

Umfrage: Finanzielle Abbildung der Intensivmedizin in der Schweiz

Tarifkommission SGI, Februar 2020

2. Juni 2020

1 Einleitung

In den schweizerischen Spitälern werden für die Betriebsbuchhaltung und damit auch für die Kostenträgerrechnung die Standards gemäss REKOLE® angewendet. Diese Kostendaten sind eine wichtige Grundlage für die Berechnung der Kostengewichte in SwissDRG. Allerdings enthält REKOLE® bezüglich der Abbildung von Leistungen in einer Intensivstation oder in einer IMC nur relativ wenige, allgemein gehaltene Vorgaben. Das einzelne Spital hat damit relativ viele Freiheiten und ein direkter Vergleich der einzelnen Positionen in REKOLE® ist daher nur bedingt möglich.

Die Tarifkommission der SGI hat deshalb 2019 eine Umfrage bei den ärztlichen Leitungen zertifizierter schweizerischer Intensiv- und IMC-Stationen durchgeführt. Ziel dieser Umfrage ist eine Bestandsaufnahme hinsichtlich Erfassung und Abbildung der anfallenden Kosten einer Intensiv- oder IMC-Station in der Kostenträgerrechnung. Daneben werden auch Informationen zu finanzrelevanten Strukturen und Prozessen der jeweiligen Spitäler erfragt.

2 Resultate

2.1 Epidemiologische Daten)

37(85) 44% der ärztlichen Leitungen der Intensivstationen und 8 (36) 22% der IMC-Stationen beantworteten den Fragebogen, oft mit Hilfe eines Controllers. Aufgrund der geringen Zahl von IMC-Stationen von welchen 5 (8) aus universitären Spitälern stammen konnten die meisten Auswertungen nur für Intensivstationen vorgenommen werden. In der

Ostschweiz, Espace Mittelland und Zürich beobachteten wir bei den Intensivstationen eine return rate von annähernd 0.5, im Bassin Lemanique 0.4 und eine deutlich niedrigere in der Nordwestschweiz, Zentralschweiz und Ticino (Abb. 1). 15 (30%) der Datensätze stammen

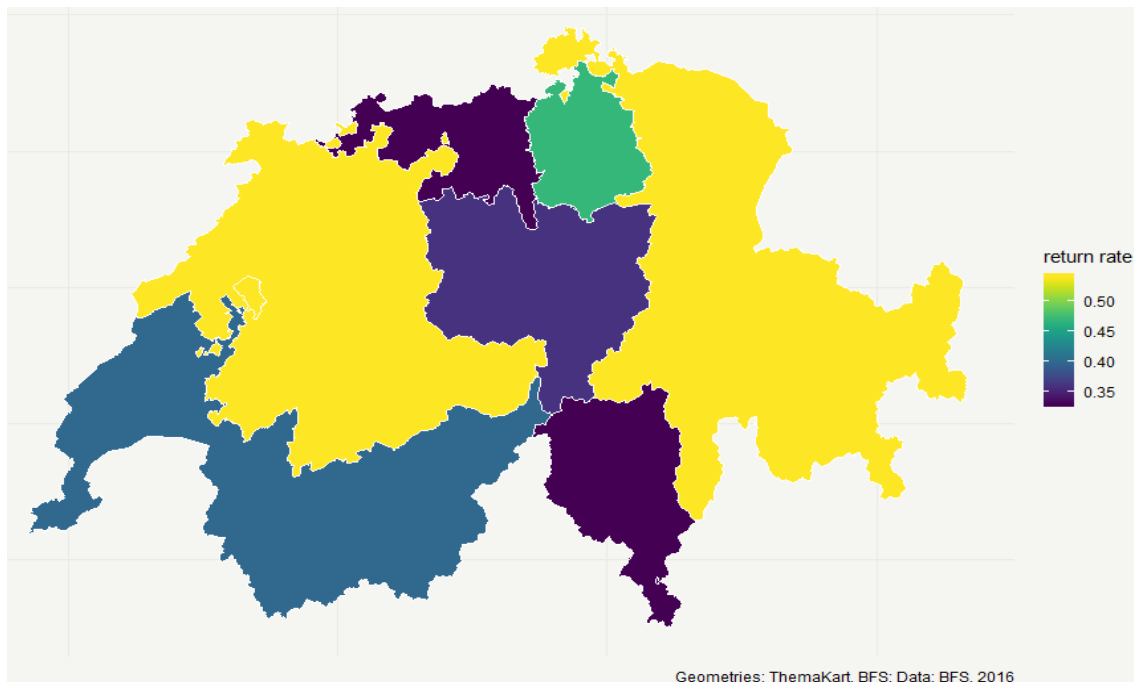


Abbildung 1: Rücklaufquote (overall = 44%)

