

---

Eugen Hauke (Hrsg.)

---

# Controlling im Krankenhaus

Ein Handbuch für  
alle Führungskräfte im  
Krankenhaus

---

**RIVAR**

& Partner

Ganzheitliches Management im  
Gesundheitswesen und Tourismus

Bäraustrasse 49 a, Postfach  
CH-3552 Bärau / Langnau i.E.

Tel. ++41 34 402 72 22

Fax ++41 34 402 72 25

---

Ueberreuter

---

---

# Gesamt-Inhaltsverzeichnis

## Vorwort

### Abschnitt 1

#### Grundsätzliches zum Controlling

Helfried Bauer/Eugen Hauke

Controlling – Eine organisatorische Notwendigkeit für das Krankenhaus

Reinhard Sudy

Controlling – Interne Revision – Organisation. Konflikte oder Synergien?

Bernhard J. Güntert

Ein umfassendes Controlling-Konzept für das Krankenhausmanagement

Roland Schaffler

Qualitätsmanagement und Controlling

Johannes Möller/H. K. Geiss

Gegenseitiges Profitieren von Controlling und Qualitätssicherung im Krankenhaus

Hans Rivar

Ganzheitlich vernetztes Controlling im Krankenhaus

### Abschnitt 2

#### Voraussetzungen für das Controlling

Gerhard Moser

»MIS-EIS-ESS-DSS-TIS« – Vom Werkzeug zum Denkzeug

Klaus Zapotoczky/Brigitte Arnoldner/Idun Stroblmair

Voraussetzungen und mentale Widerstände bei der Einführung von Controlling im Krankenhaus

### Abschnitt 3

#### Einführung des Controlling im Krankenhaus

Albin Krczal

Die Einführung von Controlling als Teil einer Organisationsentwicklung

**Abschnitt 1**  
**Grundsätzliches zum Controlling**

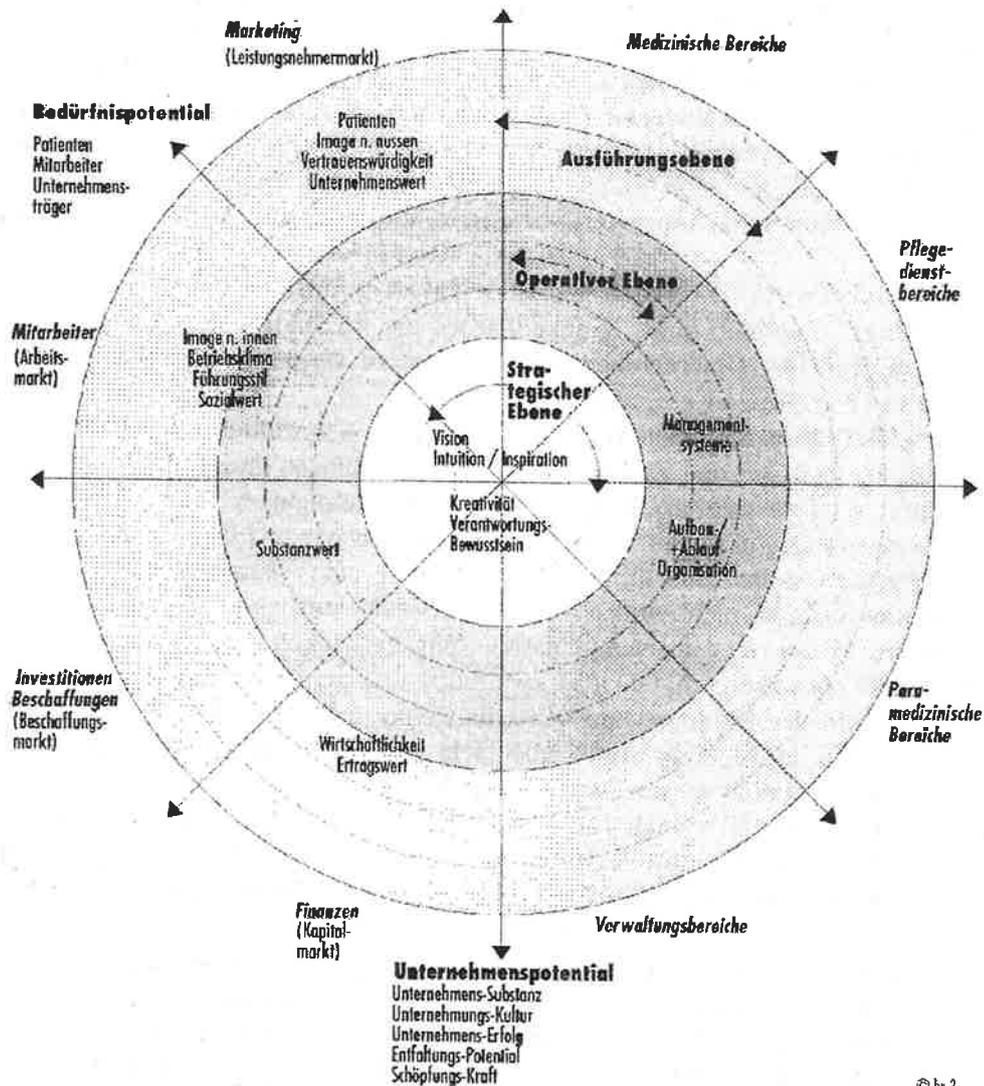
**Hans Rivar**

**Ganzheitlich vernetztes Controlling**  
**im Krankenhaus**

## Inhaltsverzeichnis

1. Einführung
2. Die physischen, psychischen und geistigen Ebenen der Ganzheitlichkeit in der Unternehmung
  - 2.1 Das Lenkungspotential der einzelnen Gestaltungs-Komponenten innerhalb eines ganzheitlichen Management- und Controllingprozesses
  - 2.2 Die sieben ganzheitlichen Gesetzmäßigkeiten des Management- und Controllingprozesses
  - 2.3 Ganzheitliches, zeitgemäßes Controlling hat sehr wenig mit Zahlen zu tun!
  - 2.4 Die ganzheitlichen Eigenschaften einer Controller-Persönlichkeit
  - 2.5 Es führen verschiedene Wege zu einem wirksamen ganzheitlichen Controlling
3. Das Krankenhaus in seiner Wechselbeziehung zu seiner Umwelt
  - 3.1 Der Leistungsnehmer im gesundheitspolitischen Umfeld
  - 3.2 Die gesundheitspolitische und -ökonomische Sphäre im Umbruch
  - 3.3 Die Einwirkungen der Umwelt-Einflüsse auf die strategischen Erfolgsfaktoren von Spitälern
4. Das Führungs- und Steuerungssystem strategischer Erfolgsfaktoren
  - 4.1 Generelles
  - 4.2 Die Aussagekraft der einzelnen Controllinginstrumente in bezug auf die strategischen Erfolgsfaktoren
  - 4.3 Die zentrale Bedeutung der Profitcenter-, Leistungs- und Kostenstellenrechnung (*KORAS plus*)
5. Führungs- und Steuerungsmöglichkeiten von *KORAS plus* in der Vernetzung mit den verschiedensten Controlling-Instrumenten
  - 5.1 Die einzelnen Arbeitsschritte des Controlling-Verantwortlichen nach den Abschlußarbeiten der Finanz- und Betriebsbuchhaltung
  - 5.2 Die Analyse der Erträge
  - 5.3 Die Analyse der variablen Kosten
  - 5.4 Die Analyse der Fixkosten
6. Das Berichtswesen
  - 6.1 Das Berichtswesen als Kommunikationshilfsmittel
  - 6.2 Die Bedeutung von Monatsabschlüssen
7. Der Budgetierungsprozeß
8. Die diagnosebezogene Fallkostenträgerrechnung
9. Zusammenfassung
10. Literaturverzeichnis

# Systemdenkendes vernetztes Management



© hr 3

## 1. Einführung

Das Controlling im Krankenhaus ist ein ganzheitliches vernetztes Regelkreissystem<sup>4</sup>, ähnlich dem Blutkreislauf und dem Nervensystem des menschlichen Körpers, dessen Aufgabe es ist, die menschliche Temperatur, Feuchtigkeit, Energie-Versorgung etc. zu überprüfen und auszubalancieren.

Vergleichbar mit dem EKG, Röntgen, Labor und anderen Analysen, welche die Diagnosegrundlagen des Arztes bilden, muß dem lebendigen und pulsierenden Organismus Spital<sup>2</sup> regelmäßig mit Hilfe eines effektiven betriebswirtschaftlichen Diagnosehilfsmittels der Puls gemessen werden. Weichen die monatlich zu ermittelnden Kennzahlen übermäßig von den sogenannten »Normalwerten« ab, so muß der Spitalbetrieb, ähnlich wie beim Patienten, nach gestellter Diagnose einer angemessenen Behandlung und bei gravierenden »Krankheitsbildern« einer manchmal langwierigen und schmerzhaften Therapie zugeführt werden.

Längst nicht so vollkommen wie die Natur, gehört es zur Aufgabe des Controllings, innerhalb eines Krankenhauses die Produktivität sowie Aufwand und Ertrag mit den Unternehmenszielsetzungen zu vergleichen, um bei Bedarf rechtzeitig korrigierend eingreifen zu können.

Aber welche Daten soll man vergleichen? Welche Kennzahlen und in welchem Umfang soll man sie den Zielgruppen des Unternehmens unterbreiten, und was soll damit erreicht werden? Welche Investitionen braucht es für die Erfassung und Verarbeitung von Daten? Diese Fragen müssen wir uns immer wieder stellen, damit der Aufbau und die Weiterentwicklung eines ganzheitlich vernetzten Controlling-Systems nicht zum reinen Selbstzweck wird, sondern sich zu einem wirksamen Mittel der Unternehmenssteuerung entwickelt.

Der Begriff »Ganzheitlichkeit« löst zweifellos unterschiedliche Reaktionen aus. Während er in der Ökologie und Wirtschaft eine immer breitere Akzeptanz gewinnt, ist er in der Medizin immer noch sehr umstritten und diffus. Ohne Zweifel bemächtigten sich dieses Begriffs eine ganze Reihe von Phantasten; aber andererseits haben sich auch zahlreiche namhafte Wissenschaftler schon seit längerer Zeit mit den grundlegenden Gesetzmäßigkeiten von ganzheitlichen komplexen Systemen, in ihren Abhängigkeiten und Wechselwirkungen, ernsthaft auseinandergesetzt.

Das ganzheitliche Controlling setzt sich mit Fragen auseinander, was ganzheitliches Denken, Führen und Lenken für ein Spital bedeuten kann und wie visionäres und innovatives Denken und Handeln gefördert werden könnte. Auch die Thematik des Führungsstils, der Mitarbeitermotivation, der Problemlösungs-

methodik, der Zielvereinbarung und der eigenen Persönlichkeitsentwicklung sollte im ganzheitlichen Controlling breiten Raum finden.

Ganzheitliches Controlling kann wie folgt zusammengefaßt werden:

- Das ganzheitliche Controlling sieht das Unternehmen Spital als lebendigen Organismus (Prinzip der Entsprechung), in dem Menschen, Patienten, MitarbeiterInnen, Lieferanten, Behörden- und Krankenkassenvertreter etc. als Teil ihrer Umwelt erfahren werden.
- Das ganzheitliche Controlling sieht das Unternehmen Spital als Ausprägung von Vision, Intuition, Inspiration und Innovation. Es operiert in der Zukunft mit kleinen, dezentralen und autonomen Einheiten, um im Wandel der Zeit zu (über-)leben.
- Das ganzheitliche Controlling ist Teil des Managements, welches das Unternehmen Spital lenkt, indem Führung durch Erfolg(-en)=Lassen von kraftvollen Visionen, liebevoller Führung und wirksamer Unternehmenskultur geschieht.

Ganzheitliches Controlling heißt aber auch Veränderungen der Umwelt zu akzeptieren und mitzugestalten.

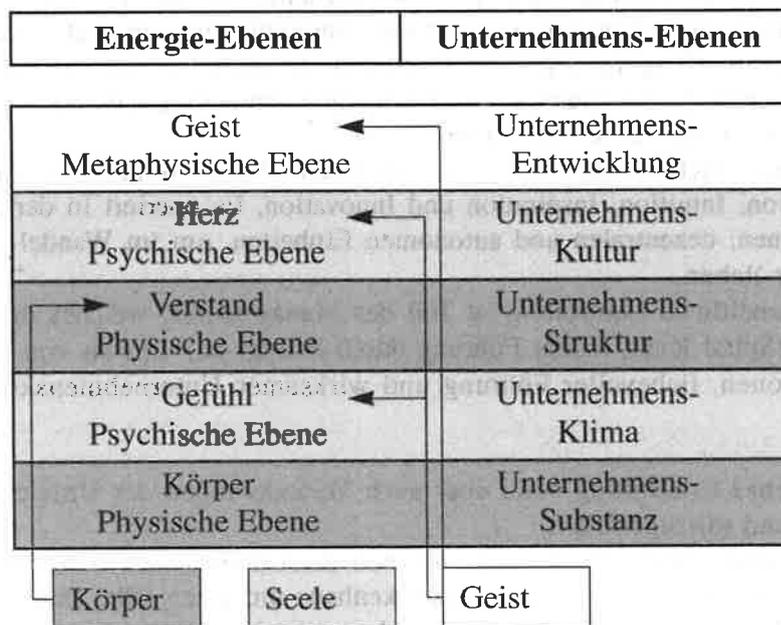
In den folgenden Kapiteln versuche ich nun darzustellen, wie sich ein wirksames, ganzheitliches Controlling im Krankenhaus umsetzen läßt. Das Kapitel 2 beschäftigt sich mit dem ganzen physischen, psychischen und geistigen Umfeld, in welches ein wirksames ganzheitliches Controlling eingebettet werden sollte.

