

Hohe Transparenz mit der Kostenträgerrechnung



Stefan Mörgeli, moergeli@keller-beratung.ch

Ein Erfahrungsbericht aus der Uniklinik Balgrist

Mit der Publikation «Einführung der Kostenträgerrechnung – Ein Handbuch» vom Oktober 2002, verpflichtete die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die subventionierten Spitäler des Kantons, per 2004 eine Kostenträgerrechnung einzuführen. Die Uniklinik Balgrist beauftragte anfangs 2003 sodann die Keller Unternehmensberatung AG mit der Projektleitung für die Implementierung.

Es wurde eine im Spitaladministrationssystem OPAL integrierte Lösung angestrebt. Dies hatte den Vorteil, dass keine neuen Schnittstellen erforderlich waren, da die Subsysteme bereits Leistungs- und medizin-statistische Daten lieferten.

Nach einer ausführlichen Aufnahme des Standes der Leistungserfassung und dem Erstellen des Detailkonzeptes, wurde die Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung gemäss den Zürcher Standards im System aufgebaut. Während dieser Zeit konnten durch intensiven Dialog mit der Software-Lieferfirma die Funktionalitäten ergänzt und verbessert werden. 2003 diente als Testjahr. Die so gewonnen Erkenntnisse konnten in die Parametrisierung 2004 einfließen. Die Abstimmung der Kostenstellen- mit der Kostenträgerrechnung ergab nach Verrechnung der sachlichen Abgrenzungen zwischen den beiden Rechnungen eine Differenz von Null.

Für das Jahr 2004 stehen der Uniklinik Balgrist nun qualitativ gute Zahlen für verschiedenste Auswertungen zur Verfügung. Besonders interessant sind die Auswertungen der durchschnittlichen Fallkosten pro DRG und Spitalklasse, wird doch im Zusatzversicherungsbereich seit 2004 bereits mit einem leistungsorientierten Finanzierungsmodell mit den

[weiter auf Seite 2](#)

Inhalt

Interview mit Gebhard Nussbaumer

Seite 2

DRG-Finanzierung Wieso ist der Trim Point wichtig?

Seite 3

Interview mit Heinz Witschi

Seite 3

Auslastung der Operationsabteilung als Führungskennzahl

Seite 4

E-Faktura im Spital

Seite 5

Klinikinformationssysteme (KIS)

Seite 6

Seminar Herausforderung DRG

Seite 8

Krankenkassen abgerechnet, bei welchem die DRG eine Komponente sind.

Für das Jahr 2005 sind weitere Verbesserungen vor allem im Bereich der Zurechnung der Einzelkosten (Material, Medikamente) geplant.

Die Behandlungskosten der Uniklinik Balgrist können heute pro Fall und gruppiert nach Fallmerkmalen wie dem DRG ausgewiesen werden. Die von den Leistungsfinanzierern (Versicherer und öffentliche Hand) geforderte Transparenz ist vorhanden. ◀



Interview mit Gebhard Nussbaumer, Leiter Finanz- und Rechnungswesen der Uniklinik Balgrist

Wurden Ihre Zielsetzungen für das Projekt «Einführung Kostenträgerrechnung» erreicht?

Die Zielsetzungen wurden mehr als erreicht. Die Datenqualität des Testjahres, resp. des Einführungsjahres war derart präzise, dass bereits für das Jahr 2003 zuverlässige Auswertungen zur Verfügung standen. Mit den Optimierungen im Jahr 2004 haben wir heute eine Kostenträgerrechnung, welche alle innerbetrieblichen Anforderungen sowie die Standards des Kantons Zürich voll erfüllt.

Welches waren die besonderen Herausforderungen in diesem Projekt?