aus Kantons-, 15 (30%) aus Regional-, 8 (18%) aus Universitäts-, 5 (11%) aus Privat- und 2 (0.4%) aus Kinderspitälern. 27 (60%) der Antworten stammen aus Stationen mit 6-10 Patientenplätzen. 60% der Intensivstationen und 50% der IMC-Stationen verfügen über ein elektronisches PDMS, wobei keine eindeutige Marktdominanz eines bestimmten Herstellers festgestellt werden kann. Die grosse Mehrheit aller Stationen (90%) sind eigenständige Kostenstellen im Spital, ohne dass relevante Unterschiede zwischen den verschiedenen Spitaltypen ersichtlich sind. Controllingsitzungen finden meist vierteljährlich statt (30%). In 16% erfolgt das Controlling nur online und in 24% findet sogar überhaupt kein Austausch zwischen der IPS-Leitung und dem Controlling statt.

Die Salärfestlegung der ärztlichen Leitung erfolgt meist in Form eines Fixlohns (32%). Unterschiedliche Modelle von Fixsalären mit zusätzlichen Umsatz-, oder Erfolgsbeteiligungen oder Beteiligung an einem Honorarpool sind in Gebrauch. Eine Festsetzung der Saläre durch individuelle Absprache mit dem CEO erfolgt noch in 16% der Stationen. Es können bezüglich Salärfestlegung keinerlei Unterschiede bezüglich Spitaltyp, Spital-, resp. Stationsgrösse oder Region gefunden werden.

2.2 Abbildung der Kosten

Die Kosten werden bezüglich folgender Aspekte untersucht: Ärztlicher Aufwand, Pflegeaufwand, Verbrauchsmaterial und Medikamente, Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), Laborarbeiten, Bildungs- und Overheadkosten (Verwaltung, Reinigung, Strom, etc.). In bestimmten Bereichen, z.B. den Bildungs- und Overheadkosten zeigt sich grosse Unsicherheit (bis 30%). Relativ einheitliche Abbildung erfolgt für Laborarbeiten (individuelle Verrechnung, z.B. Laborleistungskatalog), Therapiekosten (individuelle Verrechnung, Minutage) und Verbrauchsmaterial resp. Medikamente (individuelle Verrechnung, z.B. Einkaufspreis).

Die Kosten für den Pflegeaufwand werden meist mittels Nursing Workload Scores berechnet, wobei der NEMS in etwa der Hälfte der Fälle Verwendung findet (Abb. 2). Fasst man die Anwendung von NEMS, SGI-Kategorien und Komplexpunkten als MDSi-related zusammen, so bildet die Mehrheit der Stationen (60%) die Kosten des Pflegeaufwandes via MDSi ab. Einige Stationen verwenden weiterhin LEP (19%). Auffällig ist, dass keine einzige Station individuelle Pflegekosten berechnet. Die grösste Heterogenität besteht bei den