Im Kapitel 3 gehen wir auf die Wechselbeziehungen des Krankenhauses mit seiner Umwelt ein. Dabei wenden wir uns der Frage zu, welches die wesentlichsten Umweltfaktoren von Spitälern sind und wie sie sich auf die wesentlichsten strategischen Erfolgsfaktoren von Spitälern auswirken.

Anschließend stellt sich im Kapitel 4 die Frage, mit welchem Führungs- und Steuerungssystem (Controllinginstrumente) diese Auswirkungen auf die wesentlichsten strategischen Erfolgsfaktoren wahrgenommen werden können.

In den anschließenden Kapiteln werden die einzelnen Controllinginstrumente, anhand von Beispielen aus der Praxis, vorgestellt.

## 2. Die physischen, psychischen und geistigen Ebenen der Ganzheitlichkeit in der Unternehmung



Die typischen Merkmale der verschiedenen Ebenen beruhen darauf, daß sie unterschiedliche Schwingungsfrequenzen aufweisen, welche sich überlagern, ineinanderfließen und miteinander vernetzt sind.

Die Energie-Ebene des Geistes weist die höchste und diejenige des Körpers die niedrigste Schwingungsfrequenz aus. Diese Schwingungsfrequenzen können mit dem Rotor eines Helikopters verglichen werden, welcher für das Auge unsichtbar wird, sobald er die höchste Rotationsgeschwindigkeit erreicht, aber in diesem Zustand die höchste Wirksamkeitsstufe erreicht.

Ganz deutlich wird das Ineinanderfließen von Körper und Seele auch mit der Vermischung der physischen und psychischen Energie-Ebenen dargestellt.

### Erste bis dritte Schwingungs-Ebene (Körper/Gefühl/Verstand)

In der Regel funktionieren Unternehmen sowie Organisationen innerhalb der untersten drei Energie-Ebenen (Körper/Gefühl/Verstand). Auf der ersten und

dritten Ebene dominiert das Erdverbundene. Also alles, was empirisch zähl- und meßbar, kurz gesagt, mit dem rationalen Verstand erfaßt werden kann. Gerade diese Konzentration auf die drei untersten Stufen ist zu einem großen Teil für den galoppierenden Glaubwürdigkeitsschwund der verantwortlichen Instanzen in Politik und Wirtschaft verantwortlich. Lassen Sie mich das an einem Beispiel erläutern:

In den letzten Jahrzehnten wurde die Mitarbeiterpolitik in den meisten Unternehmen zu einem wichtigen Bestandteil der Geschäftspolitik, weil man verstandesgemäß erahnte, daß sich die Produktivität um ein Vielfaches steigern läßt, wenn sich der Mitarbeiter in seinem Unternehmen wohl und mitgetragen fühlt. Diese Aussage gilt jedoch in der Praxis vor allem dann, wenn das Unternehmen Erfolg hat. Aber sobald es im Getriebe zu knirschen beginnt, erhalten die schlechten Emotionen und Gefühle (zweite Ebene) in den Führungsetagen die Oberhand, und die gut formulierten, fortschrittlichen Visionen und Vorsätze in der Mitarbeiterpolitik werden schnell einmal zur Illusion und zur Makulatur. Gerade diese Diskrepanz zwischen Denken, Reden und dem effektiven Handeln bewirkt in solchen Fällen einen unwahrscheinlichen Image- und Glaubwürdigkeitsverlust nach innen, vor allem aber auch nach außen, welcher nur sehr schwer wieder zu korrigieren ist.

Was sind also die Ursachen, welche Visionen schnell einmal zu Illusionen verkommen lassen? Betrachten wir einmal die verschiedenen Ebenen der Ganzheitlichkeit. Wir erkennen, daß die seelische Seins-Ebene (Gefühl und Herz) von der physischen Seins-Ebene (Verstand) unterbrochen wird. Das Gefühl ist jedoch nur ein Teil der Seele, denn zur vollkommenen Ausgeglichenheit fehlt eben die wichtigste Energie-Ebene der Seele, nämlich diejenige des Herzens.

#### **Erste bis vierte Schwingungs-Ebene (Körper/Gefühl/Verstand/Herz)**

Die meisten Zielvereinbarungsprozesse in Unternehmen scheitern bei ihrer Umsetzung in der Praxis daran, daß Organisationsreformen, Kurskorrekturen und Verhaltensänderungen vom Verstand (erste bis dritte Ebene) zwar als notwendig erachtet werden, aber noch keinen Eingang in die Herzesebene (vierte Ebene) gefunden haben, weil sie in der zweiten Energie-Ebene von negativen Gefühlen (ungelöste zwischenmenschliche Konflikte, Angst vor Verantwortung, persönliches Unvermögen etc.) blockiert werden.

Auch in Zeiten, in denen Unternehmen in unvorhergesehene Turbulenzen geraten – und gerade dann, wenn das Greifen neuer Konzepte und Zielvereinbarungen nötiger denn je wäre –, kann beobachtet werden, daß ganze Systeme wieder in

die alten Zustände und Verhaltensweisen zurückfallen, wenn die vierte Ebene noch nicht gefestigt werden konnte.

Anhand der folgenden zwei Aussagen soll der Unterschied zwischen der dritten und der vierten Ebene nochmals verdeutlicht werden:

***Erste bis dritte Ebene (Körper/Gefühl/Verstand)***

Die Produktivität der MitarbeiterInnen läßt sich erheblich steigern, wenn sich die Mitarbeiter im Unternehmen wohlfühlen!

***Erste bis vierte Ebene (Körper/Gefühl/Verstand/Herz)***

Um den Genesungsprozeß positiv beeinflussen zu können, müssen sich die Patienten in einer positiven Atmosphäre wohlfühlen können. Ein wichtiges Glied dazu sind zufriedene MitarbeiterInnen. Sie sind der beste Garant für eine zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität ausbalancierte Produktivität!

Diese Aussage ist nicht, wie viele glauben mögen, Schönfärberei, nein, sie beruht auf Tatsachen und eigenen Erfahrungen. MitarbeiterInnen von Abteilungen, welche von Monat zu Monat rapid sinkende Deckungsbeiträge auswiesen, entwickelten plötzlich eine unheimliche Eigendynamik, nachdem die Ursachen einer unterschweligen Mißstimmung während des Leitbildprozesses von den Teilnehmern (Angehörige aller Hierarchiestufen innerhalb des Pflegedienstes, der Ärzte und der Verwaltung) selber erkannt und eigenständig korrigiert werden konnten.

**Die fünfte Schwingungs-Ebene Geist**

Das richtige Konzept, der grandiose Einfall, die sogenannten Geistesblitze sind alles Ausprägungen des Geistes. Das bestmögliche Resultat einer neu formulierten Geschäftspolitik kann aber nur dann erreicht werden, wenn sämtliche fünf Energie-Ebenen, mit einer möglichst ausbalancierten Polarität, in die Überlegungen miteinbezogen werden.

**2.1 Das Lenkungspotential der einzelnen Gestaltungs-Komponenten innerhalb eines ganzheitlichen Management- und Controllingprozesses**

Wir alle kennen erfolgreiche und innovative Unternehmen und Spitäler, welche es immer wieder schaffen, das Optimum aus sich schnell verändernden Situationen und Umweltbedingungen herauszuholen. Aber welchen Gesetzmäßig-

keiten und Wirkungsmechanismen sind solche Unternehmen unterworfen, die sie erfolgreicher operieren lassen als andere?

In der dabei immer wieder gestellten, komplexen Fragestellung, was als Altbewährtes beibehalten und wo Überholtes durch Neues ersetzt werden muß, kann das ganzheitliche Controlling einen wertvollen Beitrag zu einer gesunden Unternehmensentwicklung leisten.

In einer zunehmend komplexeren, sich schnell verändernden Umwelt müssen Unternehmen in der Lage sein, interne und externe Problemstellungen kreativ und gestaltend anzugehen, wenn sie auch in Zukunft noch erfolgreich operieren wollen.

Zur Förderung einer positiven Unternehmens-Entwicklung sollten folgende Fragen wiederholt gestellt werden:

- In welche Richtung soll sich der Betrieb (**Unternehmens-Entwicklung**) entwickeln? (Geistes-Ebene)
- Welche **Unternehmens-Kultur** fördert das Erreichen der Ziele? (Herzens-Ebene)
- Welche **Unternehmens-Struktur** brauchen wir dazu? (Verstandes-Ebene)
- Wie können wir die Ziele ohne Beeinträchtigung des **Unternehmens-Klimas** erreichen? (Gefühls-Ebene)
- Welche Mittel (**Unternehmens-Substanz**) brauchen wir dazu? (Körper-Ebene)

In der nachfolgenden Matrix werden die fördernden Aspekte für eine positive Unternehmens-Entwicklung aufgezeigt, wo die gestaltenden Komponenten mit ihrem Lenkungspotential pro Unternehmens-Bereich aufgezeigt werden (basierend auf den fünf Energie-Ebenen Geist-Herz-Verstand-Gefühl-Körper von Dr. B. Bienek). Sie kann auch als eine psychologische Landkarte dienen und eine Orientierungshilfe für gruppendynamische Prozesse sein:

Unternehmens-Ebenen	Unternehmens-Bereiche	Gestaltungs-Komponenten der einzelnen Unternehmens-Bereiche	Lenkungspotential für die einzelnen Unternehmens-Bereiche
<b>META-PHYSISCHE EBENE</b>  Geist Sinnggebung, Entfaltung, Ganzheitlich/Normativ  Unternehmens-Entwicklung Vision, Intuition, Inspiration, Kreativität, Verantwortungs-bewußtsein, Begeisterung Schöpfungskraft, Einheit, Weitsicht, Persönlichkeit, Charakter	<b>Gesamtbetrieb</b> Verwaltungsrat, Direktion	Begeisterungsfähigkeit für neue kreative Ideen auf allen Stufen und Ebenen fördern. Der Einbezug aller Betroffenen am Strategieentwicklungs-, Zielvereinbarungs- und Entscheidungsfindungs-Prozess wirkt stimulierend und hat somit eine hohe motivierende Wirkung.	Der bewußte Einbezug der physischen, psychischen und geistigen Ebenen mit all ihren Gesetzmäßigkeiten und Komponenten ist schon der halbe Weg zum Erfolg. Die Weiterentwicklung des Unternehmens soll als ständiger lebendiger Prozess verstanden werden. Die Unternehmensleitung hat dafür die Rahmenbedingungen zu schaffen, welche es den Abteilungen ermöglichen, dem Erneuerungsprozess permanent Nahrung zu geben.
	<b>Kliniken</b> Abteilungen Chefarzte, Pflegedienstleitungen, Abteilungsleiter	Genügend Freiraum für Ideen und neue Strategieentwicklungen geben. In einen Visions- und Strategieprozess alle maßgebenden Mitarbeiter einbeziehen.	Die Impulse zur Weiterentwicklung der verschiedenen Abteilungen und somit des gesamten Unternehmens müssen von den Frontbereichen direkt kommen. Von alleine geschieht nichts, darum Eigeninitiative entwickeln und nicht ständig warten, bis andere etwas tun, denn wer nichts bewegt, wird bewegt!
	<b>Controlling</b> Rechnungswesen Verwalter, Controller, Leiter Rechnungswesen	Das Controlling ist dafür prädestiniert, Visions- und Strategieentwicklungsprozesse im Unternehmen zu lancieren und zu unterstützen. Es sollte über die nötigen Führungserfahrungen verfügen, um optimal mit den zur Verfügung stehenden materiellen, personellen und immateriellen Mitteln umgehen zu können.	Visions- und Strategieentwicklungsprozesse müssen organisch entstehen und dürfen nicht künstlich, im luftleeren Raum, inszeniert werden. Sie entstehen meistens aus einem konkreten operativen Anlaß heraus, das heißt, wenn zum Beispiel Arbeitsabläufe innerhalb oder zwischen Abteilungen nicht funktionieren, bei Problemen im zwischenmenschlichen Bereich oder bei großen Soll/Ist-Abweichungen.
<b>PSYCHISCHE EBENE</b>  Herz Normativ/Strategisch; Wertschätzung  Unternehmens-Kultur Image nach außen, Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit, Wertschöpfung, Entfaltung, Regenerierungskraft	<b>Gesamtbetrieb</b> Verwaltungsrat, Direktion	Man muß die Patienten und Mitarbeiter mögen, um als Führungsgremium glaubwürdig zu sein. Dieses Bewußtsein sensibilisiert das eigene Wahrnehmungsvermögen und ist die Grundlage für den langfristigen Erfolg. Das situative Führungsverhalten pflegen und vorleben.	Die Glaubwürdigkeit eines Betriebes wird geschaffen und erhalten, indem das Reden mit der Handlung übereinstimmt. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn das Wort und die eigenen Wertvorstellungen einander entsprechen. Das heißt, Ehrlichkeit gegenüber sich selbst und den anderen. Sie ist der Kompaß, der einen Betrieb auch in stürmischen und hektischen Zeiten auf Kurs halten kann.
	<b>Kliniken</b> Abteilungen Chefarzte, Pflegedienstleitungen, Abteilungsleiter	Managementaufgaben lassen sich auf mehrere Mitarbeiter verteilen. Das setzt Vertrauen in sich und in seine Mitarbeiter voraus. Wer alles selber macht, addiert. Wer jedoch seine Mitarbeiter einsetzt und fördert, multipliziert!	Sich selber und seinen Mitarbeitern erlauben, Fehler zu machen. Fehler sind der Motor der Regenerierungskraft, sofern sie als Chance für Korrekturen genutzt werden. Darin steckt die Wurzel des Erfolgs. Die Art und Weise des Erfolges und seine Einstellung zu ihm können jedoch entscheidend sein für das, was dann nachkommt.
	<b>Controlling</b> Rechnungswesen Verwalter, Controller, Leiter Rechnungswesen	Die Probleme der »Frontbereiche« ernst nehmen. Die damit sich öffnenden Kommunikationskanäle sind für das Unternehmen überlebenswichtig.	Die Liebe zum kalkulierten Risiko im Unternehmen fördern helfen. Das Controlling kann das Herz des Unternehmens sein, welches dafür sorgt, daß der Erneuerungsprozess im Betrieb stets im Fluß bleibt.
<b>PHYSISCHE EBENE</b>  Verstand Strategisch/Operativ Steuerungsfähigkeit, Analytik  Unternehmens-Struktur Identität, Erfolg, Management- und Controllingssysteme, Aufbau-/Ablauf-Organisation, Ertragswert, Produktivität, Toleranz, Akzeptanz	<b>Gesamtbetrieb</b> Verwaltungsrat, Direktion	Dezentrale, mit allen Ebenen und Bereichen vernetzte, zukunfts-, leistungs- und funktionsorientierte Organisationsstruktur, in welcher es sich flexibel agieren läßt.	Die strukturellen, organisatorischen und kommunikativen Voraussetzungen schaffen, welche kurze, schnelle team- und problemlösungsorientierte sowie interdisziplinäre und interhierarchische Entscheidungswege zulassen.
	<b>Kliniken</b> Abteilungen Chefarzte, Pflegedienstleitungen, Abteilungsleiter	Kennzahlen sind Steuerungs- und Zielgrößen, welche Zielvereinbarungen mit übergeordneten Bereichen quantifizier- und greifbar machen.	Die Geschicke der eigenen Abteilung selber mitzugestalten bedeutet, auch in finanziellen und personellen Belangen sowie im Marketing Verantwortung mitzutragen, im Sinne von Mitwissen-Mitdenken-Mitsprechen- und Mitwirken.
	<b>Controlling</b> Rechnungswesen Verwalter, Controller, Leiter Rechnungswesen	Ein aussagekräftiges, monatliches und stufengerechtes Berichtswesen fördert den Lern-Effekt der verantwortlichen Führungskräfte und Mitarbeiter auf allen Stufen und Ebenen und macht positive wie negative Tendenzen schneller sichtbar.	Die Einflüsse und Auswirkungen der einzelnen Abteilungen auf den Gesamtbetrieb analysieren und daraus den weiteren Handlungsbedarf, mit allen resultierenden Rückkopplungen auf die einzelnen Abteilungen, ermitteln. Besprechung und Differenzbereinigung der Analyse mit den einzelnen Abteilungsleitern, zur Vereinbarung von Steuerungs- und Korrekturmaßnahmen.