Das Softwaremodul unseres Lieferanten Ordi-Conseil wurde das erste Mal in der Deutschschweiz eingesetzt. Es musste an die Zürcher Anforderungen angepasst werden, was einen regen Dialog zwischen Projektleitung und Lieferfirma verlangte. Eine der grössten Herausforderungen war die Leistungserfassung. Leider mussten wir feststellen, dass die Leistungen nicht immer auf der richtigen Erbringerkostenstelle erfasst wurden. Dies hatte Auswirkungen auf

die Parametrisierung der Systeme. Zudem mussten wir von 2003 auf 2004 auch den TAR MED in der KTR berücksichtigen. Ein besonderes Augenmerk richteten wir auf die Abstimmung zwischen der KORE (Kostenrechnungsmodul der GD ZH, basierend auf dem H+-Modell) und der KTR. Unter Berücksichtigung der fallunabhängigen Kosten gibt es zwischen den beiden Kostenrechnungen keine Differenzen mehr.

Welches sind für Sie die wesentlichen Aussagen, welche Ihnen die Kostenträgerrechnung heute liefert?

Wir sind heute in der Lage, Fallkosten und durchschnittliche Fallkosten nach verschiedenen Kriterien zu ermitteln. So interessieren uns z.B. ganz besonders Auswertungen nach Versicherungsklassen und solche nach DRGs.

Wie und wofür verwenden Sie die Auswertungen aus der Kostenträgerrechnung, insbesondere die durchschnittlichen Fallkosten pro DRG?

Die DRG-Finanzierung steht auch bei uns vor der Tür. Wir sind darauf angewiesen, gute Grundlagen für die Verhandlungen der Baserate zu haben und die erzielten Erlöse nachkalkulieren zu können. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich führt mit den Zahlen 2004 ein Benchmarking der Durchschnittskosten pro DRG zwischen den Spitälern durch. Wir sind natürlich daran interessiert, wie wir im Vergleich zu anderen hochspezialisierten Häusern abschneiden und vor allem daran, allfällige Abweichungen schnell analysieren zu können.

Hat der Projektleiter der Keller Unternehmensberatung AG Ihre Erwartungen erfüllt?

Ja, wir können ihn bestens weiterempfehlen, allerdings mit der Bitte verbunden, dass er uns auch weiterhin zur Verfügung steht, denn auf seine Erfahrung und sein Fachwissen möchten wir keinesfalls verzichten. ◀

Dr. Othmar Hausheer, hausheer@keller-beratung.ch

DRG-Finanzierung Wieso ist der Trim Point wichtig?

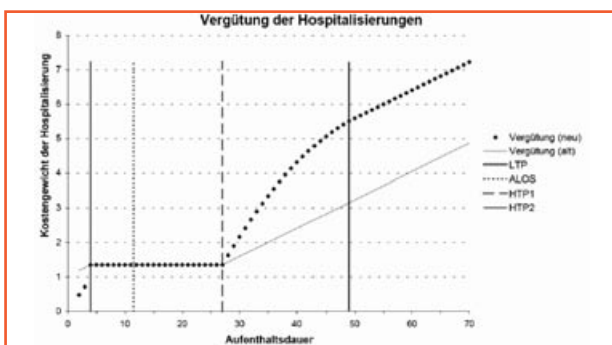
In mehreren Kantonen werden Modelle einer DRG-basierten Spitalfinanzierung betrieben. Weitere Kantone sehen die Einführung einer leistungsorientierten Abgeltung auf den Zeitraum 2006/2007 vor. Die Spitäler bereiten sich mit unterschiedlicher Intensität auf diese Finanzierungsform vor.

Im Wesentlichen zeigen die Vorbereitungsarbeiten indes folgende Stossrichtungen:

- Ausbau des betrieblichen Rechnungswesens, insbesondere Einführung einer Kostenträgerrechnung
- Optimierungen im Bereich der Codierung (siehe auch nebenstehendes Interview)
- Effizienz- und Kostenvergleiche zwischen Spitälern und Kliniken
- Prozessverbesserungen in der Administration sowie ab und zu im Bereich der klinischen Tätigkeit
- Implementierung eines integrierten Leistungs-, Finanz- und Qualitätscontrolling (oft auch Medizincontrolling genannt).

Im Rahmen solcher Arbeiten steht vielfach die Kosten- und Produktivitätsbetrachtung im Vordergrund. Die Optimierung der Differenz zwischen Erlös und Kosten wird oft zu wenig systematisch vorangetrieben.

Eine zentrale Rolle in solchen Überlegungen spielt die Regelung, wie sich der Tarif bzw. das Fallgewicht in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer verändert. Nachstehende Grafik zeigt diesen Zusammenhang schematisiert auf.