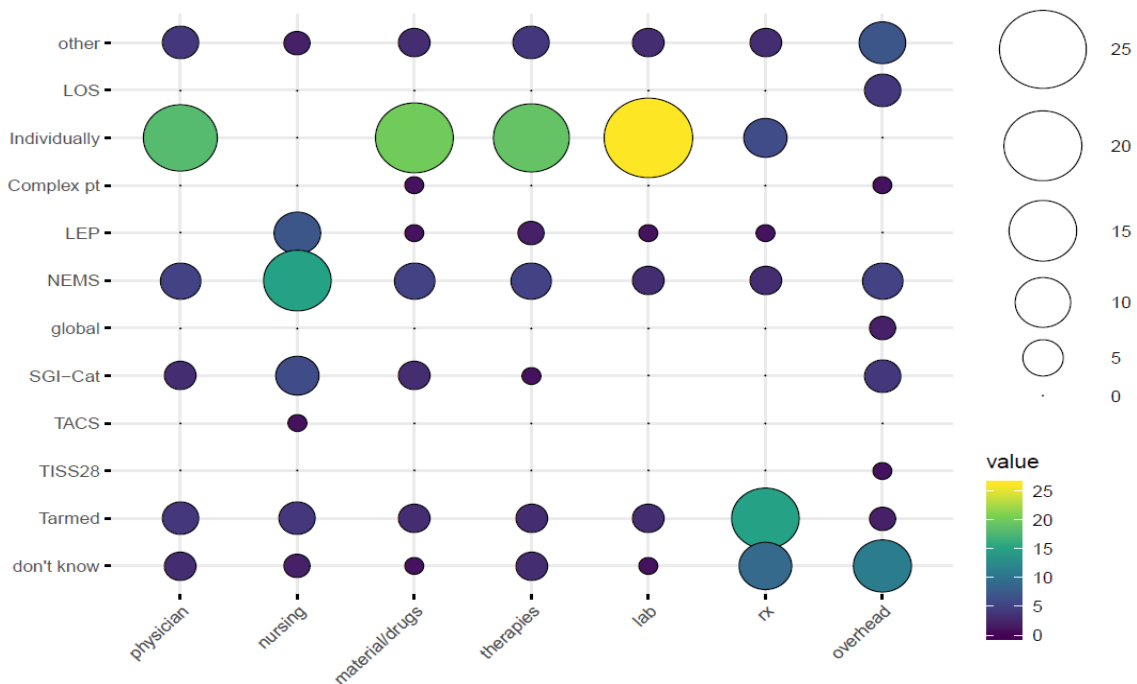


Abbildung 2: Erfassung der Kosten, n = Anzahl Stationen

ärztlichen Leistungen, wobei keine Unterschiede bezüglich Spitaltyp, Spital-, Grösse der Intensivstation und Region feststellbar sind. Am häufigsten werden individuelle Leistungen verrechnet, wobei nicht eruierbar ist, auf welcher Grundlage diese Minutage erhoben oder

berechnet wird. In zweiter Position befinden sich auf MDSi (NEMS, SGI-Kat.) basierende Umlageberechnungen. Eine kleinere Anzahl von Stationen (10%) berechnet die ärztliche Leistung aufgrund des alten Tarmed, während 19% der Stationen andere System verwenden, oder die ärztlichen Stationsleiter nicht wissen, wie die entsprechenden Kosten erhoben werden.

2.3 Verteilung der Erlöse

Die Erlöse aus den DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte der auf der Intensivstation erbrachten Leistungen werden am häufigsten auf die Austrittsklinik geleitet (50%). In 30% findet eine proportionale Aufteilung der Erlöse zwischen der Intensivstation und den anderen am Fall beteiligten Kliniken statt, wobei aus der Umfrage keine Hinweise über den jeweiligen Aufteilungsschlüssel entnommen werden können. In einem kleinen Teil der Fälle gehen die Erlöse an die zuweisende Klinik (Auftraggeber). In 40% werden die Zusatzentgelte der Intensivstation zugesprochen. Sehr heterogen werden die Erlöse für ärztliche Interventionen auf der Intensivstation bei den zusatzversicherten Patienten aufgeteilt (Abb. 3). Auffälligerweise werden die Abgeltungen für solcher Interventionen in kleinen Intensivstationen (6-10 Behandlungsplätze) mehrheitlich direkt auf den Leistungserbringer verrechnet (50%), während dies bei grösseren Stationen nie der Fall ist.