Unternehmens-Ebenen	Unternehmens-Bereiche	Gestaltungs-Komponenten der einzelnen Unternehmens-Bereiche	Lenkungspotential für die einzelnen Unternehmens-Bereiche
<b>PSYCHISCHE-EBENE</b>  Gefühl Operativ/ Beziehungsfähigkeit, Kommunikation  Unternehmens-Klima Betriebsklima, Führungsverhalten, Image nach innen, Sozialwert, Integration, Individualität, Feedback, positive-, negative Rückkoppelung	<b>Gesamtbetrieb</b> Verwaltungsrat, Direktion	Ein Klima des Vertrauens und der Offenheit auf allen Ebenen und Stufen schaffen. Die Beziehungsfähigkeit unter den Abteilungen fördern. Vor allem in stürmischen Zeiten Abstand und Ruhe bewahren.	In starken emotionalen Phasen hat die sachliche Argumentation einen sehr schweren Stand. Darum zuerst Vertrauen schaffen durch Zuhören. Die Gefühle anderer zulassen und ernstnehmen. Nicht Personen, sondern Situationen bewerten. Mit gutem Beispiel vorangehen.
	<b>Kliniken</b> Abteilungen Chefärzte, Pflegedienstleitungen, Abteilungsleiter	Gute Beziehungen zu Mitarbeitern, Vorgesetzten und anderen Abteilungen, verbessern die eigene Arbeitsleistung und die der anderen.	Vorhandene Bedenken, Frustrationen, Wut und Ängste – aber auch positive Gefühle wie Freude – freimütig äußern. Offenheit öffnet viele verschlossene Türen. Das Controlling als Dienstleistung verstehen und nutzen.
	<b>Controlling</b> Rechnungswesen Verwalter, Controller, Leiter Rechnungswesen	Controlling ist Dienst am Kunden und darf nicht Selbstzweck sein. Es soll dem Ganzen dienen und bevorzugt deshalb keine Meinungen, Personen und Abteilungen! Das Controlling hat keine Polizei- und Richterfunktion, sondern eine Vermittlerfunktion.	Unterschwelligem Unbehagen in Kliniken und Abteilungen nachgeben und die betroffenen Personen offen darauf ansprechen. Abteilungen und Personen nicht gegeneinander ausspielen, sondern vom kleinsten gemeinsamen Nenner ausgehen. Einzelgespräche vertraulich behandeln. Unangenehme Situationen nicht aus dem Weg gehen, denn unterdrückte negative Emotionen bremsen und blockieren positive Entwicklungen.
<b>PHYSISCHE-EBENE</b>  Körper Operativ, Existenzfähigkeit Vernetzt  Unternehmens-Substanz Know-how, Gewinn, Eigenkapital, Anlage- Umlaufvermögen, Finanzen	<b>Gesamtbetrieb</b> Verwaltungsrat, Direktion	Aussagekräftige praxisnahe und stufengerechte Führungs- und Entscheidungsinstrumente, aufgrund aktueller wie auch zukunftsorientierter Unterlagen und Daten.	Bei wichtigen Entscheidungen die verschiedenen Controlling-Instrumentarien auch einsetzen und optimal nutzen. Bezugnehmen auf die Abteilungsergebnisse anderer Bereiche und in die Gesamtüberlegungen des Betriebes einbeziehen.
	<b>Kliniken</b> Abteilungen Chefärzte, Pflegedienstleitungen, Abteilungsleiter	Genügende finanzielle Mittel zur Erhaltung der betrieblichen Substanz, Sicherstellung der Investitionen sowie der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter.	Abteilungsbezogene und praxisgerechte Führungs- und Entscheidungsinstrumentarien tragen dazu bei, die personelle und materielle Situation der eigenen Abteilung besser einschätzen zu können.
	<b>Controlling</b> Rechnungswesen Verwalter, Controller, Leiter Rechnungswesen	Optimale Bedingungen personell wie materiell (zB. EDV-Hard- und Software) zur Entwicklung aussagekräftiger Führungs- und Entscheidungsinstrumentarien (Controlling-)instrumentarien.	Die Bedingungen, personell wie materiell, zur Einführung des Controllings sind sehr selten optimal. Darum das Beste aus den vorhandenen Mitteln herausholen. Die daraus gewonnenen ersten praktischen Erfahrungen bilden eine solide Grundlage für weitere personelle und materielle Controlling-Entscheidungen.

Diese in der Matrix aufgezeigten fördernden Aspekte beruhen auf praktischen Erfahrungen. Wenn wir nun erfahren wollen, welches die größten Hemmnisse zur Einführung eines ganzheitlichen Controllings sind, dann besteht die Möglichkeit, unter Anwendung der **ganzheitlichen Gesetzmäßigkeiten**, dem **Prinzip der Polarität**, die ganzen Aspekte auf den negativen Pool umzukehren. Dazu ein Beispiel:

<b>PHYSISCHE - EBENE</b>  Körper	<b>Gesamtbetrieb</b>  Verwaltungsrat, Direktion	Aussagekräftige praxisnahe und stufen- gerechte Führungs- und Entscheidungs- instrumente aufgrund aktueller wie auch zukunftsorientierter Unterlagen und Daten.	Bei wichtigen Entscheidungen die verschiedenen Controlling-Instrumentarien auch einsetzen und optimal nutzen. Bezugnehmen auf die Abteilungs- ergebnisse anderer Bereiche und in die Gesamt- Überlegungen des Betriebes <u>einbeziehen</u> .
--	--	---	--

Nehmen wir das Lenkungspotential wahr, wie es in der vorgängigen Matrix und in diesem Beispiel formuliert ist, dann bewegen wir uns in der positiven Polarität. Kehren wir das Ganze ins Negative um, dann erhält es die Aussage, daß das vorhandene Potential in vielen Fällen kaum genutzt wird, die entsprechenden Controllinginstrumente werden also zu wenig effizient eingesetzt.

Kommen Sie mit der Lösung eines Problems nicht weiter, dann kehren Sie mit Hilfe der Polarität das Problem einfach um und betrachten es von einer anderen Seite, in den meisten Fällen ergibt sich die gesuchte Lösung von selbst. Dazu ein Beispiel aus der Praxis:

In einer Verwaltungsratssitzung eines Krankenhauses konnte zwischen der Ärzteschaft und der Verwaltung einfach keine befriedigende Lösung für ein Sachproblem gefunden werden. Jede Seite verhielt stur in seiner Position, und niemand wollte nachgeben. Die ganze Angelegenheit steckte fest in der negativen Polarität, denn aus dem Ganzen war schon längst eine Prestigefrage geworden. Bis der Sitzungsleiter auf die grandiose Idee kam, die Anwesenden mit der Frage zu konfrontieren, mit welchen negativen Konsequenzen denn die Patienten zu rechnen hätten, wenn keine befriedigende Lösung gefunden werden könne. Innerhalb kurzer Zeit haben die beiden Parteien die entsprechende Lösung gefunden.

Wie wir sehen, ist jede Unternehmens-Ebene des Management- und Controllingprozesses wiederum ganzheitlichen Gesetzmäßigkeiten unterworfen, welche die verschiedenen Unternehmens-Ebenen mit ihren Bereichen beeinflussen können.

## 2.2 Die sieben ganzheitlichen Gesetzmäßigkeiten des Management- und Controllingprozesses

Die oben genannten Gesetzmäßigkeiten sind aus dem Buch Omega Training von Margarete Friebe entnommen. In Originalform sind es die sieben hermetischen Prinzipien, die einer inneren seelischen und geistigen Entwicklung dienen. Sie werden hier in einer veränderten, praxis- und sachbezogenen Form wiedergegeben.

### 2.2.1 Das Prinzip der Geistigkeit

*Am Anfang war das Wort bzw. die Vision.*

Dieser Grundsatz steht für die Geburt aller erfolgreichen Unternehmen, Produkte und Dienstleistungen.

Auf der Suche nach neuen Strategien müssen wir zunächst versuchen, die Visionen eines Teams in Form von erwünschten Zielsetzungen in Worte zu fassen. Damit verringern wir die Schwingungsfrequenz der Gedanken (des Geistes). Indem wir beginnen, sie aufzuschreiben und aufzuzeichnen (Pinnwandtechnik, Flip-Chart, Hellraumprojektor etc.), fangen die Gedanken an, sich zu materialisieren und sich den Realitäten anzupassen, ähnlich dem Rotor des Helikopters, der bei tieferer Schwingungsfrequenz wieder sichtbar wird.

### 2.2.2 Das Prinzip der Entsprechung

*Wie oben, so unten; wie unten so oben.*

Wie wir aus der Matrix über die verschiedenen Unternehmens-Bereiche leicht erkennen, unterliegen die Bereiche Gesamtbetrieb, Kliniken/Abteilungen und Controlling/Rechnungswesen den gleichen Grundprinzipien von ganzheitlichen Prozessen. Sei es nun in der Relation des Gesamtbetriebes, der Kliniken und des Controllings oder derjenigen der atomaren und subatomaren Systemwelten im Vergleich mit den Sonnensystemen im Weltall.

In anderen Worten: Wenn wir den Menschen verstehen, dann verstehen wir auch das Funktionieren eines Unternehmens und umgekehrt. Wenn wir die systemischen Prozesse<sup>3</sup> von Unternehmen in der Privatwirtschaft verstehen, dann sollten wir eigentlich auch diejenigen der öffentlich-rechtlichen Hand verstehen, sollte man meinen. Die heutigen Probleme in unserer Branche beruhen jedoch zum größten Teil darauf, daß man in der Vergangenheit zu lange der Ansicht war, im Gesundheitswesen wäre eben alles anders, da würden selbst die ökonomischen Finanzströme flußaufwärts fließen.

Diese Erkenntnis also, daß jede Ganzheit ein Teil eines größeren Ganzen ist, bringt uns die Gewißheit, daß jede kleine Ganzheit das **gesamte Wissen** der größeren Ganzheit enthält, von der sie ein Teil ist. Man muß diese Erkenntnis nur gezielt zu nutzen wissen, das heißt, die Wahrnehmung des vorhandenen Potentials.

### 2.2.3 Das Prinzip der Schwingung

*Nichts ruht, alles bewegt sich, alles vibriert und schwingt.*

Über eine sehr negative Schwingung verfügen Unternehmen, welche eine miserable Arbeitsatmosphäre aufweisen.

Je höher eine Schwingungsfrequenz ist, desto größer ist ihre Wirksamkeit, wie auch das Beispiel des Helikopters zeigt. Erst wenn der Rotor die höchste Schwingungsfrequenz erreicht hat, ist er in der Lage, die Schwerkraft zu überwinden. Genauso verhält es sich mit dem anzustrebenden Unternehmens-Erfolg.

Aus diesem Grunde ist es für Führungskräfte unerlässlich, daß sie es verstehen, MitarbeiterInnen optimal auf neue Ziele hin zu motivieren. Eine gute Arbeitsatmosphäre und die positive Einstellung der MitarbeiterInnen zum Unternehmen sind der Schlüssel für eine gute Zukunftsbewältigung unserer Branche. Die Kraft des positiven Denkens, aber auch des negativen Denkens, darf nicht unterschätzt werden. Gerade in unserer Branche, wo ein großer Teil unserer MitarbeiterInnen direkt an der Front, beim »Mitmenschen«, tätig ist, muß auf ein positives Umfeld (Genesungsprozeß) besonders geachtet werden. Zur Schaffung eines positiven Umfeldes drängt sich natürlich automatisch die Frage auf, welcher Führungsstil beim ganzheitlichen Führen wohl der richtige wäre?