Dabei ist insbesondere ersichtlich, dass das Fallgewicht innerhalb des Low Trim Point (Untere Grenzverweildauer) und des High Trim Point 1 (Obere Grenzverweildauer 1) einer DRG konstant ist. Zwischen dem

High Trim Point 1 und dem High Trim Point 2 steigt das Fallgewicht überproportional stark um danach weiter konstant zu steigen. Für Kurzlieger wird ein deutlich reduziertes Fallgewicht in Aussicht gestellt.

Für die spitalinterne Planung der Behandlungsprozesse (inkl. Ein- und Austrittsplanung) sowie für die Optimierung der Ertragslage heisst dies im Grundsatz:

- Kurzliegezeiten vermeiden und eine Aufenthaltsdauer im Bereich des Low Trim Point anstreben
- Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Richtung der dem Low Trim Point zugeordneten Aufenthaltsdauer senken. Einer sich allenfalls abzeichnenden Verschlechterung der Behandlungsqualität muss die notwendige Beachtung geschenkt werden.
- Im Bereich des High Trim Point 2 die überproportionale Tariferhöhung durch Verlängerung der Aufenthaltsdauer nutzen.

Wir empfehlen insbesondere in umsatzintensiven Diagnosegruppen folgendes Vorgehen: Anhand von Detailanalysen den medizinischen Behandlungspfad so ausrichten, dass der Patient das Spital zum ertragsoptimalen Zeitpunkt – welcher natürlich auch aus medizinischer Beurteilung vertretbar ist – verlassen kann.

Weitere Informationen zu DRG finden Sie auch auf der Website www.keller-beratung.ch. ◀



Interview mit Heinz Witschi, Direktor spitäler fmi ag, Interlaken

Herr Witschi, Sie haben der Keller Unternehmensberatung AG den Auftrag erteilt, die Codierqualität zu überprüfen. Welches sind für Sie die wichtigsten Gründe, die zur Erteilung dieses Auftrages führten?

Der Kanton Bern beabsichtigt ab 2006/2007 die Mittelverteilung auf die Spitalgruppen auf der Grund-

lage von DRG's bzw. der Codierresultate vorzunehmen. Zusätzlich werden die Versicherer ab Mitte 2005 (UVG) bzw. ab 2007 die Leistungen auf der Basis von AP-DRG bzw. Swiss-DRG ausrichten. Die Codierung wurde in der spitäler fmi ag bisher von den Kaderärzten durchgeführt oder zumindest kontrolliert und freigegeben. Der Einsatz professioneller Codierer wurde intern kontrovers beurteilt. Daher war es unumgänglich, externe Fachberatung in Anspruch zu nehmen, um die Codierqualität zu überprüfen.

Welches sind die wichtigsten Ergebnisse der Analyse?

Es ist festzustellen, dass einzelne, vor allem grössere Bereiche über ein gutes Fachwissen verfügen, die Codieraufgabe ernst nehmen und damit zu guten Ergebnissen beitragen. Andererseits gibt es Einheiten, welche die Bedeutung der Aufgabe bisher unterschätzten. Die Überprüfung hat eine Reihe von Fehleinordnungen zu Tage gebracht, die sich für die spitäler fmi ag im «Ernstfall» sowohl negativ als auch positiv auswirken würden. Das Netto-Resultat zeigt, dass die nötigen Verbesserungen im Codierbereich zu einer Erhöhung in der Finanzaufteilung von ca. 1,5 Mio. Fr. pro Jahr führen können.

Wie wurden die Resultate spitalintern aufgenommen?

Die Resultate wurden von der Geschäftsleitung und den Kaderärzten mit Interesse zur Kenntnis genommen. Die Beurteilung durch die eingesetzte Fachperson ist anerkannt und unbestritten. Damit ist für die Beteiligten klar, dass Verbesserungsmaßnahmen notwendig sind.

Wie beurteilen Sie insgesamt den Nutzen einer solchen Analyse?

