

Warum der Controller ein PDMS liebt

Marcus M. Werners

 **INSELSPITAL**

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



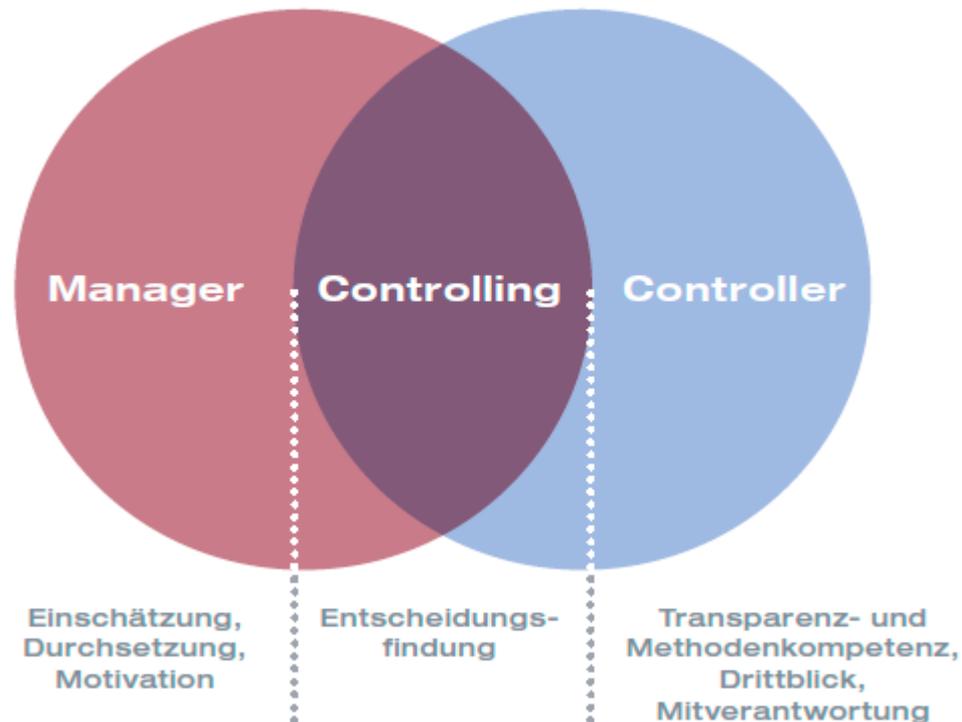
Direktion Dienste, Controlling

Agenda

- Controller kontrollieren, oder?
- Ein paar Zahlen...
- Im Detail
- Herausforderungen

Controlling

- Transparenz der Kosten und Erlöse: Was, wo, wofür?



(Quelle ICV, in Anlehnung an A. Deyhle)

Zwei Bilder: Öffentliche Wahrnehmung

- „Das Personal ist der grösste Kostenfaktor auf der Intensivstation.“



Zwei Bilder: Wettbewerb um Personal

Pflegeleiter/-in Intensivstation

(Arbeitspensum 80 - 100 %)

+ Hauptaufgaben

+ Anforderungsprofil

- Unser Angebot

- Abwechslungsreiche Arbeit in lebhafter 10-Betten Intensivstation eines sich weiterentwickelnden Zentrumsspitals
- Flexible Führungsmodelle möglich (z. B. Co-Leitung)
- Motiviertes und innovatives interprofessionelles Team
- Enge Zusammenarbeit mit ärztlicher Leitung der Intensivstation
- Fortgeschrittene Informatik- Infrastruktur (PDMS)
- Mitgestaltung des IPS-Netzwerkes Sudostschweiz (INSO)
- Koordination/Mitarbeit in NDS HF IP in Zusammenarbeit mit externem Bildungsanbieter
- Mitglied der Pflegekaderkonferenz
- Mitgestaltung bei der Neubauplanung der Intensivstation

Zahlen zu Intensivstationen

- Interview Reto Stocker (2006)
 - „zwischen 10 und 20 Prozent der Spalkosten“
 - „man in den nächsten 20 Jahren die Intensivkapazität verdoppeln muss“
- Halpern e.a. (2010)
 - „In 2005, critical care medicine costs represented 13.4% of hospital costs, 4.1% of national health expenditures, and 0.66% of the gross domestic product.“
- SwissDRG AG (Webfeedback 2013, Datenjahr 2012)
 - Über 700'000 Fälle
 - Kostenkomponente IPS und IMC: 7.41 % der Gesamtkosten (ohne Anlagennutzung)

Was kostet der Intensivtag?

- Alle Kosten auf der Intensivstation (Kostenträgerrechnung)
- Geteilt durch die Aufenthaltszeit dieser Patienten dort

- Was kosten 24 Stunden pro Patient so ungefähr?
 - a) 1'500 CHF
 - b) 3'500 CHF
 - c) 5'000 CHF

Im Detail (Insel, Kostenträgerrechnung 2013)

- Anteil „IPS und IMC“: 8.51 % der Gesamtkosten
 - Verteilung der Kosten auf IPS und IMC
 - Einzelkosten, Gemeinkosten, Anlagenutzung

Anteil	Kostenart
100,00%	Summe Gemeinkosten und Anlagenutzung
67,42%	Personalkosten
10,84%	übrige Infrastruktur (Räume, IT, Reinigung)
9,47%	Overhead Spital
9,35%	Medizinischer Bedarf
-5,01%	Anteil Med. Bedarf als Einzelkosten verrechnet
4,07%	Übrige Betriebskosten
2,39%	medizinische Infrastruktur (Medizintechnik, Apotheke, Transporte)
1,85%	Summe Abschreibungen und Zinsen
-0,37%	Kostenminderung (im wesentlichen Finanzierung AA Ausbildung)

Kosten

- Einzelkosten
 - Auf den Fall erfasst (im PDMS)
 - Medikamente, Blutprodukte, Implantate, Fremdleistungen
- Gemeinkosten
 - Auf den Fall verrechnet
 - Personalkosten sind der grösste Teil
 - Verrechnung über Leistungen (z.B. Zeit, TISS, LEP, PRN)
 - Leistungen sind im PDMS dokumentiert
- Die Mehrheit der Kosten ist durch Informationen aus der medizinischen Dokumentation erklärt!

