

Erlösverteilung und Erlöscontrolling

Erlösverteilung nach DDMI und Erlöscontrolling im Alfried Krupp Krankenhaus

Das Alfried Krupp Krankenhaus umfasst an den beiden Standorten Rüttenscheid und Steele insgesamt 893 stationäre Betten in 17 Kliniken mit zahlreichen hochspezialisierten Bereichen und 20 zertifizierten Zentren. Weitere Einrichtungen wie MVZ, Reha und Hospiz runden das Versorgungsangebot ab. Die ambulante und stationäre Versorgung von jährlich über 120.000 Patienten wird durch mehr als 2.050 Mitarbeiter/-innen sichergestellt. Um der Geschäftsführung und den Chefarzten ein Steuerungselement zur Erlösentwicklung zur Verfügung zu stellen, wurde das Unternehmenscontrolling mit der Erstellung eines umfassenden Erlöscontrollings beauftragt. Zur verursachungsgerechten Zuordnung der Erlöse entschied sich das Unternehmen für die abteilungs- und periodengerechte Erlösverteilung mit Hilfe der DDMI-Methode (Dual-Day-Mix-Index) und die Umsetzung mit TIP HCe.

Bei der DDMI-Methode erfolgt die fallbezogene Verteilung der Erlöse auf die an der Behandlung teilha-

benden Fachabteilungen anhand der abteilungsbezogenen Bewertungsrelationen je Behandlungstag (Day-Mix-Index – DMI). Als Basis wird nicht die Fallzahl, sondern die Verweildauer herangezogen. Durch die Berechnung der Bewertungsrelation pro Tag reduziert sich der Anreiz langer Liegedauern, da der DMI und somit auch die Äquivalenzziffer für die Erlösverteilung mit zunehmender Verweildauer im Normalliegebereich sinkt. Weiteres Merkmal dieser Methode ist die separate Berücksichtigung der einzelnen Erlösbestandteile und die damit verbundene Differenzierung zwischen OP-Bereichen und Non-OP-Bereichen.

Erlösverteilung nach DDMI

Die Verteilung erfolgt in zwei Stufen. Für den OP-Anteil und den Nicht-OP-Anteil werden jeweils Day-Mix-Indizes je Abteilung (Kostenstelle) über die nicht intern verlegten Fälle ermittelt. Bei den Non-OP-Bereichen werden hierbei der effektive Case-mix und bei den OP-Bereichen die



Weiteres Merkmal dieser Methode ist die separate Berücksichtigung der einzelnen Erlösbestandteile und die damit verbundene Differenzierung zwischen OP-Bereichen und Non-OP-Bereichen.



InEK-Referenzkosten herangezogen. Zusätzlich wird der Anteil der Casemixpunkte für den OP-Bereich und Non-OP-Bereich ermittelt, sodass jeweils nur die relevanten Anteile der InEK-Matrix einfließen. Der OP-Anteil (Module 4-7) multipliziert mit dem Relativgewicht liefert den OP-Erlösanteil. Das Effektivgewicht abzüglich dem OP-Erlösanteil ermittelt den Non-OP-Erlösanteil.

In der zweiten Stufe wird die Verweildauer je Fall betrachtet. Nun werden auch die intern verlegten

Fälle berücksichtigt. Die einzelnen VWD-Tage eines Falles werden in Abhängigkeit der Fachabteilung bewertet. Handelt es sich um einen intern verlegten Fall, werden die Tage der Fachabteilung 1 mit dem entsprechenden Abteilungs-DMI 1 und die VWD-Tage der Fachabteilung 2 mit Abteilungs-DMI 2 bewertet. Der Aufwand jedes Verweildauertages unterscheidet sich demzufolge in Abhängigkeit der behandelnden Fachabteilung. Für die OP-Module 4-7 der InEK-Matrix wird die Anzahl der OR-Proze-

duren der erbringenden Abteilung (Kostenstelle) berücksichtigt und anteilig auf die Erbringer verteilt. Für die Fälle mit einem InEK-Erlösanteil in den OP-Modulen ohne OR-Prozeduren wird eine entsprechende Auffangregel definiert.