Die Analyse erfüllt aus unserer Sicht die in sie gesetzten Erwartungen. Wir verfügen über eine nachvollziehbare Beurteilung einer beträchtlichen Zahl codierter Fälle. Insbesondere bildet das Resultat aber die Grundlage, die nun notwendigen organisatorischen und personellen Anpassungen vorzunehmen.

Unter welchen Bedingungen empfehlen Sie einem Spital die Durchführung einer solchen Analyse?

Die Durchführung einer Codier-Analyse ist Spitälern mit einer ähnlichen Ausgangslage wie der unseren zu empfehlen; dies insbesondere dort, wo bis anhin keine professionellen Codierfachpersonen eingesetzt wurden. ◀

Heidi Werner-Camastral, werner@keller-beratung.ch

Auslastung der Operationsabteilung als Führungskennzahl

Während dem die Bettenbelegung im Spital als Controllinggrösse in allen Köpfen ist, wird die Auslastung des OP-Personals selten verfolgt. Meistens kennt man, wenn überhaupt, die Auslastung der OP-Säle, nicht aber die Auslastung des Personals.

Immer knapper werdende Finanzen verlangen hingegen eine kontinuierliche und kritische Beurteilung der Auslastung und Effizienz in allen Leistungsbereichen im Spital. Die Auslastung im OP ist zu einem grossen Teil fremdbestimmt. Faktoren wie ärztliche Präsenz und Abwesenheiten bestimmen den Arbeitsalltag. Die Auswirkungen von Spitzen und Flauten auf die nachgelagerten Bereiche wie Aufwächräume, Tageskliniken und die Pflegestationen sind bekannt und trotzdem gelingt es häufig nicht, die Verantwortlichen für eine Optimierung der Situation zu gewinnen.

Versachlichung der Diskussionen

Diskussionen in der Führung werden häufig nicht auf der Basis von Daten und Fakten, sondern emotional geführt. Hierarchische Mechanismen und Prestige verhindern zudem oft eine kritische Beurteilung der IST-Situation.

Umso wichtiger ist es, aussagekräftige Antworten zu erhalten um diese als Entscheidungsgrundlagen verwenden zu können.

Effiziente Berechnung mit vorbereitetem Tool

Mit dem Einsatz eines spezialisierten Tools basierend auf MS-EXCEL kann eine standardisierte und nachvollziehbare Berechnung der personellen Ressourcen und der Auslastung des Personals im OP vorgenommen werden.

Die Aufgaben und die Anforderungen an das Personal im OP haben sich in den letzten Jahren stark verändert. In kleineren Betrieben stimmt häufig die qualitative Zusammensetzung des Personals im OP nicht mehr. Dieser Entwicklung wird nicht immer mit einer anderen Qualifikation des notwendigen Personals, sondern mit der Anzahl an erforderlichen Stellen Rechnung getragen.

Mit der Methode und dem Instrument KELLOP werden für das Management des Spitals die für den Betrieb der Operationsabteilung erforderlichen Ressourcen des OP-Personals mit einer guten Auslastung (Instrumentier-, Zudien-, Lagerungs- und Hilfspersonal) berechnet. Der Ressourcenaufwand und die berufliche Qualifikation bzw. die erforderliche Ausbildung des Personals pro Disziplin wird definiert und abgebildet. Unterschiede werden sichtbar und somit diskutierbar.

KELLOP beantwortet folgende Fragen

- Auslastung des Ops-Pflegepersonals (Instrumentier-, Zudien-, Lagerungs- und Hilfspersonal) im Operationsbereich
- Ungenutzte Kapazität
- Qualitativ erforderliche Zusammensetzung des Personals
- Gesamtumfang der personellen Ressourcen inklusive Abdeckung der zusätzlich nötigen Dienste
- Ermittlung von Handlungsbedarf
- Folgekosten bei zu niedriger Auslastung

Oper. Pfleger auf No.	2	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Oper. Pfleger auf No.	2							
Instrumentier-Pflege	1							
Zudien-Pflege	1							
Lagerungs-Pflege	1							
Hilfs-Pflege	1							
Oper. Pfleger auf No.	2							
Instrumentier-Pflege	1							
Zudien-Pflege	1							
Lagerungs-Pflege	1							
Hilfs-Pflege	1							
Oper. Pfleger auf No.	2							
Instrumentier-Pflege	1							
Zudien-Pflege	1							
Lagerungs-Pflege	1							
Hilfs-Pflege	1							