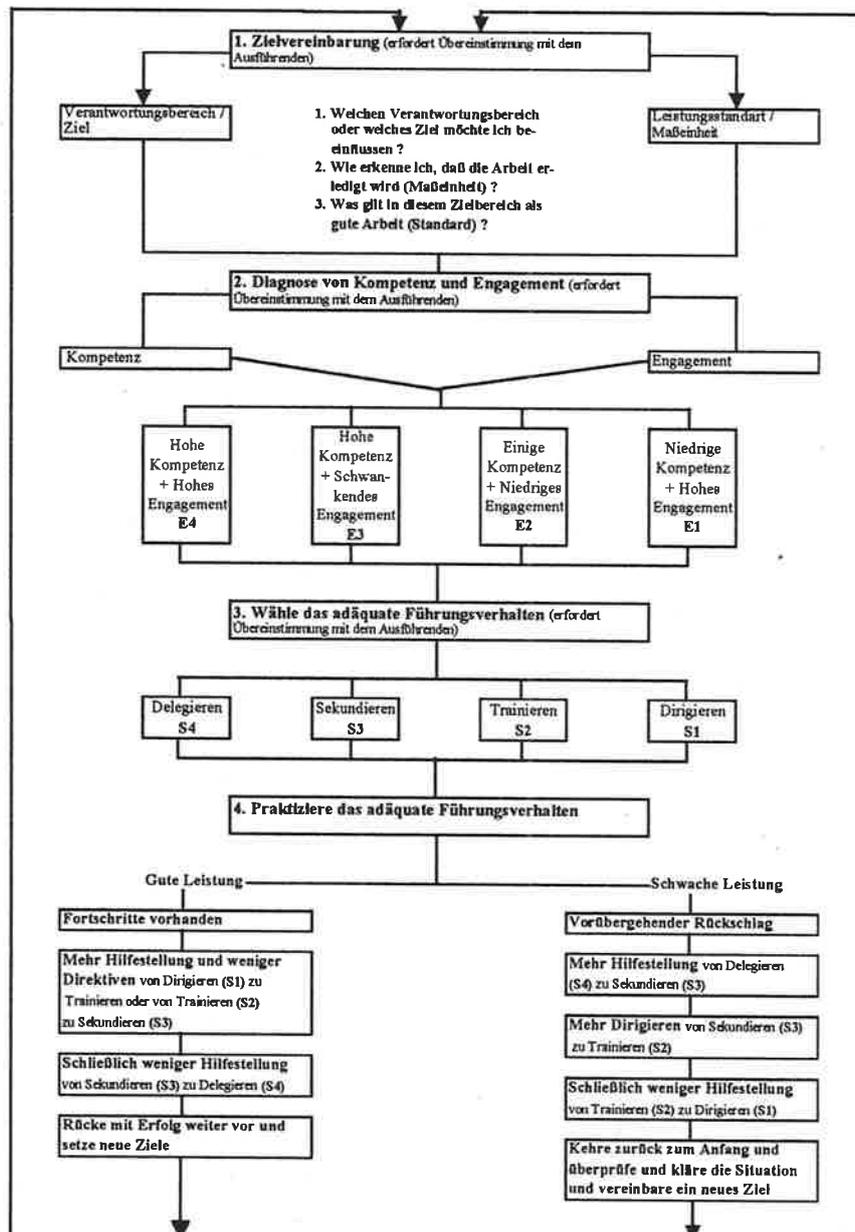
Wenn wir nun ganzheitliches Management als ein prozeßorientiertes Instrument des Gestaltens und Lenkens von ganzen Institutionen in einem dynamischen Umfeld verstehen, dann muß der statische Führungsstil zwingend vom flexiblen Führungsverhalten (delegieren, sekundieren, trainieren, dirigieren) abgelöst werden; denn auch die **Führung ist ein Prozeß in einem kybernetischen Kreislaufsystem:**

### 2.2.4 Das Prinzip der Polarität

*Wo Licht ist, ist auch Schatten.*

Wie wir im Beispiel von Seite 9 gesehen haben, hat jede Ebene ihre eigenen Gegensätze.

Der kybernetische Kreislauf des Führungsverhalten



In jeder Krise, die wir, unser Unternehmen oder unser Staat, zu bewältigen haben, liegt auch immer eine neue Chance. Wenn wir lernen, das nicht Gewünschte anzunehmen, dann werden wir die Erfahrung machen, daß sich plötzlich neue Möglichkeiten zur Krisen-Bewältigung eröffnen. In der Praxis zeigt sich aber immer wieder, daß wir Mühe haben, eine unerfreuliche Tatsache zu akzeptieren. Ein bezeichnendes Beispiel sind die monatlichen Controlling-Berichte. Unangenehme Fragen werden oftmals von den entsprechenden Gremien erst dann zur Kenntnis genommen, nachdem sie extrem polarisierend formuliert wurden. Auch Zweifel an der Richtigkeit der Zahlen sind immer wieder ein beliebter Vorwand, eingeleitete Prozesse aufzuhalten oder wenigstens zu verzögern.

Lernprozesse können jedoch nur durch Polarität gewährleistet werden, so lästig diese Erkenntnis auch sein mag. Wie sollen wir denn wissen, was Glück bedeutet, wenn wir Unglück noch nie erfahren haben?

Ein – in unserer Branche – typischer Gegensatz der Polarität besteht in der Frage, wie die qualitativ hochstehende Pflege eines Patienten in einem wirtschaftlich tragbaren Verhältnis aufrecht erhalten werden kann. Dazu gibt es in der Regel kein Patentrezept. Diese Frage muß in jedem Spital individuell angegangen werden. Die Zielsetzung sollte jedoch darin bestehen, die beiden extremen Pole Wirtschaftlichkeit und Qualität möglichst nah zueinander zu bringen. Der Idealfall würde dann eintreten, wenn sich die beiden Polaritäten in der Mitte die Waage hielten. Wichtig bei solchen Prozessen ist es aber, daß zunächst jede Abteilung für sich alleine nach Lösungen sucht und daß die jeweiligen Teams interdisziplinär und interhierarchisch zusammengesetzt sind.

Ein Beispiel der Polarität: Notwendige Investitionen, welche zum Überleben eines Unternehmens beitragen können, belasten auf der anderen Seite wiederum die Liquidität, die im schlechtesten Fall zu seinem Untergang führen kann.

### 2.2.5 Das Prinzip des Rhythmus

*Nichts ist so beständig wie der Wandel.*

Jede Lebenszykluskurve einer Epoche (Makro), eines Produktes (Meso) oder die Glückssträhne eines Menschen (Mikro) neigt sich einmal dem Ende zu und wird wiederum einem Erneuerungsprozeß zugeführt.

Rhythmus heißt stete Veränderungen und Wandel. Führungskräfte in Unternehmen, welche sich den Prinzipien des steten Wandels ihrer Umwelt widersetzen, verhindern den Erneuerungsprozeß und werden von den Ereignissen über kurz oder lang überrascht werden. Ihnen bleibt meistens nur noch der enge Spielraum des Reagierens.

## 2.2.6 Das Prinzip von Ursache und Wirkung

*Es gibt keine Wirkung ohne Ursache und keine Ursache ohne Wirkung.*

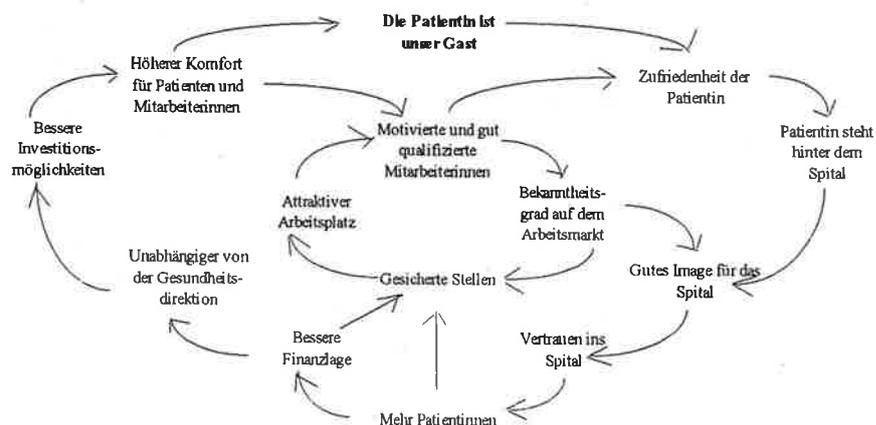
Ereignisse, deren Ursache und Sinn wir noch nicht kennen, werten wir nur allzu gerne als Zufall ab. Diese Tatsachen könnten dazu führen, daß sich abzeichnende Trends (oder beiläufig gefallene Bemerkungen von Patienten oder MitarbeiterInnen) gar nicht oder erst dann erkannt werden, wenn das Ereignis bereits eingetreten ist. Für das Prinzip von Ursache und Wirkung innerhalb eines Problemlösungsprozesses ist der Punkt III. »Analysieren der Wirkungsverläufe« (siehe Seite 20 »die neun Schritte eines ganzheitlichen dynamischen Prozesses«) maßgebend. Nach diesem Modell wurden die Zielvereinbarungsprozesse im folgenden Beispiel angegangen:

### Ein Beispiel aus der Praxis:

Im Laufe des Zielvereinbarungsprozesses mit den Abteilungen Gebärsaal, Gynäkologie und Geburtshilfe eines Schweizer Bezirkspitals untersuchten die Teilnehmer des Projektes (Chefarzt und Assistenten, Abteilungsoberschwester und ihre Mitarbeiterinnen sowie Vertreter vom Personalwesen und Controlling) die Wirkungsläufe des formulierten Zieles »Die Patientin ist unser Gast«. Bei der gemeinsamen Erarbeitung des Netzwerkes waren folgende Fragen maßgebend:

- Welcher Art ist der Einfluß, der von einem Element auf ein anderes ausgeübt wird?
- Welche Intensität weist die Wirkung auf?
- Wie ist der Zeitverlauf zwischen Ursache und Wirkung?

Bei der Analyse einzelner Wirkungsläufe und ganzer Prozesse ergaben sich oft neue, spontane Einsichten und Erkenntnisse über neue Zusammenhänge.



Abschließend zu dieser Projektgruppe möchte ich bemerken, daß aus diesen Zielvereinbarungsprozessen drei Hauptziele formuliert wurden:

1. Zufriedene Patientinnen während des Spitalaufenthalts
2. Zufriedene Patientinnen nach dem Spitalaufenthalt
3. Die Verwaltung als Dienstleistungsbetrieb

Von diesen drei Hauptzielen wurden 33 Maßnahmen abgeleitet, welche, zum größten Teil bereits umgesetzt sind. Jahrelange Forderungen wurden nun innerhalb eines Monats verwirklicht. Die Teilnehmer erkannten, daß sie selber in der Lage sind, den größten Teil der Prozesse direkt anzugehen und zu beeinflussen.

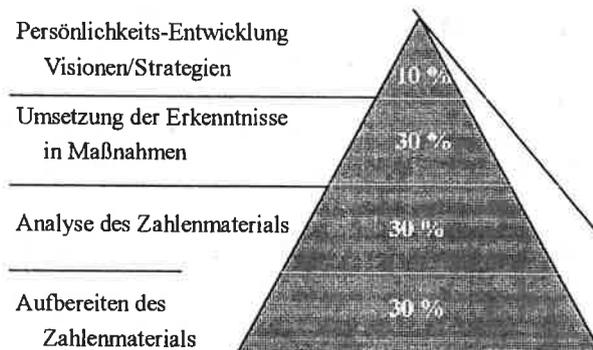
### **2.3 Ganzheitliches, zeitgemäßes Controlling hat sehr wenig mit Zahlen zu tun!**

Wie wir in der Matrix über die Gestaltungs-Komponenten eines ganzheitlichen Management- und Controllingprozesses gesehen haben, sind die menschlichen und psychologischen Anforderungen an den Controller enorm hoch, vom reinen Controller-Fachwissen einmal abgesehen.

Idealerweise sollte sich der zukünftige Controller sein praktisches Wissen und Können zuerst in Linien-Führungspositionen der Bereiche Produktion/Logistik, Marketing und Rechnungswesen von je 3 Jahren aneignen. Dieser Werdegang dauert zwar ein bißchen länger und ist auch beschwerlicher als eine traditionelle Karrieren-Laufbahn, er ist aber mit den erworbenen praktischen Erfahrungen an Wissen, Menschen- und Führungkenntnissen, in teils polaren Gebieten wie Marketing versus Rechnungswesen oder Marketing versus Produktion/Logistik, nicht mit Gold aufzuwiegen.

Schauen wir uns nun einmal das Tätigkeitsfeld eines Controllers an, dann sehen wir, daß er ca. 10% seiner verfügbaren Zeit für die Entwicklung seiner Persönlichkeit, aber auch für Visionen und Strategien einsetzen sollte, damit er seinen Anforderungen auch in Zukunft gerecht werden kann.

Albrecht Deyhle weist zu Recht immer wieder darauf hin, daß sich vor allem das Controlling mit der Zukunft befassen sollte, da das operative Management zusehr mit dem Tagesgeschäft beschäftigt ist und der Blickwinkel für eine zukunftsgerichtete Unternehmens-Entwicklung meistens kaum über die eigene Nasenspitze reicht.