Erlösverteilung mit TIP HCe

Die Verteilungslogik in TIP HCe basiert auf der InEK-Kalkulationsmatrix. Dabei erfolgt eine Standard-Verteilung der Casemix-Punkte im

Klinik	CMP Plan bis KW 35	CMP IST bis KW 35	MDK bis KW 35	CMP IST bis KW 35 inkl. MDK	Diff. zum Vorjahres- zeitraum	Diff. zum Plan bis KW 35						KW- Plan KW 35
							31	32	33	34	35	
1	2.628	2.846	-14	2.832	+94	+205	89	103	66	64	103	74
2	2.025	2.023	-45	1.978	-21	-47	53	59	53	61	66	57
3	1.847	1.913	-5	1.908	+156	+61	57	49	47	35	49	52

Abb. 1: Wochen-Monitoring

E1-Bereich. E3-DRG und ZE werden ebenfalls über die InEK-Modulkomponenten verteilt, wobei die Anteile der einzelnen Module individuell bestimmt werden können. Zudem können krankenhausesindividuelle Regelungen integriert und berücksichtigt werden.

Dreistufiges Erlöscontrolling

Im Alfred Krupp Krankenhaus wurde ein dreistufiges Erlöscontrolling etabliert, um einen zeitnahen und umfassenden Überblick über die Erlössituation des Krankenhauses zu ermöglichen. Die aktuelle Leistungsentwicklung wird wöchentlich montags mit Hilfe des Monitorings

präsentiert. Mittels DRG-Erlöscontrolling wird monatlich (am ersten Montag des Folgemonats) eine Übersicht der Leistungsentwicklung seit Jahresbeginn nebst Hochrechnung zum Jahresende erstellt. In gleichem Turnus erfolgt im sog. Dashboard die Übersicht der Erlöshochrechnung für den Jahresabschluss und die Entgeltverhandlungen.

Für alle drei Berichte wurden bisher der § 21-Datensatz aus SAP, die E-Statistiken aus SAP sowie die MDK-Daten aus dem RKT-Tool herangezogen. Die Erstellung der Berichte, die vor der Einführung von TIP HCe deutlich zeitaufwendiger war, erfolgt künftig automatisiert.

Das Monitoring bietet einen schnellen Überblick zur aktuellen Erlössituation gegenüber der Vorjahresentwicklung und dem Planansatz. Zudem wird die fachabteilungsbezogene Entwicklung der letzten fünf Kalenderwochen dargestellt. Auch die MDK-Kürzungen werden (kalkulatorisch) berücksichtigt.

Für das DRG-Erlöscontrolling wird eine automatisierte Hochrechnungssystematik verwendet, die auch die Möglichkeit zur manuellen Anpassung bietet. Die fachabteilungsbezogene Hochrechnung erfolgt mithilfe eines Referenzwertkorridors (linear bzw. analog Vorjahresverteilung) und wird in enger Abstimmung mit dem Medizincontrolling durchgeführt.

DRG - E1	IST 2018	Plan 2019	Jan bis Aug 2019			Prognose		Vorjahres- zeitraum	Diff. zum VJZ
			Plan	IST	Diff.	HR	Diff.		
DRG Fallzahl	1.020	1.032	688	701	+ 13	1.064	+ 32	670	+ 31
<i>davon unbewertet</i>	0			4					
CMP vor MDK	2.753,564			1.922,709		2.916,913		1.761,924	
<i>MDK-Kürzungen lfd. GJ</i>	-24,122			-11,275		-16,913		-16,081	
CMP (abteilungsgerecht)	2.729,442	2.759,000	1.839,333	1.911,434	+ 72	2.900,000	+ 141	1.805,057	+ 106
<i>davon ausländ. Patienten</i>	79,869	90,000		85,665		128,498		59,215	
CMI	2,676	2,673	2,673	2,727	+ 0,053	2,727	+ 0,053	2,694	+ 0,033
<u>DRG-Verweildauer</u>	<u>4,97</u>		<u>8,90</u>	<u>4,70</u>	<u>-4,21</u>				
<i>davon DRG - Überlieger</i>	11			3				11	
<i>davon CMP - Überlieger</i>	66,018			24,632				66,018	