Als spezialisiertes Beratungsunternehmen verfügen unsere Berater über eine grosse Erfahrung in vielfältigen Fragestellungen. Wir durften in den letzten drei Jahren verschiedenste Ressourcenberechnungen in Spitälern durchführen. Unsere Methodik KELLOP – die Berechnung des Ressourcenbedarfs in der Pflege – haben wir in der Zwischenzeit in 10 Spitälern mit 3'010 Betten perfektioniert. ◀

Olivier Lucy, lucy@keller-beratung.ch

E-Faktura im Spital

Die dringende Notwendigkeit, die Prozesse in der Fakturierung und Rechnungsrückweisung zu überarbeiten und optimieren, war eine wesentliche Erkenntnis des Seminars für Fachleute der Patientenadministration und des Rechnungswesens vom 11. Mai in Baden.

Olivier Lucy, Berater der Keller Unternehmensberatung AG, eröffnete die Veranstaltung mit einem Einleitungsreferat zum Thema «Herausforderung an die Patientenadministration». Eine Prozessoptimierung ist aufgrund des zu erwartenden grösseren Datenvolumens aus Rückweisungen erforderlich, weil die Prüfungen bei den Krankenkassen schon bald sehr präzise erfolgen werden.

Esther Zollinger, Leiterin Patientenadministration des Spitals Uster, stellte das EDI-Projekt des Spitals Uster vor. Sie zeigte auf, dass es von zentraler Wichtigkeit ist, die Stammdatenqualität für Patientendaten, Medikamente und Materialien auf ein hohes Niveau zu bringen. Insbesondere die XML-Anforderungen an die Patientendaten stellen im Alltag hohe Ansprüche an die Mitarbeitenden. Das Projekt ist jedoch nicht abgeschlossen. Es sind neue Anforderungen wie die Kennzeichnung von Pflicht- und Nichtpflichtleistungen, Überarbeitung des bestehenden Patientenstammes und Tests mit weiteren Versicherungen zu realisieren.

Aufgrund des Entscheides, mit einem Rechenzentrum für den Versand der Rechnungen zu arbeiten, konnten knapp zwei Tage Arbeitsaufwand pro Woche eingespart werden.

Herr Jonathan Städeli, Abteilungsleiter Leistungssupport der VISANA Services AG, führte uns in die Welt der Krankenversicherer. Er zeigte die geschichtliche Entwicklung des elektronischen Datenverkehrs von Einzellösungen bis zum heutigen Stand auf. Heute sind 35 Krankenhäuser, 6 Trust-Centers mit rund 3'500 angeschlossenen Ärzten und Medidata mit ungefähr 1'400 Ärzten und Spitälern im elektronischen Datenaustausch angebunden.

In seinen Ausführungen zeigte er auf, wie auf Seiten der Krankenversicherer der Datentransfer funktioniert. Dabei wurde offensichtlich, dass auch hier,

aufgrund der Datenqualität der Absender, noch nicht alles automatisch funktioniert. Es werden lediglich 37 % von ca. 4.2 Mio Belegen vollautomatisch abgearbeitet. 38 % bedürfen einer manuellen Nachbearbeitung und 25 % müssen voll manuell geprüft und abgerechnet werden. Die VISANA verfügt über ein voll parametrierbares Regelwerk. Derzeit sind 260 Regelprüfungen aktiv. So ist es möglich, gewisse Regelverletzungen nur als «Warnung» anzuzeigen und manuell zu prüfen und andere als effektive «Fehler» weiter zu verarbeiten. Mathematisch gesehen beinhaltet jede Rechnung 2 Meldungen, welche einer Nachbearbeitung bedürfen. Es sind dies interessanterweise auch Regelverletzungen bei der kaufmännischen Rundung, falscher Tarif oder Tarifziffer, etc. Aber eben auch die offensichtlichen Regelverstösse wie Medikamente mit falschen Preisen, unerlaubte Kumulationen, Mehrfachaufführungen, etc.

Gerne senden wir Ihnen die Referate zu. Mail an lucy@keller-beratung.ch.