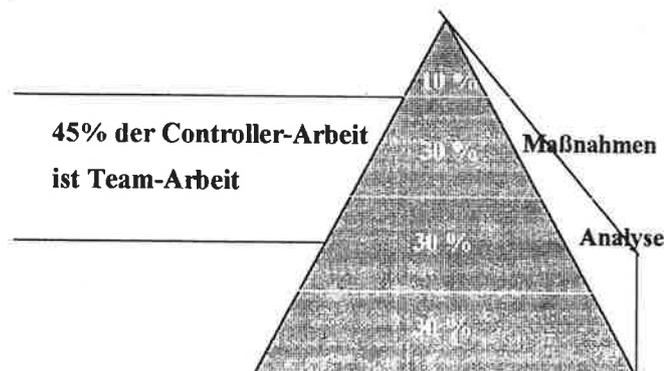


Beim Studium der letzten Seiten könnte leicht der Eindruck entstehen, daß den ganzheitlichen Aspekten, vor allem den psychischen und geistigen Ebenen, zuviel Aufmerksamkeit geschenkt wird. Kommen wir aber auf die hohen menschlichen und psychologischen Anforderungen eines Controllers zurück, dann habe ich persönlich eher den Eindruck, daß diesen Aspekten bisher zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Der Erfolg eines Unternehmens hängt nicht davon ab, wie gut und raffiniert die entsprechenden Controllinginstrumentarien sind, sondern er hängt wesentlich davon ab, was man aus ihnen macht.

Schauen wir uns noch einmal die Tätigkeitspyramide an, dann wird uns schnell einmal klar, daß effektives Controlling nicht im stillen Kämmerlein gemacht wird, sondern daß ein erheblicher Teil aus Team-Arbeit besteht.

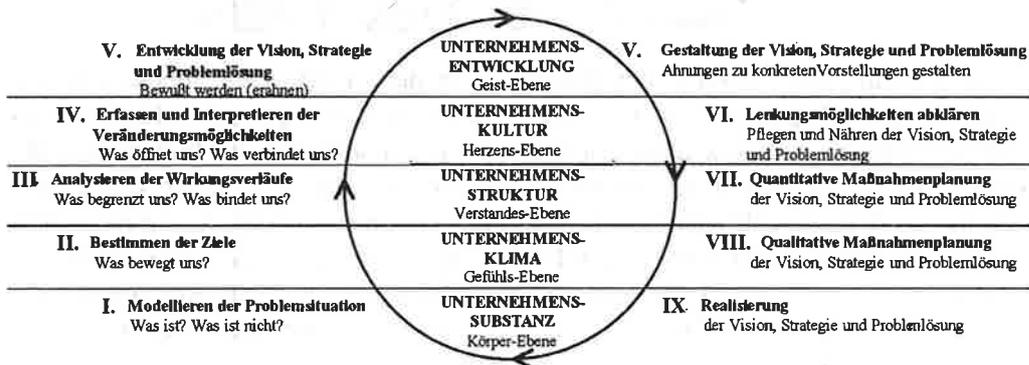
Wie komplex das Beziehungsgeflecht eines Controllers im Team sein kann, zeigt auch die Matrix mit den Gestaltungs-Komponenten des ganzheitlichen Management- und Controllingprozesses (Seiten 10+11).

Bei der Entwicklung neuer Strategien oder wenn es irgendein Problem einer Abteilung oder zwischen mehreren Abteilungen und Führungsstufen zu lösen



gilt, dann wird die Führungsqualität eines Controllers besonders gefordert. Wie das folgende Modell mit den neun Stufen eines ganzheitlichen dynamischen Prozesses (basierend nach der St. Galler-Methode von Ulrich/Probst sowie auf dem fünfstufigen, ganzheitlichen Unternehmensmodell von Bienek) aufzeigt, sind auch hier die ganzheitlichen Eigenschaften eines Controllers gefragt:

#### Die neun Schritte eines ganzheitlichen dynamischen Prozesses



Die linke Seite zeigt die einzelnen Schritte, wie man zu einer neuen Strategie oder Problemlösung gelangt.

Die rechte Seite zeigt die einzelnen Schritte, wie sich neue Strategien oder Problemlösungen umsetzen lassen.

#### 2.4 Die ganzheitlichen Eigenschaften einer Controller-Persönlichkeit

Der Umgang mit Leuten aus den verschiedensten Führungsebenen und Abteilungen eines Spitals erfordert vom Controller ein großes kommunikatives Einfühlungsvermögen. Wenn wir jetzt auf die ganzheitlichen Controller-Eigenschaften eingehen, so sollte uns von vornherein klar sein, daß die Persönlichkeit erst noch geboren werden muß, welche alle nachfolgend aufgezählten Kriterien erfüllen kann. Daher ist es in einer Team-Arbeit äußerst wichtig, daß bei der Zusammensetzung des Teams auch darauf geachtet wird, daß sich die einzelnen Charaktere möglichst ergänzen.

Die folgenden Aufzählungen sollen Leitplanken sein, an welchen sich die Persönlichkeits-Entwicklung eines Controllers, oder einer Führungskraft im allgemeinen, orientieren sollte. Die ganzheitliche Persönlichkeit

- denkt ganzheitlich, unkonventionell, langfristig und resultat-orientiert,
- denkt über die Grenzen der eigenen Funktion, Unternehmung und Branche hinaus,
- zeigt Bereitschaft, das Gestrige aufzugeben, zu entrümpeln und zu entschlacken,
- berücksichtigt komplexe Zusammenhänge,
- hat eine positive Einstellung,
- konzentriert sich auf die Chancen und läßt sich nicht auf die Probleme allein fixieren,
- zeigt Gelassenheit in Konfliktsituationen,
- nimmt Gesprächspartner in jeder Situation ernst,
- treibt Veränderungen in kleinen Schritten, dafür aber kontinuierlich voran.
- ist aufgeschlossen gegenüber Neuem,
- ist unvoreingenommen gegenüber Andersdenkenden,
- ist ein Wegbereiter für Innovationen und achtet darauf, daß die Organisation den Zielsetzungen folgt und nicht umgekehrt.

Diese oben genannten Voraussetzungen für Controller und Führungskräfte bieten am ehesten Gewähr, daß die Gestaltungs-Komponenten und das Lenkungspotential, wie in der Matrix des ganzheitlichen Management- und Controllingprozesses (Seiten 10+11) beschrieben, auch wahrgenommen werden können.

### **2.5 Es führen verschiedene Wege zu einem wirksamen ganzheitlichen Controlling**

Für eine erfolgreiche Implementierung des Controllings in einem Spital ist es von Vorteil, auf folgende Faktoren zu achten, welche wiederum größtenteils psychologischer Natur sind:

- Es sollte einem allgemeinen Bedürfnis entsprechen.
- Eine kritische Akzeptanz muß von allen Spitalbereichen und Führungsebenen vorhanden sein.
- Der Nutzen muß für alle Betroffenen innert kurzer Zeit sichtbar sein.
- Man sollte nicht lange über Controlling reden, sondern aufgrund konkreter Tatsachen handeln und zuerst einmal praktische Erfahrungen gewinnen.

Vor allem ist es äußerst wichtig, daß sich die Verantwortlichen über das entsprechende Controlling-Konzept völlig im klaren sind. Eine großflächige Information nach außen sollte erst in dem Zeitpunkt erfolgen, wenn sämtliche neun Schritte eines ganzheitlichen Konzeptions-Prozesses (Seite 20) durchlaufen sind, sonst besteht die Gefahr, daß die Information plötzlich zur Desinformation mutiert. Das Resultat einer solchen Desinformation ist Frustration statt Motivation. Nachfolgend seien noch einige wichtige Standardfragen zur Controlling-Konzeption aufgeführt:

1. Wer nimmt die Controllingaufgaben wahr?
2. Wo in der Spitalorganisation ist es angesiedelt?
3. Welches sind seine Aufgabenbereiche?
4. Welche Kompetenzen erhält es?
5. Welchen Anforderungen muß es genügen?

In den folgenden Kapiteln, wenden wir uns nun ausschließlich den beiden körperlichen Ebenen, der Unternehmens-Substanz und der Unternehmens-Struktur zu, das heißt dem strategischen- und operativen Controlling, welches die Sektoren Marketing-, Mitarbeiter-, Beschaffungsmarkt- und Finanzpolitik eines Spitals sehr stark tangiert. Dabei werden wir in den folgenden Beispielen immer wieder feststellen, wie intensiv diese Ebenen mit den übrigen drei Unternehmens-Ebenen verknüpft sind.

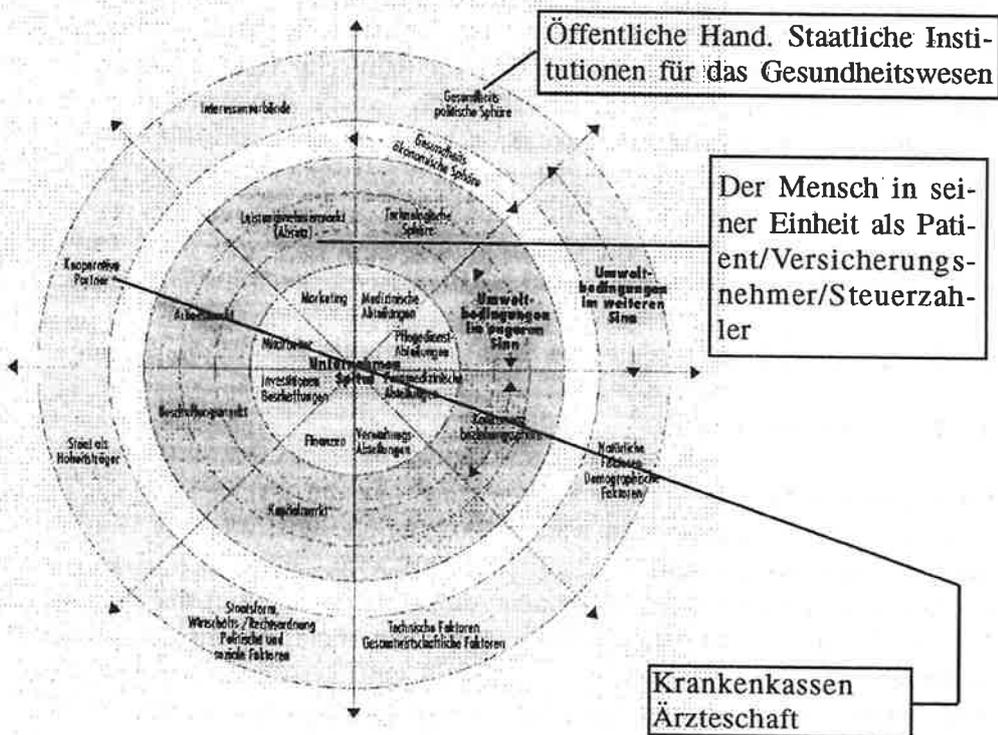
#### Anmerkungen:

- <sup>1</sup> Rivar/Mit Controlling Kosten besser im Griff? Schweizer Spital 4/1993.
- <sup>2</sup> Rivar/Kennzahlen: Am Puls des Spitals. Schweizer Spital 9/1993.
- <sup>3</sup> Die horizontalen und vertikalen Vernetzungen innerhalb von verschiedenen Ebenen werden in der Systemtheorie als systemisch bezeichnet, und gemeint sind damit die kybernetischen Vernetzungen innerhalb des Spannungsbereichs der verschiedenen Organisationsebenen mit ihrer Umwelt, den Teilmärkten und den damit verknüpften Unternehmensbereichen. Der Ursprung der Systemtheorie geht auf die fundamentalen neuen Erkenntnisse in der Physik anfangs dieses Jahrhunderts zurück und beruht auf den Erkenntnissen der Relativitäts- und der Quantentheorie. Die Professoren Ulrich und Probst von der Hochschule St. Gallen entwickelten aus der Systemtheorie eine hervorragende, praxisbezogene, ganzheitliche Managementmethode, welche sich jedoch hauptsächlich auf die physischen Seins-Ebenen beschränkt und daher eher mit **vernetztem Management** umschrieben werden sollte. Erst mit dem Einbezug der psychischen- und geistigen Ebenen und deren Gesetzmäßigkeiten kann von **ganzheitlichem Management** gesprochen werden.

### 3. Das Krankenhaus in seiner Wechselbeziehung zu seiner Umwelt

Die Verknappung der Finanzressourcen der öffentlichen Haushalte wird das Umfeld der heutigen Spitallandschaft völlig auf den Kopf stellen. Der Übergang von der schwerfälligen, statischen und unflexiblen Planwirtschaft zu einer vorerst gemischten Form von Plan- und Marktwirtschaft stellt ganz neue Anforderungen an die Verantwortlichen von Gesundheitspolitik, Krankenkassen und Spitalern.

#### Das öffentliche Spital in seiner Wechselbeziehung zu seiner Umwelt



⇒ 2

### 3.1 Der Leistungsnehmer im gesundheitspolitischen Umfeld

#### *Der ganzheitliche Mensch in seiner Einheit als Patient, Versicherungsnehmer und Steuerzahler.*

Wenn Fachleute über gesundheitspolitische Themen referieren, ist das Wort Patient, Versicherungsnehmer oder Steuerzahler selten zu hören. Und wenn, dann entsteht oft der Eindruck, man rede von drei verschiedenen Kategorien von Menschen. Eine eigene, vierte Kategorie bildet die Fachfrau oder der Fachmann im Gesundheitswesen und hat, so scheint es jedenfalls, mit den ersten drei Kategorien nichts Gemeinsames.

Das führt uns wieder einmal vor Augen, wie linear wir immer noch denken; obwohl Schlagwörter wie vernetzt, ganzheitlich, customer focus, Quality- und Prozeßmanagement Hochkonjunktur haben.

Bei der Lösung der anstehenden Probleme müssen die Bedürfnisse des ganzheitlichen Menschen in seiner Einheit als Patient, Versicherungsnehmer und Steuerzahler im Vordergrund stehen. Diese Bedürfnisse sind leicht zu definieren:

**Eine menschenwürdige, qualitativ gute medizinische Versorgung zu tragbaren Kosten.** Das heißt: Ärzte und Pflegende, welche den Patienten ernst nehmen und auf ihn eingehen. Krankenkassen mit Prämien, die für die Familien noch tragbar sind, und schlußendlich der Staat mit Steuerlasten, welche noch in einem vernünftigen Verhältnis zum Einkommen stehen.