Abb. 2: DRG-Erlöscontrolling

IST CMP nach E1	davon ausl. Pat.	bisherige Kürzungen	IST CMP (brutto)	HR CMP gemäß EC (brutto)	Kürzungs- quote	Kürzungen gesamt (in CMP)	Kürzungen lfd. Jahr (in CMP)	ausl. Pat.	HR CMP nach E1	HR CMP Kürzungen Folgejahre	HR CMP inkl. MDK- Kürzungen
2.729,442	79,869	24,122	2.673,695	2.673,695	2,19%	-58,593	-24,122	79,869	2.729,442	-34,472	2.615,101

Legende:

Hochrechnung der IST CMP (brutto) unter Berücksichtigung der Kürzungen des laufenden Jahres für entlassene Fälle des laufenden Jahres. Entspricht den CMP lt. Jahresabschluss.

Hochrechnung der IST CMP (brutto) unter Berücksichtigung der Kürzungen sowohl des laufenden Jahres als auch der Folgejahre (kalkulatorisch) für entlassene Fälle des laufenden Jahres. Entspricht den CMP lt. Entgeltverhandlung.

Abb. 3: Monatliches Dashboard

Im Dashboard werden die E1 Case-Mix-Punkte zunächst um die bisherigen Kürzungen bereinigt und damit die ursprüngliche Brutto-Leistung (vor MDK-Kürzungen) ermittelt. Diese wird anschließend korrespondierend zum DRG-Erlöscontrolling unter Berücksichtigung der MDK-Kürzungen hochgerechnet. Die dazu erforderlichen fachabteilungsbezogenen Kürzungsquoten werden anhand eines rollierenden zwölfmonatigen Referenzzeitraums ermittelt. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Hochrechnung der Case-Mix-Punkte für den Jahresabschluss und liefert zudem eine Planungsgrundlage für die Entgeltverhandlungen.

Darüber hinaus bietet das Dashboard einen doppelten Nutzen für das Finanz- und Rechnungswesen. Der Bericht dient nicht nur als Beleg zur unterjährigen Erlösabgrenzung für die Monatsberichte, sondern wurde darüber hinaus von den Wirtschaftsprüfern als Schema zur Ermittlung der MDK-Rückstellungen anerkannt.

Vorteile der Umsetzung mit TIP HCe

Die Erstellung des Erlöscontrollings und der Erlösverteilung mit TIP HCe bringt nicht nur eine deutliche Zeitersparnis bei der Berichterstellung und dem Berichtversand, der über ein Repository abgewickelt wird, sondern auch eine Minimierung des Fehlerpotenzials. Darüber hinaus ermöglicht das System die flexible Handhabung hausindividueller Besonderheiten, die bislang nicht oder nur bedingt berücksichtigt werden konnten.

Ausblick

Nach der Finalisierung der Erlösverteilung und dem Berichtsaufbau des dreistufigen Erlöscontrollings in TIP HCe ist die Einführung des Cube Wizard geplant, um zusätzlich z.B. Vorjahresdaten des gleichen Auswertungsstandes flexibel in das System einbinden zu können. Außerdem ist die Anpassung der Berichtssystematik an die bevorstehenden gesetzlichen Änderungen im Zuge des MDK-Reformgesetzes und der Änderung bei der Pflegekostenfinanzierung vorgesehen.



Michael Reining

Leitung
Unternehmenscontrolling