Weitere Anlässe folgen im Herbst. Beachten Sie die News unter www.keller-beratung.ch ◀

Xaver Vonlanthen, vonlanthen@keller-beratung.ch

Klinikinformationssysteme (KIS): Rückblende, Erkenntnisse, Trends

In vielen Spitälern und Kliniken sind Klinikinformationssysteme unterschiedlichster Ausprägung im Einsatz oder werden gerade eingeführt. Die Erkenntnis hat sich durchgesetzt, dass mit Unterstützung durch Informatikmittel die administrativen Arbeiten effizienter erledigt werden können.

Die grosse Skepsis seitens des Arzt- und Pflegedienstes hat sich vielerorts gelegt. Die Anwender sind mündiger geworden und die Ansprüche an die KIS-Systeme steigen. Doch bevor wir von den Trends aus unseren Projekten berichten, eine kurze Rückblende ins Jahr 1997 mit einigen Aussagen aus dem KIS-Beitrag der damaligen INFORMATIV-Ausgabe:

Damals beschäftigten noch die Fragen:

- Sollen Investitionen ins KIS getätigt werden und welche Probleme ergeben sich bei der Einführung?
- Können computerbasierte Klinikinformationssysteme Ressourcen freisetzen?

Als wesentliche Anforderungen wurden genannt:

- Klinische Abläufe können flexibel abgebildet werden
- Elektronischer Austausch und Bereitstellung von Berichten
- Schnittstelle für Aufträge/Befunde/Resultate zu Partnersystemen
- Integration in bestehende Informatikumgebung
- Minimale Einarbeitungszeit
- Führung von Terminlisten, Agenden, Wartelisten, Disposition etc.

Und von folgenden Problemen bei der Einführung gesprochen:

- Projektmitarbeiter werden für die Projektarbeit zu wenig freigestellt
- Zielsetzungen unklar
- Komplexität der Integration wird unterschätzt
- Mangelnde Planung in Projektschritten, Meilensteine
- Führung steht nicht hinter dem Projekt
- Prozesse der Kliniken sind nicht bekannt

Was hat sich nun in diesen Jahren geändert?

Heute stellen wir uns nicht mehr die Frage nach der Berechtigung eines KIS, sondern vielmehr welche Anforderung KIS-Systeme und KIS-Partner zu erfüllen haben und welche Faktoren eine erfolgreiche Einführung sicherstellen. Die Berechtigung oder gar Notwendigkeit eines KIS ist mittlerweile in breiten Kreisen unbestritten.

Die damals gestellten Anforderungen sind heute ein MUSS und gehören in den Standardumfang einer KIS-Anwendung.

Die besonderen Probleme bei der Einführung haben sich nicht wesentlich geändert. Vor allem die Einsicht der nötigen Freistellung der Projektmitarbeitenden aus den Fachabteilungen hat sich leider immer noch nicht durchgesetzt, obwohl dies unverändert einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren bei der Einführung darstellt.

Aus heutiger Sicht ist die Liste mit neueren Trends in Bezug auf Anforderungen und Lösungsentwicklungen zu erweitern:

- Höherer Integrationsgrad medizinischer Lösungen (weniger Schnittstellen, weniger Medienbrüche)
- Sowohl Anpassung der Software an die internen Abläufe als auch Anpassung Klinik an Lösungsstandards (keine Kosmetik!)
- Integration der Leistungserfassung aller beteiligten Berufsgruppen
- Der Fokus auf Workflows, Dispositionstools und elektronische Verordnungen und damit auf Prozessoptimierungen haben die Schwerpunkte wie elektronische Dokumentation und Berichtswesen als prioritäre Aufgaben abgelöst. Dies gilt vor allem für Systemabläufe und Erweiterungen.
- Aufbau und Betrieb von Gesundheitsnetzwerken (Hausarzt, Partner etc.)
- Mobile Kommunikation als Basis für die flächendeckende Einführung im Pflegedienst
- Die medizinischen Systeme unterstützen die Kernkompetenzen und lösen damit die administrativen Systeme als Master-Systeme ab
- Das KIS muss nicht nur die medizinischen Daten, sondern auch die betriebswirtschaftlichen Daten effizient bereitstellen können (Stichworte: DRG, Medizincontrolling, KTR)

Eine stärkere IT-Durchdringung und weitere Fortschritte sind zu erwarten und werden im Betrieb zu spüren sein. Freuen wir uns auf diese Herausforderungen! ◀

Keller Unternehmensberatung AG ist zertifiziert nach ISO 9001:2000

Die Zufriedenheit unserer Kunden ist unser oberstes Ziel und eine hohe Qualität unserer Arbeit ist ein Credo innerhalb unserer Firma.