Für die Verantwortlichen im Gesundheitswesen bedeutet dies, Führungsverantwortung auf allen Ebenen und in allen Bereichen wahrzunehmen.

### 3.2 Die gesundheitspolitische und -ökonomische Sphäre im Umbruch

#### 3.2.1 Öffentliche Hand

Die steigenden Defizite der öffentlichen Hand und die Verknappung der Finanzressourcen der Krankenkassen werden zu einer Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den privaten und öffentlichen Spitälern – aber auch zwischen den öffentlichen Spitälern selber – führen. Außerdem ist es durchaus denkbar, daß sich die Gesundheitsdirektionen der öffentlichen Hand zur Versorgung der Bevölkerung genötigt sehen, gewisse qualitativ gute Leistungen zu kostengünstigen Konditionen direkt von Privatspitälern zu beziehen, sofern die öffentlichen nicht in der Lage sind, im Wettbewerb mitzuhalten.

Die Erfahrungen, welche sich aus den neuen Umweltbedingungen für das Gesundheitswesen ergeben, führen früher oder später zur Einführung neuer

Finanzierungsformen. Von den zusehends unpopulär werdenden Querfinanzierungen hin zu leistungsgerechteren Direktfinanzierungen, welche zur Erhöhung der Kostenwahrheit beitragen sollen.

### *Kooperative Partner*

#### **3.2.2 Krankenkassen**

Die Kosten-Transparenz bei der Grundversorgung könnte die Krankenkassen früher oder später zwingen, kostendeckende Prämien zu konkurrenzfähigen Konditionen auf dem Markt anzubieten.

Daraus würden sich für die Krankenkassen folgende Anpassungszwänge an die sich schnell verändernden Umweltbedingungen im Gesundheitswesen ergeben:

- *Privatversicherungsgesellschaften*  
Die vermehrte Integration von Krankenkassen in große Privatversicherungsgesellschaften, was eine Beschleunigung der marktwirtschaftlichen Ausrichtung ihrer Geschäftspolitik bewirken wird.
- *Umbau der Zusatzversicherungen*  
Die Sicherstellung des Zusatzversicherungsgeschäftes durch vermehrten innovativen Wettbewerb. Ausschluß der ärztlichen Leistungen und die Beschränkung auf das Hotellerieangebot.
- *Innovative Sonderversicherungsmodelle*  
Eine starke Belebung des Marktes für innovative Sonderversicherungsmodelle, bei denen Versicherungen, Versicherte, Ärzte, medizinische Institute und Krankenhäuser gleichermaßen profitieren können (Win-Win-Situation), sofern die Leistungen qualitativ gut, bedarfsgerecht und kostengünstig ausgestaltet werden.
  - Individuelle Verträge mit Leistungsanbietern.
  - Kontingentsvereinbarungen mit Spitälern, basierend auf einer saisonalen Preispolitik<sup>1</sup>.
  - Kostentransparenz unter den Spitälern durch diagnosebezogene Fallpauschalen.
- *Einfachere und betriebswirtschaftlich nachvollziehbare Tarif- und Abrechnungsverfahren zwischen Krankenkassen, Ärzten, medizinischen Instituten und Krankenhäusern*  
Die hohen Reibungsverluste mit den damit verbundenen hohen Personal- und EDV-Kosten, welche sich aus dem komplizierten Abrechnungsverfahren zwischen den Kassen und den Leistungsanbietern ergeben, werden verringert werden müssen. Zur Sicherung der Finanzierung von medizinischen

Primärleistungen (Patientenbehandlung und -betreuung) wird das Lean- und Qualitäts-Management bei den Krankenkassen und in den Spitälern zusehends an Bedeutung gewinnen. Ein kompliziertes Tarif- und Abrechnungsverfahren mit den damit verbundenen außergewöhnlich hohen EDV-Kosten im Patientenabrechnungsbereich werden sich Tertiärbereiche, wie die Administration, langfristig nicht mehr länger leisten können, weil die Geldmittel vermehrt für die Primär- und Sekundärbereiche in den Krankenhäusern verwendet werden müssen.

Ein weiterer Schritt wird folgen, wenn die ersten praktischen Erfahrungen mit der diagnosebezogenen Fallkostenträgerrechnung vorliegen. Die Entwicklung von diagnosebezogenen Tarif- bzw. Fallpauschalen ist eine weitere große Chance, das Tarifwesen nochmals erheblich zu vereinfachen, um damit erhebliche Kosteneinsparungen zu erzielen, und kann außerdem auch Wesentliches zum besseren Verständnis zwischen Ärzten und Ökonomen beitragen.

- Vereinfachung der administrativen Abläufe mittels elektronischem Datentransfer zwischen oder innerhalb der Leistungsanbieter und Kostenträgern (EDI/Electronic Data Interchange)

Die elektronische Vernetzung zwischen Ärzten, Therapeuten, Apotheken, Labors, Röntgeninstituten, Spitälern, Krankenkassen und Versicherungen, wird zur Vereinfachung von administrativen und kostenintensiven Abläufen führen.

### 3.2.3 Ärzteschaft

Auch die Ärzteschaft wird sich den turbulenten Entwicklungen innerhalb und außerhalb der gesundheitspolitischen und -ökonomischen Umweltbedingungen nicht mehr länger verschließen können. Die Einsicht, den Wandel aktiv und konstruktiv mitzugestalten, um sich selbst nicht plötzlich in einer unvorteilhaften Wettbewerbsposition wiederzufinden, wird zu einer Favorisierung folgender Thesen führen:

- Entschädigung der Ärzte über die Zeit  
Bessere Entschädigung des Zeitaufwandes. Einheitliche Zeitsätze für Allgemein-, Halbprivat- und Privatpatienten. Wie auch in der Privatwirtschaft üblich, können unterschiedlich hohe Zeittarife für Assistenz-, Ober- und Chefarzte festgelegt werden. Die Zeittarife orientieren sich an der maximalen Jahresarbeitszeit und einer festgelegten Skala für Minimal- und Maximal- Jahreseinkommen.

- *Konzentration auf das ärztliche Kerngeschäft*  
Zur Begrenzung der Mengenausweitung wird sich neben der Entschädigung über die Zeit auch die Erkenntnis durchsetzen, daß mit der Einführung der Zeitentschädigung konsequenterweise auf Gewinnmargen für Medikamente, Labor- und Röntgenleistungen verzichtet wird und nur noch kostendeckende Sätze (inkl. Abschreibung und Kapitalisierung) verrechnet werden dürfen.
- *Intensive Koordination via EDI-Vernetzung einweisender Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen*  
In der verbesserten Koordination zwischen den verschiedenen kooperativen Partnern im Gesundheitswesen liegen durch die Verminderung von unnötigen Leistungen und Reibungsverlusten erhebliche Kostensenkungspotentiale. Die Qualitätskontrolle wird dadurch umfassender, einfacher und viel wirkungsvoller.
- *Erwerbung von Managementkompetenzen und Ausübung der Führungsverantwortung von leitenden Ärzten in den Spitälern*  
Obwohl die Auswirkungen ärztlicher Entscheidungen in Krankenhäusern weit über deren eigene Abteilung hinausgehen, konzentrieren sich viele Chefarzte ausschließlich auf ihren ureigensten Fachbereich. Die Führungsverantwortung einer einzigen Abteilung wird dadurch von mehreren Personen wahrgenommen (im Extremfall von niemandem), was zu erheblichen Kommunikationsschwierigkeiten führt, weil gemeinsame und ganzheitliche Zielsetzungen fehlen.  
Immer mehr Ärzte erkennen, daß sie sich Managementkompetenzen aneignen müssen, um bei komplexen Sachfragen ihrer eigenen Abteilung überhaupt noch mitreden zu können, und daß sich gewünschte Veränderungen in ihrer Abteilung schneller verwirklichen lassen, wenn sie die Verantwortung in Finanz-, Mitarbeiter-, Marketing- und Investitionsfragen vor Ort selber übernehmen.

### 3.3 Die Einwirkungen der Umwelt-Einflüsse auf die strategischen Erfolgsfaktoren von Spitälern

Die völlig veränderten Rahmenbedingungen innerhalb der gesundheitspolitischen und -ökonomischen Sphäre und die sich daraus ergebenden enormen Umwälzungen bei den kantonalen Gesundheitsdirektionen, aber auch bei den kooperativen Partnern der Krankenhäuser (Krankenkassen, Ärzteschaft), werden auch vor dem Spitalmarkt nicht Halt machen.

Die zu erwartenden zukünftigen Einwirkungen der Umwelt-Einflüsse auf die wesentlichsten strategischen Erfolgsfaktoren der Spitäler (je größer die Ziffer in der Matrix, desto stärker der Einfluß) seien in der folgenden Matrix (nach Vester und Geschka/Hammer) im Detail festgehalten:

Umweltfaktoren	Spitalplanung		Krankenkassen			Arztenschaft			Zielsumme Beeinflussbarkeit der strategischen Erfolgsfaktoren	
	Überregionale Spitalplanung	Leistungsrechtliche Direktfinanzierungen	Privatversicherungsgesellschaften	Zusatzversicherungen	Sonderversicherungsmodelle	Tarif- und Abrechnungsverfahren	Elektronischer Datenverkehr EDI/Konkordanz via Vernetzung	Zeitschäftigkeit Konzentration auf die Kerngeschäft		Führung und Management
<b>MARKEITINGPOLITIK</b>										
Hohe Qualität aus der Sicht des Patienten (Patient In als Gast)	2	1	2	2	2	1	2	2	2	16
Optimale Markt- und Wettbewerbsvorteile	0	0	1	2	2	0	1	0	2	8
Konkurrenzfähige Preispolitik	0	1	2	2	2	1	1	1	2	12
Hoher Belegungs- und Auslastungsgrad	2	0	2	2	2	0	0	2	2	12
<b>MITARBEITERPOLITIK</b>										
Optimales Verhältnis von Produktivität und Qualität	0	0	0	2	2	0	2	0	2	8
Hohe Innovations- und Motivationsrate	0	0	0	2	2	0	0	0	2	6
<b>BESCHAFFUNGSMARKTPOLITIK</b>										
Ausgewogene Investmenttätigkeit	0	0	0	2	2	0	2	0	2	8
<b>FINANZPOLITIK / CONTROLLING</b>										
Niedrige und transparente Kostenstruktur	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
Hoher Deckungsbeitrag	2	1	2	2	2	1	1	1	2	14
<b>Spaltensumme Einflußstärke der Umweltfaktoren</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	

Die zukünftige Entwicklung folgender Umweltfaktoren beeinflussen (hohe Spaltensumme/Pfeile) die strategischen Erfolgsfaktoren am meisten:

1. Führung und Management
2. Sonderversicherungsmodelle
3. Zusatzversicherungen
4. Elektronischer Datenverkehr EDI
5. Privatversicherungsgesellschaften

Folgende strategische Erfolgsfaktoren werden von den Umweltfaktoren am meisten beeinflusst (hohe Zeilensumme/Pfeile):

1. Hohe Qualität aus der Sicht des Patienten (Patient als Gast)
2. Konkurrenzfähige Preispolitik
3. Hoher Belegungs- und Auslastungsgrad
4. Niedrige und transparente Kostenstruktur
5. Hoher Deckungsbeitrag

### 3.3.1 Die fünf wesentlichsten Umweltfaktoren der Spitäler

#### **Führung und Management**

Der Erfolg von Spitalern – und wie in allen anderen Unternehmen auch – steht und fällt mit der Qualität des Managements und der Führung auf allen Ebenen. Auf eindrückliche Art und Weise zeigt die Umwelt-Einflußmatrix, wie stark die strategischen Erfolgsfaktoren eines Spitales vom bewußten, meist aber vom unbewußten Verhalten der leitenden Ärzte abhängig ist. Es hängt vom Geschick des Spitalmanagements ab, wie weit es in der Lage ist, leitende Ärzte von der Notwendigkeit der Aneignung von Führungs- und Managementkompetenzen innerhalb der Marketing-, Mitarbeiter-, Beschaffungsmarkt- und Finanzpolitik zu überzeugen. Daß dieses Unterfangen nicht einfach ist, liegt auf der Hand, wenn man sich bewußtmacht, daß sich das Spitalmanagement mehrheitlich auf der Verstandesebene und die Ärzteschaft eher auf der Gefühlsebene bewegt. Die Förderung des ganzheitlichen-Managements<sup>2</sup> könnte zur Verständigung dieser zwei unterschiedlichen Ebenen beitragen.

#### **Zusatz- und Sonderversicherungsmodelle**

In der Produktegestaltung wird vor allem von den Krankenkassen, wie auch von den Spitalern, Kreativität und Innovation gefragt sein. Die Akzeptanz seitens der Versicherungsnehmer wird jedoch größtenteils vom Preis abhängen.

#### **Elektronischer Datenverkehr EDI**

Der qualitative Vorteil für den Patienten liegt darin, daß die vollständigen Unterlagen des Hausarztes (inkl. Röntgen- und Laboruntersuchungen) schnell und einfach an das Spital übermittelt werden können. Neben dem volkswirtschaftlichen Nutzen bleibt der Patient somit auch von vielen lästigen Eintrittsuntersuchungen verschont.

Der Wettbewerbsvorteil sowie die günstige Beeinflußung der Preispolitik für das einzelne Spital spielen allerdings nur solange, bis auch der hinterste und letzte Betrieb auf EDI umgerüstet ist.

Generell kann jedoch von einer allgemeinen Senkung der administrativen Kosten ausgegangen werden, sofern die dafür nötigen Investitionskosten in einem ausgewogenen Rahmen bleiben.