Erlöse

- DRG Eingruppierung beeinflusst durch
 - Nebendiagnosen
 - Verlaufsdiagnosen
 - Komplizierende Prozeduren
- Zusatzentgelte
 - Medikamente
 - Blutkonserven
- Der Erlös wird durch Informationen aus der medizinischen Dokumentation bestimmt!

Einschätzung

- Kosten erklärt durch med. Dokumentation: 74.16 %

Anteil	Kostenart
100,00%	Summe Gemeinkosten und Anlagenutzung
67,42%	Personalkosten
10,84%	übrige Infrastruktur (Räume, IT, Reinigung)
9,47%	Overhead Spital
9,35%	Medizinischer Bedarf
-5,01%	Anteil Med. Bedarf als Einzelkosten verrechnet
4,07%	Übrige Betriebskosten
2,39%	medizinische Infrastruktur (Medizintechnik, Apotheke, Transporte)
1,85%	Summe Abschreibungen und Zinsen
-0,37%	Kostenminderung (im wesentlichen Finanzierung AA Ausbildung)

Klarer Fall (eigentlich)

- PDMS: Ausrichtung auf Anästhesie und Intensivmedizin
 - „umfangreichste“ medizinische Dokumentation
 - „beste“ Grundlage für Kostenermittlung
- „Eine intelligente medizinische Dokumentation erledigt die administrative Dokumentation mit.“
 - Postulat von Prof. Fleck, Chefarzt Kardiologie am Herzzentrum Berlin, seit mindestens 1992
- Flächendeckendes PDMS im Spital führt zu
 - Kostenwahrheit, Abrechnungperfektion
 - Ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand

Realität

- Studienlage

- „hospital computing ...does not reduce administrative or overall costs.” - Himmelstein e.a. (2010)
- „impact of a CCIS on time spent charting and in direct patient care remains unclear.” - Mador e.a. (2009)
- “ausgewertet mit Hilfe eines PDMS, eine funktionsfähige Kostenträgerrechnung ... möglich“ - Ruffer e.a. (2009)
- “We found no clear evidence for cost savings after the PDMS ...PDMS has probably minimal or no effect on reimbursement” – Castellanos e.a. (2013)
- „ICIS ... alters nursing activity; it reduces the time for documentation and increases the time devoted to patient care.” – Bosman e.a. (2003)

Fragen an die PDMS Implementierungen

- Wie viele der 87 Intensivstationen (CH) nutzen ein PDMS?
- Übergabe der dokumentierten Medikamente, Implantate, Blutprodukte, Fremdleistungen strukturiert und automatisiert an die Kostenträgerrechnung?
- Ableitung von Beatmungszeiten, Scores, Pflegeklassifikationen etc. ohne zusätzliche Erfassung?
- Falls PDMS nicht das einzige klinische Informationssystem: Bidirektionaler Austausch von strukturierten Daten?
- Bedienbarkeit, Support, Verfügbarkeit?
- Würde ein Paketdienst so arbeiten?

Was tun?

- Dilemma

1. PDMS sind aufwendig zu beschaffen und zu betreuen.
2. Deshalb werden sie wenig gekauft/genutzt.
3. Deshalb wird nicht in Funktionalität investiert.
4. Siehe 2.

- Ausweg (ein Traum)

- Spitäler beschaffen nur noch **ein** Dokumentationssystem für Normalstation, Anästhesie, Intensivmedizin, dieses aber parametrierbar nach den Abläufen der Einheiten
- Nutzen dabei die Chance ihre Abläufe zu überdenken...

It's the economy, stupid

- PDMS heute: 20 TEUR / 30 TCHF pro Bett
- Damit werden X Prozent der Intensiv-/Anästhesiebetten versorgt und die Anbieter können überleben.
- Wenn statt dessen Y Prozent aller Spital-Betten mit einem PDMS betrieben würden
 - Preis pro Bett, Spital?
 - Anbietervielfalt?
 - Funktionsumfang?
 - Aufwand für Support im Spital(verbund)?

Zum Mitnehmen

- (Nur) mit einem PDMS: Kostentransparenz
- Ideales PDMS
 - Nicht auf Intensivmedizin und Anästhesie beschränkt
 - An reflektierten klinischen Abläufen orientiert
- Risiken bei PDMS und KIS gleichzeitig
 - Problematische Schnittstellen
 - Medienbrüche / Doppelerfassung
 - Informationsverlust
- Grösserer Markt als Chance für ein besseres PDMS

Glauben Sie nicht?

- „The reasonable man adapts himself to the world: the unreasonable one persists in trying to adapt the world to himself. Therefore all progress depends on the unreasonable man.”
 - George Bernhard Shaw (1903): Maxims for Revolutionists
- Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
- Ihre Fragen?