Als Geschenk zum 10-jährigen Bestehen der Keller Unternehmensberatung AG haben wir keinen Aufwand gescheut und uns nach ISO 9001:2000 zertifizieren lassen.

Mit der klaren Zielsetzung, auch in den nächsten 10 Jahren für unsere Kunden höchste Qualität zu bieten!

Übrigens: Unsere Prozesse wurden dokumentiert mit dem von uns vertriebenen Tool Casewise Corporate Modeler. Fragen Sie uns. ◀



Seminar für Verwaltungsräte und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen

Herausforderung DRG

Entwicklungstendenzen und Steuerungsinstrumente in der leistungsorientierten Spitalsteuerung

Dienstag, 13. September 2005 in Baden

Leistungsorientierte Finanzierung breitet sich aus

In mehreren Kantonen der Schweiz werden bereits Modelle einer DRG-basierten Spitalfinanzierung betrieben. Weitere Kantone sehen die Einführung einer leistungsorientierten Abgeltung auf den Zeitraum 2006/2007 oder später vor. Sowohl die strategische wie auch die operative Führung des Spitals muss sich mit den Konsequenzen dieser neuen Finanzierungsform auseinandersetzen und rechtzeitig die erforderlichen Massnahmen einleiten.

Seminarziel

Unser Ziel ist es, Verwaltungsräten und Entscheidungsträgern im Spitalwesen die neuesten Erfahrungen, Entwicklungstendenzen und Steuerungsinstrumente im Bereich der leistungsorientierten Spitalsteuerung vorzustellen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind nach dem Seminar in der Lage, die für ihren Betrieb relevanten Massnahmen zu definieren.

Ausgewiesene Referenten für praxisnahe Informationen

Referenten, die über ausgewiesene Erfahrung im Thema DRG verfügen, bringen die Optik und Erfahrungen sowohl der Kantone, der Krankenversicherungen als auch der Spitäler ein und diskutieren ihre Erkenntnisse mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Titel	Referent
Begrüssung	Werner Keller, Keller Unternehmensberatung AG
Regelwerk DRG	Dr. Othmar Hausheer, Keller Unternehmensberatung AG
Chancen- und Risikomanagement im DRG-Regime	Dr. Luca Stäger, Verwaltungsrat Clinica Luganese SA, Lugano; CEO Spital Lachen AG
Spitallandschaft Graubünden in Bewegung	Dr. Rudolf Leuthold, Leiter Gesundheitsamt Graubünden
Klare DRG-Signale im Kanton Aargau	Ernst Hasler, Gesundheitsdirektor Kanton Aargau; Verwaltungsrat kantonale Spitäler des Kantons Aargau
Die Krankenversicherer als Bremsen in Sachen DRG?	Dr. med. Peter Indra, Generalsekretär Schweizer Chirurgen, vormals DRG-Verantwortlicher von Helsana und santésuisse
Integriertes Controlling im Spital Wetzikon als Antwort auf die DRG-Finanzierung	Stefan Würsch, Direktor, GZO Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland – Spital Wetzikon

Das detaillierte Programm finden Sie unter News auf www.keller-beratung.ch oder senden wir Ihnen gerne zu.

Auskünfte, Programm Bestellung und Anmeldung bitte telefonisch auf 056 470 10 20, an info@keller-beratung.ch oder per Fax auf 056 496 75 40. ◀

Weitere Informationen und Kontakt

Keller Unternehmensberatung AG
Täferstrasse 11
5405 Baden-Dättwil

Telefon 056 470 10 20
Telefax 056 496 75 40

E-Mail: info@keller-beratung.ch
Internet: www.keller-beratung.ch