#### **Privatversicherungsgesellschaften**

Spitäler, von denen die Versicherten (ehemalige Patienten und Besucher) eine gute bis sehr gute Qualität (Einrichtung und Komfort, Spitalablauf und medizi-

nische Versorgung) bescheinigen, und welche sich außerdem auf ein transparentes Zahlenmaterial stützen können, werden von den Mega-Krankenversicherungen eher als gleichwertige (Verhandlungs-)Partner akzeptiert werden.

### 3.3.2 Die fünf wesentlichsten Erfolgsfaktoren für Spitäler

#### Hohe Qualität aus der Sicht des Patienten (PatientIn) als Gast

In einer Untersuchung des Beobachters wurden folgende Qualitäts-Kriterien aus der Sicht der Patienten definiert:

<u>Einrichtung und Komfort</u>	<u>Spitalablauf</u>	<u>Medizinische Versorgung</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komfort allgemein</li> <li>- Zimmereinrichtung</li> <li>- Sauberkeit</li> <li>- Schutz der Privatsphäre</li> <li>- Ruhe auf der Station</li> <li>- Dusche und WC</li> <li>- Aufenthaltsräume</li> <li>- Orientierungshilfen</li> <li>- Essen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empfang beim Spital-eintritt</li> <li>- Patienteninformation</li> <li>- Kenntnis der Ansprechpartner</li> <li>- Zeit für Arztgespräche</li> <li>- Tagesablauf</li> <li>- Besuchszeiten</li> <li>- Eingehen auf Vorschläge von Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachkompetenz, Erreichbarkeit und Teamarbeit Ärzte/ Pflegepersonal</li> <li>- Untersuchung</li> <li>- Pflege</li> <li>- Arztvisiten</li> <li>- Verständliche Sprache</li> <li>- Information vor Eingriff</li> <li>- Vorbereitung auf Entlassung</li> </ul>

Wie wir aus der Umwelt-Einflußmatrix entnehmen, wird der Faktor Qualität zum bestimmenden Element der Spitalpolitik. Ein differenziertes Patientenbefragungssystem<sup>3</sup>, welches im Minimum die oben aufgeführten Kriterien beinhaltet, gehört zum zukünftigen Standard eines jeden Controllinginstrumentariums.

#### Konkurrenzfähige Preispolitik

Qualität, niedrige Kostenstruktur, tiefe diagnosebezogene Fallkosten, ein hoher Deckungsbeitrag und kreative Anreize für Krankenkassen (z. B. Kontingentsvereinbarungen basierend auf saisonalen Schwankungen) sind die Elemente, aus welchen sich eine ausgewogene Preispolitik zusammensetzt.

#### **Hoher Belegungs- und Auslastungsgrad**

Eine optimal abgestimmte Betten- und OPS-Planung, ein tadelloses Image des Spitäles, basierend auf einer guten Öffentlichkeitsarbeit<sup>4</sup>, qualitativ einwandfreie Dienstleistungen, regelmäßige persönliche Begegnungen zwischen den Haus- und Spitalärzten sowie attraktive Angebote für Zusatz- und Sonderversicherungsmodelle sind die Faktoren, welche die Belegung eines Spitäles stark beeinflussen können.

#### **Niedrige und transparente Kostenstruktur**

Ein gut ausgebautes Controllingsystem mit einem monatlichen Berichtswesen, verankert in einer flexiblen, prozeßorientierten dezentralen und kybernetisch- vernetzten Organisationsstruktur<sup>5</sup>, mit klar abgegrenzten Verantwortungs- und Kompetenzbereichen für Kostenstellen- und Kostenträgerleiter sind die Grundvoraussetzungen zur Gestaltung einer wettbewerbskonformen Kostenstruktur.

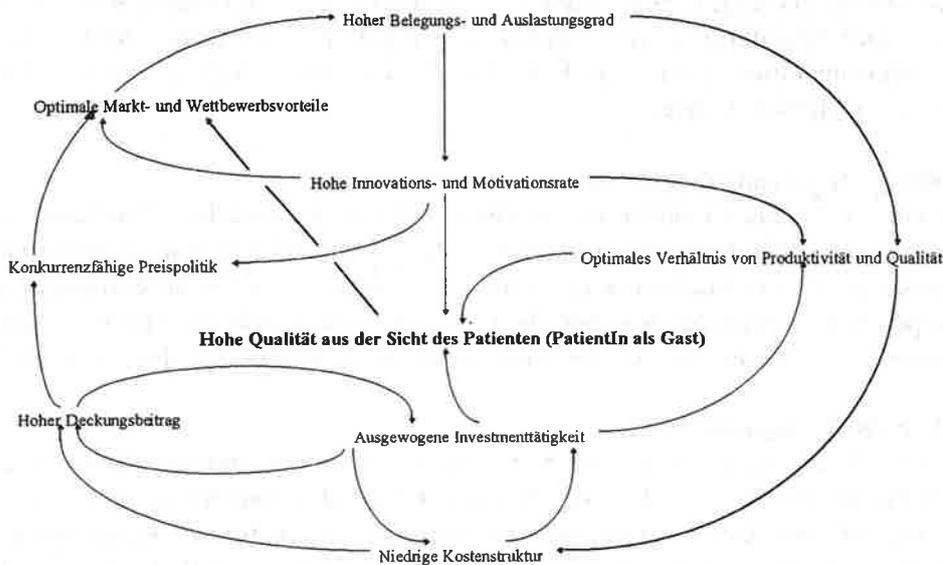
#### **Hoher Deckungsbeitrag**

Zur Gestaltung einer saisonalen Preispolitik mit Krankenkassen-Kontingentsvereinbarungen ist eine Deckungsbeitrags-Kostenstellenrechnung mit variabel und fix aufgliedernden Kosten sehr hilfreich; vor allem für die Kalkulation eines angemessenen Deckungsbeitrages an die Fixkosten. Außerdem wird bei den Kostenstellen- und Kostenträgerleitern das unternehmerische Denken gefördert.

### **3.3.3 Die vernetzten Wirkungsverläufe der wesentlichsten strategischen Erfolgsfaktoren**

Neben den fünf wesentlichsten strategischen Erfolgsfaktoren dürfen jedoch jene mit einer niedrigen Zeilensumme keinesfalls unterschätzt werden. Die kleine Zeilensumme bedeutet nur, daß diese Faktoren relativ unabhängig von Veränderungen der Umweltfaktoren sind und somit zielgerichtet umgesetzt werden können. Zudem üben sie ihrerseits einen großen Einfluß auf andere Faktoren aus und werden von ihnen selber auch wieder beeinflusst. Gerade diese Wirkungsverläufe sind erfolgs-mitbestimmend bei der Umsetzung von strategischen Zielsetzungen in die Praxis.

Ein Beispiel von vernetzten Wirkungsverläufen strategischer Erfolgsfaktoren sei hier kurz aufgeführt:



Die Qualität eines Spitalaufenthaltes (*Patient als Gast*) wird selber von folgenden Faktoren beeinflusst:

- Eine ausgewogene Investmenttätigkeit (z.B. *Komfort der Zimmer, moderne med. Arbeitshilfsmittel etc.*).
- Ein optimales Verhältnis von Produktivität und Qualität (*eine überdurchschnittliche Produktivität hat zwar einen positiven Einfluß auf die Kostenstruktur, kann sich in bezug auf die Pflegequalität jedoch ebensogut negativ auswirken*).
- Ein hoher Innovations- und Motivationsgrad der Mitarbeiter (*Geborgenheit für den Patienten*).

Die Patientenzufriedenheit (Qualität aus der Sicht des Patienten) selber hat wiederum einen positiven Einfluß auf die Markt- und Wettbewerbsvorteile eines Spitals.

Aus diesem Netzwerk wird also erkenntlich, wie strategische Erfolgspotentiale mit einer niederen Zeilensumme

- Optimale Markt- und Wettbewerbsvorteile
  - Optimales Verhältnis von Produktivität und Qualität
  - Hohe Innovations- und Motivationsrate
- nicht zu unterschätzende Faktoren sind, welche erheblich auf jene mit einer größeren Zeilensumme einwirken können.

### **Anmerkungen**

- 1 Rivar/Marketing im Spitalmarkt. Schweizer Spital 12/1993.
- 2 Rivar/Ganzheitliches Management: Vision oder Illusion? (Anhang 1).
- 3 Rivar/Kennzahlen: Am Puls des Spitals. Schweizer Spital 9/1993.
- 4 Rivar/Marketing im Spitalmarkt. Schweizer Spital 12/1993.
- 5 Rivar/Mit Controlling Kosten besser im Griff? Schweizer Spital 4/1993.

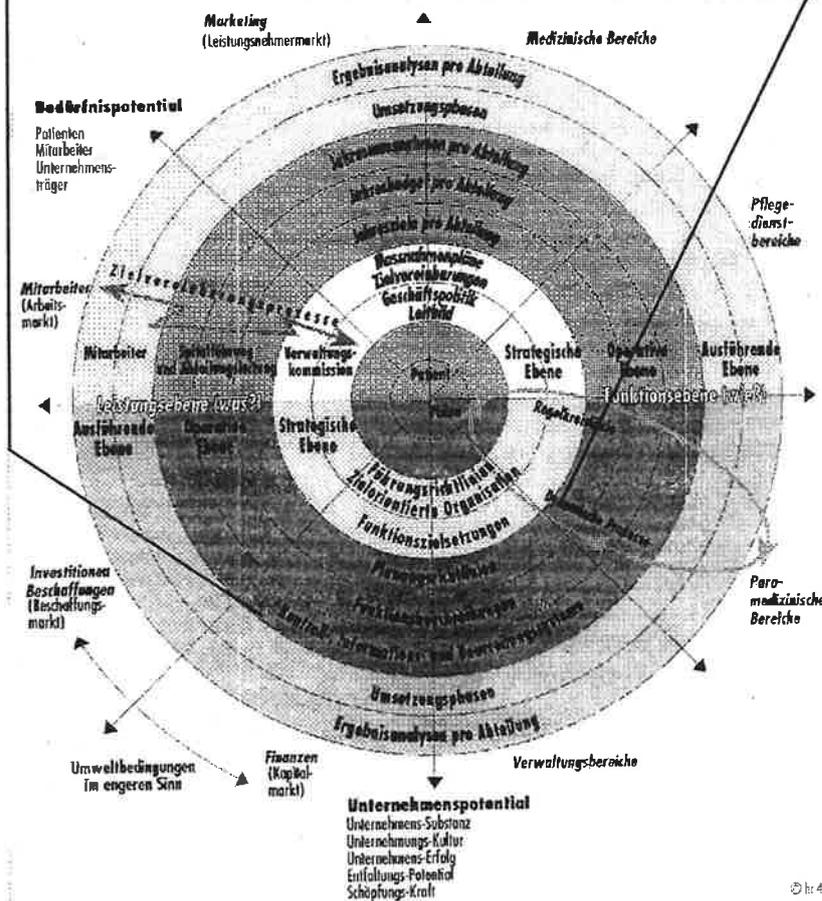
## 4. Das Führungs- und Steuerungssystem strategischer Erfolgsfaktoren

### 4.1 Generelles

Das Controllingssystem umfaßt sämtliche Abteilungs- und Führungsebenen eines Spitals unter Einbezug der einzelnen Teilmärkte. Eine entsprechende zielorientierte Organisationsstruktur soll sich dabei organisch entwickeln können.

### Kybernetische Vernetzung im Spannungsfeld der verschiedenen Organisationsebenen mit den Teilmärkten und den Unternehmensbereichen

Siehe Seite 20: die neun Schritte eines ganzheitlichen dynamischen Prozesses



Die heutige Zeit des hektischen Wandels verschiedenster Umweltfaktoren und der damit verbundenen Komplexität verlangt ein effektives Controllingsystem, welches in eine klare Organisationsstruktur eingebettet ist und wo die wichtigsten Organisationsebenen mit ihren Teilmärkten und Unternehmensbereichen kybernetisch vernetzt sind.

Beim Aufbau eines Controllingsystems müssen die vernetzten Wirkungsläufe der strategischen Erfolgsfaktoren in die Überlegungen mit einbezogen werden. Auf folgende Fragen muß ein optimales Controllingsystem antworten können:

- In welcher Richtung wird sich der strategische Erfolgsfaktor B verändern, wenn sich Faktor A in eine bestimmte Richtung verändert?
- Welches sind die dominierenden Kreisläufe, die den eigentlichen Unternehmenserfolg darstellen oder das gesamte Spital in einen unaufhaltsamen Niedergang führen können?
- Welche zeitlichen Verzögerungswirkungen im Netzwerk bilden die Quelle von Fehleinschätzungen einer aufgetretenen Situation?
- Gibt es Kreisläufe, die gar nicht so funktionieren wie angenommen?
- Wo befinden sich Regelmechanismen, in die wir laufend eingreifen und dabei wertvolle Energie, Zeit und Entscheidungskraft einsetzen, ohne daß dies überhaupt nötig wäre, während gerade kritische Elemente an anderen Stellen sich selbst überlassen sind?

#### **4.2 Die Aussagekraft der einzelnen Controllinginstrumente in bezug auf die strategischen Erfolgsfaktoren**

Nachdem wir nun wissen, in welchem Maße die wesentlichsten strategischen Erfolgsfaktoren von den Umweltfaktoren beeinflusst werden, und uns die Vernetzung einzelner Erfolgsfaktoren mit ihren Wirkungsverläufen bewußt ist, stellt sich nun die Frage, wie und mit welchen Führungs- und Steuerungsinstrumenten die wesentlichsten Veränderungen bei den strategischen Erfolgsfaktoren erkannt werden können, um gegebenenfalls rechtzeitig Maßnahmen einzuleiten.