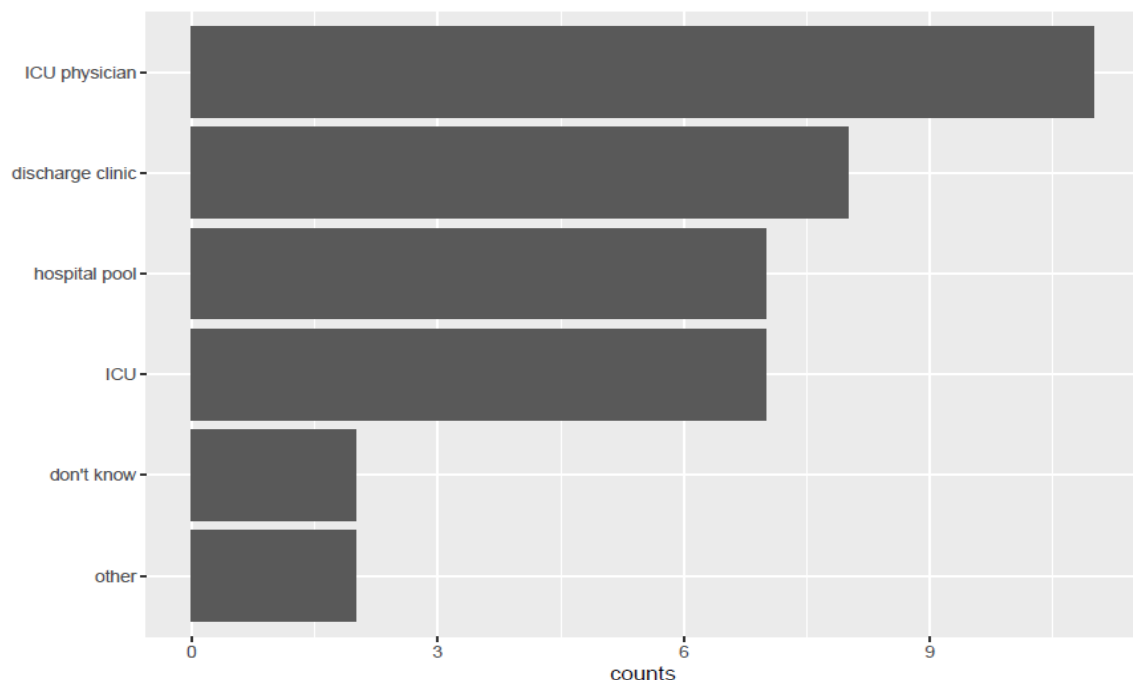


Abbildung 3: Wer erhält die Erlöse für Interventionen in der IPS bei Zusatzversicherten

2.4 Zufriedenheit

Die mittlere Zufriedenheit (Skala 1 = sehr unzufrieden bis 6 = sehr zufrieden) der ärztlichen Leitungen beträgt 4.5 ± 1.10 bezüglich Saläre, 4.0 ± 1.60 bezüglich Aufteilung der Abteilungen von Zusatzversicherten, 3.4 ± 1.77 bezüglich Controlling und 4.0 ± 1.34 bezüglich Arbeitszeit. Die Zufriedenheiten mit den Salären und der Arbeitszeit scheinen regional unterschiedlich zu sein, wobei die besten Werte jeweils in den Regionen Zentral- und Ostschweiz, die schlechtesten Werte in der Region Ticino liegen (Abb. 4, 5). Die Zufriedenheit

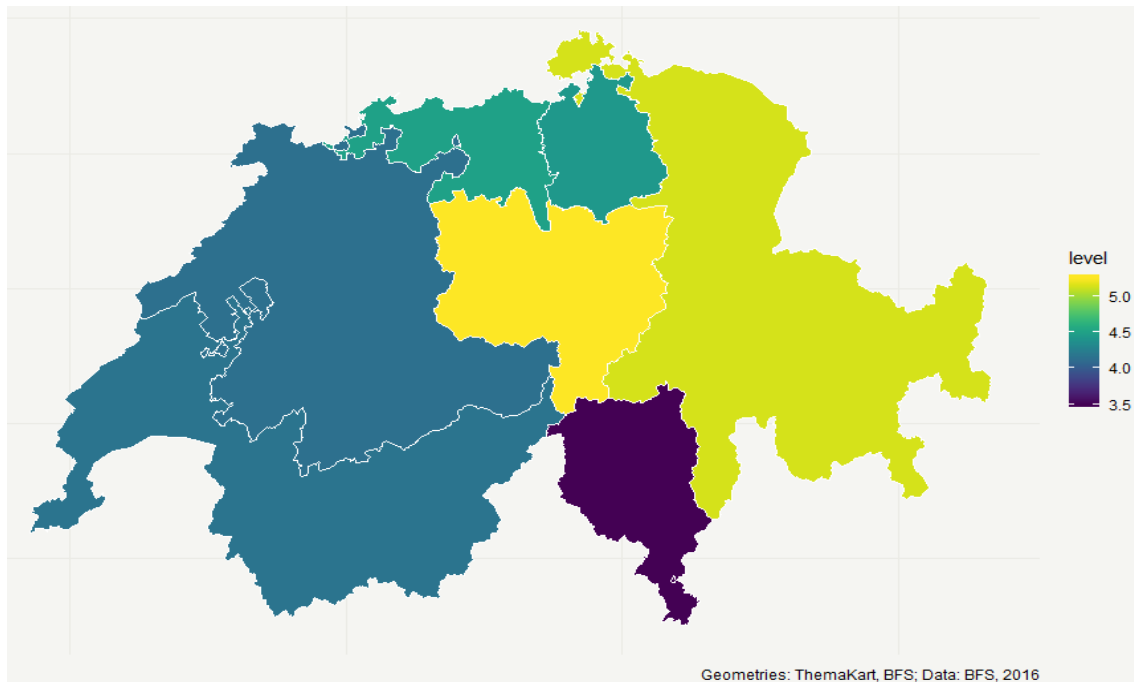


Abbildung 4: Zufriedenheit mit der Entlohnung

mit der Entlohnung und der Arbeitszeit ist jedoch unabhängig vom Spitaltyp, Spital- und Stationsgrösse.

