrolldiagnostik Belastungserprobung Nachsorge
---	--	---	--



III. Optimierung der Schnittstellen





SCHNITTSTELLEN AMBULANT - STATIONÄR - AMBULANT


- Zur Zeit bestehen i.d.R. keine Belegungsprobleme in der stationären Versorgung; es besteht eher Aufnahmedruck angesichts der kapazitätsmäßig begrenzten Angebote.
- Daraus entwickelt sich ein Druck zur Verweildauerreduzierung in der vollstationären Versorgung und zur ortsnahen ambulanten oder tagesklinischen Weiterbehandlung
- Die demographische Entwicklung bringt eine Leistungsausweitung für die gerontopsychiatrischen Angebote. Ob diese regional ausreichen, ist zu prüfen!
- Zunehmend benötigt werden aufgrund multimorbider Klientel ...
 - Neurologisch-geriatrische Angebote
 - Demenzstationen in somatischen Krankenhäusern
 - Kooperative somatische Versorgungsangebote in psychiatrischen Einrichtungen
 - Sektorale Versorgungsangebote in Stadtteilen bzw. kreisangehörigen Gemeinden
 - Leistungsfähige Psychiatrische Institutsambulanzen an anderen Krankenhäusern in welcher Form auch immer

PROZESSORIENTIERTE PLANUNGSVERFAHREN

- für alle stationären Patienten- bzw. Behandlungspfade -

- ❶ **Mengenplanung:** Was kann, was will ich verkaufen? Fälle, Berechnungstage (zukünftig nach Entgeltkatalog), ICD-Bezug, OPS-Planung (passend zur Leistungsplanung) und Verweildauern → **Mengenkomponente der Umsatzerlöse**
- ❷ **Personalplanung:** Mit welchem Personal ist das zu leisten? Zeitlich bewertete Mengenplanung ergibt den Personalbedarf in den ärztlich-pflegerischen Bereichen, Planung der Ausfallzeiten, Mindestbesetzungen und Planung der Sekundär- und Tertiärleistungsbereiche (Make or Buy). Bewertung der Stellenplanung → **Personalaufwendungen**
- ❸ **Sachkostenplanung:** Planung der variablen und fixen Sachkosten; Instandhaltungsplanung → **Sachaufwendungen**
- ❹ **Entgeltverhandlungen:** → **Erlösplanung**
- ❺ **Kapazitätsplanung:** Betten/Behandlungsplätze ambulant, teil- und vollstationär, wo? Zimmerstandards, geschlossene Bereiche → **Investitionsplanung, Abschreibungen**
- ❻ **Finanzierungsplanung:** vorhandene Fördermittel, Eigenmittel, Aufnahme von Krediten

Soll- (Planung) versus Ist-Entwicklung und Abweichungsanalyse





IV. Aufbau einer IT- Leistungserfassung

EINE LEISTUNGSERFASSUNG IST TEUER UND WIRD DEN PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN NICHT VERGÜTET:

- IT-Programme zur Leistungserfassung → Hardware ausbauen, Software wird sich an der Kalkulation orientieren, Schulung der ärztlich-pflegerischen Mitarbeiter und des Controllings
- Ausbau der Controlling-Abteilung → Personaleinstellung
- Ausbau der Kostenrechnungsabteilung → Personaleinstellung
- Einrichtung eines Berichtswesens zur Leistungsabbildung (Soll-Ist-Vergleich)
- Ab 2013: Neue Fakturiersoftware

VOM PROFITCENTER (KOSTENSTELLENRECHNUNG) ZUR FALLKALKULATION (KOSTENTRÄGERRECHNUNG)

BEISPIEL: FALL, FALLABSCHNITTE UND TAGE

Behandlungsfall (Beispiel)				
Fall-Nr.	4711			
Fallabschnitt	1	2	3	
Psych-PV	Regelbe- handlung	Intensivbe- handlung	Regelbe- handlung	
Leistungen				
Tag	1	6	9	15
Dauer	5	3	7	
Kosten				

Begrifflichkeiten mit Fallbezug:

- „Fall“ = Aufnahme+Entlassung/2
- „FAB“ = Fachabteilung
- „ICD“ = International Classification of Diagnosis
- „OPS“ = Operational Procedure System
- „Kosten“ = Kosten pro Tag

KOSTENTRÄGER lt. InEK = „BEHANDLUNGSTAG“

- Def.: „Behandlungstag“: Jeder Tag mit stationärer Behandlung, auch der Entlassungs- oder Verlegungstag
- Tage ohne Behandlung werden nicht kalkuliert bzw. nicht vergütet (Urlaubstage)
- Patienten individueller Behandlungstag = die an einem bestimmten Tag erbrachten Leistungen und deren Kosten
- Keine tagesbezogenen Mittelwerte eines mehrere Tage umfassenden Behandlungszeitraums

Die Kalkulationsgröße „Behandlungstag“ wird zur Zeit in psychiatrischen Einrichtungen nicht erhoben!

ZITAT

Zum Aufbau einer Kosten- und Leistungsrechnung braucht man

- die Ruhe eines indischen Elefanten,
- die Weisheit eines Philosophen,
- das analytische Denkvermögen eines Mathematikers,
- die Gründlichkeit eines Beamten und
- den Charme eines Entertainers

(„*Aus dem Leben eines erfahrenen Kostenrechners*“, Verlag Tausend und eine Nacht, Leipzig 2010)

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