3 Summary

Die Befragung der ärztlichen Leitungen der zertifizierten schweizerischen Intensivstationen zeigt erhebliche Heterogenität bezüglich Abbildung der in der Intensivstation erbrachten Leistungen in der Kostenträgerrechnung. Während Laborarbeiten, therapeutische Leistungen, Verbrauchsmaterialien und Medikamente meistens mittels Minutage oder direkter Kosten (Laborleistungskatalog, Einkaufskosten) auf den Kostenträger verrechnet werden, besteht grössere Heterogenität bei den pflegerischen und besonders bei den ärztlichen

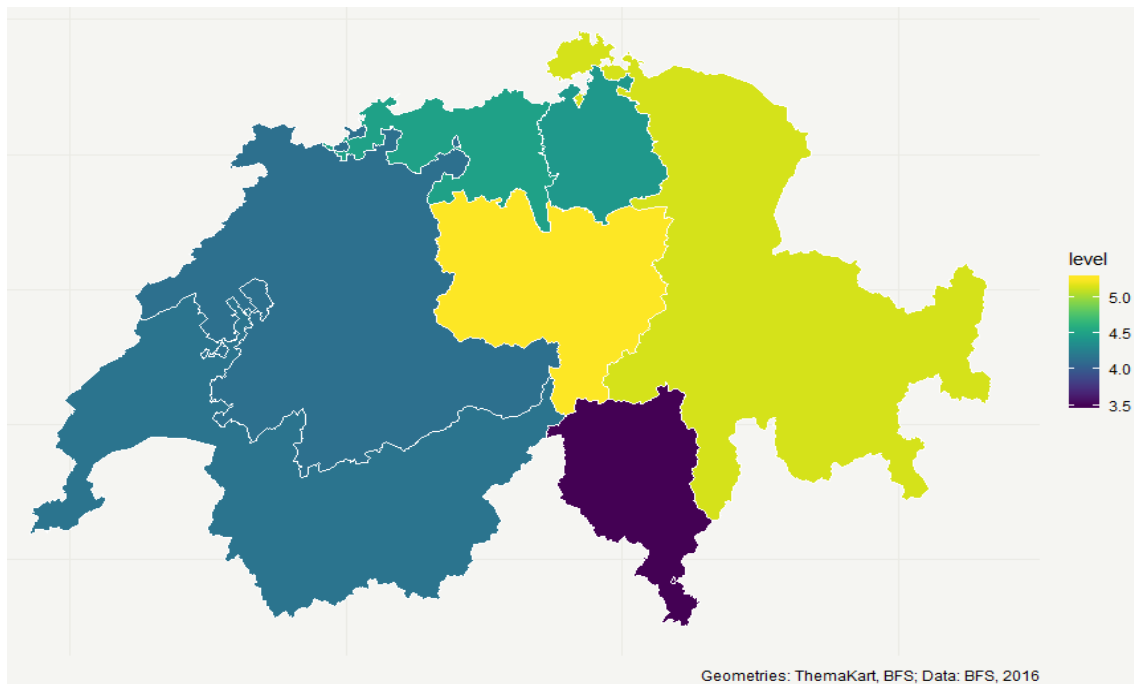


Abbildung 5: Zufriedenheit mit der Arbeitszeit

Leistungen. Erstere werden meist mittels Workload Scores (v.a. MDSi basiert: NEMS, SGI-Kat.) erhoben. Die ärztlichen Leistungen werden oft mittels einer nicht genauer definierten Minutage auf den Kostenträger umgelagert. Gelegentlich erfolgt die Umlagerung auch hier mittels MDSi basierten Daten (NEMS, SGI-Kat) oder basierend auf den alten Tarmedpunkten.

Grosse Unterschiede bestehen bezüglich Controlling-Prozess, Festlegung der Saläre der ärztlichen Stationsleitungen und Aufteilung der Erlöse zwischen den am Fall beteiligten Spitalabteilungen.

Verbesserungsbedürftig scheint das Controlling zu sein. Neben regionalen Unterschieden fällt auf, dass in einigen Stationen gar kein Kontakt zwischen ärztlicher Stationsleitung und Controlling-Abteilung zu existieren scheint. Die mittlere Zufriedenheit der ärztlichen Stationsleiter bezüglich Saläre, Aufteilung der Abgeltungen zusatzversicherter Patienten und Arbeitszeit scheint gerade befriedigend zu sein. Dabei sind regionale Unterschiede zu beobachten.