Die nachfolgende Matrix (nach Vester und Geschka/Hammer) gibt einen Überblick über die Aussagekraft der aufgeführten Controllinginstrumente in bezug auf die strategischen Erfolgsfaktoren:

Strategische Erfolgsfaktoren	Marktorientiert				Mitarbeiterorientiert			Finanzorientiert		Zeilensumme Aussagekraft der Controllinginstrumente
	Hohes Qualitäts- und Service-Niveau	Optimale Markt- und Wettbewerbsvorteile	Kundenorientierte Produkte	Hohes Leistungs- und Anwesenheitsniveau	Verhältnis von Produktivität und Qualität	Hohe Innovations- und Mitarbeiterorientierung	Beschäftigtenzufriedenheit, Anwesenheitsorientierung	Schlüssige und integrierte Kommunikation	Hohes Deckungsbeitrag	
<b>MARKETING</b> Telefonisches Patienten-Befragungssystem TEPAKOM	2	2	0	0	2	2	2	0	0	10
Marktanteils-Statistik	1	2	1	1	1	1	1	0	0	8
<b>Mitarbeiter</b> Flächengenerierung/Produktivität/Planzuschläge in Stunden	0	1	0	1	2	2	0	1	1	9
Team-Leistungs/Planungs- und Produktivitätsvergleich	0	2	0	2	2	2	0	2	2	12
Mitarbeiter-Befragungen (Mitarbeiter-Qualifikation)	0	0	0	0	2	2	0	0	0	4
Wachstums-Befragungen und Mitarbeiter-Feedback-Planung PEOCA	0	0	0	2	2	2	0	1	1	10
<b>Beschaffungen und Investitionen</b> Investitionsplanung	0	0	0	0	0	1	2	2	2	7
<b>Finanzen / Controlling</b> Kennzahlensysteme (Patienten, Plangänge, G. Aufschubzeit, Fragensystem)	0	2	1	2	0	0	0	1	1	7
Profitcenter-, Leistungs- und Kostenstellenrechnung KORAS plus	0	2	1	1	2	1	2	2	2	13
Diagrammsysteme Plankostenvergleich	0	2	2	2	2	1	2	2	2	15
Strategische Entscheidungs-Statistiken	0	2	2	2	2	1	2	2	2	15
<b>Spaltensumme</b> Aussagekraft der strategischen Erfolgsfaktoren	3	15	7	13	17	15	11	13	13	

Die meisten Instrumentarien, welche eine gewisse Aussagekraft gegenüber dem Erfolgsfaktor »Optimale Markt- und Wettbewerbsvorteile« haben, eignen sich in vereinfachter Form für diverse Benchmarking-Auswertungen.

Mit diesen Instrumentarien, vor allem aber in der Profitcenter-, Leistungs- und Kostenstellenrechnung (KORAS plus), werden die meisten strategischen Erfolgsfaktoren in ihrem Verhältnis zueinander sichtbar gemacht. Damit ist KORAS plus das bedeutendste zentrale Controllinginstrument. Die frankenmäßigen Abweichungen zum Budget und zum Vorjahr können aber auch hier nur unter Konsultationen von weiteren Statistiken (Kennzahlen, Planungs- und Produktivitätsübersicht etc.) erklärbar gemacht werden.

Wenn die Marktanteilsstatistik auch nur über eine geringe Aussagekraft gegenüber den Qualitätsansprüchen der Patienten verfügt, so können daraus doch, im Verbund mit den Patienten-Befragungen und dem Vergleich der Vorjahreszahlen in der Bettenbelegungsstatistik, gewisse Rückschlüsse gewonnen werden.

### 4.3 Die zentrale Bedeutung der Profitcenter-, Leistungs- und Kostenstellenrechnung (KORAS plus)

(siehe Beispiel Seite 40)

Um die Profitcenter-, Leistungs- und Kostenstellenrechnung (KORAS plus) zu einem bedeutenden und zentralen Führungsinstrument ausbauen zu können, das sich für monatliche Abschlüsse eignet, müssen folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Der Verantwortungsbereich für AbteilungsleiterInnen muß genau definiert sein und endet beim Ergebnis 2.
- KORAS plus ist einfach strukturiert und damit auch für Laien verständlich zu lesen und zu interpretieren.
- Die Geschäftsleitung erhält eine Abteilungsübersicht über die Erträge, variable und fixe Kosten sowie über die Besoldungen. Eine Aufstellung nach Kostenarten gewährleistet einen schnellen Gesamtüberblick über die Monatsergebnisse des Spitals.
- Kostenstellenleiter, welche für mehrere Abteilungen zuständig sind, erhalten ihre Daten in einer Zusammenfassung.
- KORAS plus beinhaltet Budget- und Vorjahresvergleiche, und die Kosten sind in variable und fixe aufgeschlüsselt.
- Leistungserbringende Abteilungen im Sekundär- und Tertiär-Bereich können als Profitcenter-Abteilung konzipiert werden, welche Leistungen intern an die auftraggebenden Abteilungen des Primär-Bereiches »weiterverkaufen«.
- Durch die vollständige Leistungserfassung (verrechenbare und nicht verrechenbare Erträge) werden aussagekräftige Deckungsbeiträge pro Abteilung ermöglicht.
- KORAS plus muß mit der vorhandenen EDV-Standardsoftware verwirklicht werden können.
- Bei Monats- und Quartalsabschlüssen erfolgen die zeitlichen Abgrenzungen von Aufwand und Ertrag über die Finanzbuchhaltung. Eine stets aktuelle Bilanz ist damit zu jeder Zeit gewährleistet, und Jahresabschlüsse können schneller und einfacher bewältigt werden.

## **5. Führungs- und Steuerungsmöglichkeiten von *KORAS plus* in der Vernetzung mit den verschiedensten Controlling-Instrumenten**

### **5.1 Die einzelnen Arbeitsschritte des Controlling-Verantwortlichen nach den Abschlusarbeiten der Finanz- und Betriebsbuchhaltung**

Zur Erstellung des Geschäftsberichts zuhanden der Spitalleitung und der Abteilungsleiter (mit Einsichtsmöglichkeiten für die MitarbeiterInnen) bedarf es folgender Arbeitsschritte:

1. Analyse der Einflüsse und Auswirkungen der einzelnen Abteilungsergebnisse auf das Gesamtergebnis des Spitals, mit den daraus zu ziehenden Konsequenzen für den Gesamtbetrieb und den davon resultierenden positiven oder negativen Rückkoppelungen auf die einzelnen Abteilungen.
2. Analyse der einzelnen Kern- und Primärbereiche des Spitals und jener Abteilungen, welche das Gesamtergebnis des Spitals außerordentlich positiv oder negativ beeinflusst haben.
3. Besprechung der Analyse-Ergebnisse mit den Abteilungs-Verantwortlichen des ärztlichen und pflegerischen Bereiches. Vergleich, ob sich die Aussagen der »Front-Leute« (Ärzte und Pflegedienst) in den Kennzahlen der Abteilung widerspiegeln? Wenn nicht, Differenzbereinigung der Analyse und gemeinsame Beratung über allfällige Korrektur- und Steuerungsmöglichkeiten mit dem entsprechenden Maßnahmenkatalog.
4. Erstellung des Geschäftsberichtes mit den wichtigsten Analysen, Korrektur- und Steuerungsmöglichkeiten sowie vorgesehenen Maßnahmen für die einzelnen Abteilungen und den Gesamtbetrieb.
5. Der Controller und bei Bedarf die Abteilungsverantwortlichen vertreten den Geschäftsbericht in der Geschäftsleitungssitzung.

#### **Ein Fall-Beispiel aus der Praxis**

Am 16. Januar 1996 schließt der Controller des Spitals Muster in Musterlingen i. M. (Schweiz) seine Buchungsarbeiten für den Dezember-Abschluß 1995 in der Finanz- und Betriebsbuchhaltung ab.

Nach der Analyse des Gesamtbetriebes und der anderen Primärbereiche Medizin und Chirurgie nimmt er sich die letzte Abteilung mit der Kumulations-Kst.-

Nr. 1500 *Gebärsaal/Geburtshilfe/Gynäkologie* vor. Die Bettenstationen Gynäkologie und Geburtshilfe bilden organisatorisch und geographisch eine Einheit. Der Gebärsaal ist als Dienstleistungsabteilung im Sekundärbereich der Geburtshilfe organisatorisch angegliedert. Alle drei Abteilungen unterstehen dem Chefarzt Dr. M. Muster. Die Mitarbeiterinnen des Gebärsaales sind bei Bedarf zeitweise im Pflegedienst der Bettenabteilung integriert.

Auf dem Auswertungsblatt des KORAS plus markiert er sich als erstes die großen Abweichungen bei den Frankenbeträgen, Deckungsbeträgen in Prozent und Kennzahlen.

Spital Muster  
Musterlingen i. M.

Profitcenter-, Leistungs und Kostenstellenrechnung KORAS plus 16/01/96

Seite 1

Kostenstellen: GEBÄRSAAL/GEBURTSHILFE/GYNÄKOLOGIE

Kst.Nr. 1500

Kostenstellenleiter: Dr. M. Muster

Gesch. Jahr 1995

Datum 31. 12. 95

Spital Muster  
Musterlingen i. M. (Schweiz)

Profitcenter-, Leistungs- und Kostenstellenrechnung KORAS plus 16/01/96

Seite: 1

Kostenstellen: GEBÄRSAAL / GEBURTSHILFE / GYNÄKOLOGIE

Kst.-Nr. 1500

Kostenstellenleiter: Dr. M. Muster

Gesch. Jahr: 1995

Datum: 31.12.95

Abrechnungsperiode: Dezember 1995					Bezeichnung	Kumulativ: Januar bis Dezember 1995				
Effektiv	% Anl.	Budget	% Anl.	Abw.		Effektiv	% Anl.	Budget	% Anl.	Abw.
225.933	81,9	144.663	75,3	81.270	Erträge verrechenbar	2.190.352	79,5	1.703.016	75,3	487.336
49.848	18,1	47.394	24,7	2.454	Nicht verrechenbare Erträge	563.601	20,5	558.027	24,7	5.574
<b>275.781</b>	<b>100,0</b>	<b>192.057</b>	<b>100,0</b>	<b>83.724</b>	<b>Total Erträge</b>	<b>2.753.953</b>	<b>100,0</b>	<b>2.261.043</b>	<b>100,0</b>	<b>492.910</b>
86.203	31,3	41.893	21,8	44.310	Variable Kosten	677.427	24,6	493.203	21,8	184.224
14.492	5,3	15.752	8,2	-1.260	Intern verrechnete variable Kosten	202.686	7,4	205.449	9,1	-2.763
-390	-0,1	-142	-0,1	-248	Variable Kosten ambulant	-3.021	-0,1	-1.668	-0,1	-1.353
<b>100.305</b>	<b>36,4</b>	<b>57.503</b>	<b>29,9</b>	<b>42.802</b>	<b>Total variable Kosten</b>	<b>877.092</b>	<b>31,8</b>	<b>696.984</b>	<b>30,8</b>	<b>180.108</b>
<b>175.476</b>	<b>63,6</b>	<b>134.554</b>	<b>70,1</b>	<b>40.922</b>	<b>Ergebnis 1</b>	<b>1.876.861</b>	<b>68,2</b>	<b>1.564.059</b>	<b>69,2</b>	<b>312.802</b>
83.153	30,2	96.867	50,4	-13.714	Bezahlungen	1.285.020	46,7	1.162.406	51,4	122.614
4.004	1,5	3.087	1,6	917	Intern verrechnete Personalkosten	38.006	1,4	47.981	2,1	-9.975
13.196	4,8	10.790	5,6	2.406	Sozialleistungen	141.835	5,2	129.486	5,7	12.349
-3.732	-1,4	-5.388	-2,8	1.656	Personalkosten ambulant	-81.030	-2,9	-73.322	-3,2	-7.708
265	0,1	2.346	1,2	-2.081	Übrige Fixkosten	64.046	2,3	28.209	1,2	35.837
-3.439	-1,2	-52	0,0	-3.387	Fixkosten ambulant	-3.275	-0,1	-577	0,0	-2.698
<b>93.447</b>	<b>33,9</b>	<b>107.650</b>	<b>56,1</b>	<b>-14.203</b>	<b>Total Fixkosten</b>	<b>1.444.602</b>	<b>52,5</b>	<b>1.294.183</b>	<b>57,2</b>	<b>150.419</b>
<b>82.029</b>	<b>29,7</b>	<b>26.904</b>	<b>14,0</b>	<b>55.125</b>	<b>Ergebnis 2</b>	<b>432.259</b>	<b>15,7</b>	<b>269.876</b>	<b>11,9</b>	<b>162.383</b>
-49.848	-18,1	-47.394	-24,7	-2.454	Nicht verrechenbare Erträge	-563.601	-20,5	-558.027	-24,7	-5.574
54.118	19,6	34.861	18,2	19.257	Div. interne Verrechnungen	503.901	18,3	438.998	19,4	64.903
228.560	82,9	175.339	91,3	53.221	Umlagen	2.113.697	76,8	1.954.477	86,4	159.220
<b>-142.261</b>	<b>-51,6</b>	<b>-160.968</b>	<b>-83,8</b>	<b>18.707</b>	<b>Abteilungsergebnis 3</b>	<b>-1.741.138</b>	<b>-63,2</b>	<b>-1.803.630</b>	<b>-79,8</b>	<b>62.492</b>

Abrechnungsperiode: Dezember 1995					Bezeichnung	Kumulativ: Januar bis Dezember 1995				
Effektiv	% Anl.	Budget	% Anl.	Abw.		Effektiv	% Anl.	Budget	% Anl.	Abw.
<b>400</b>		<b>292</b>		<b>108</b>	<b>Kennzahlen</b>					
					<b>Pflegefälle</b>	<b>4145</b>		<b>3.450</b>		<b>695</b>
564,83		495,42		69,41	Erträge verrechenbar / Pflg.	528,43		493,63		34,80
124,62		162,31		-37,69	Erträge nicht verrechenbar / Pflg.	135,97		161,75		-25,78
250,76		196,93		53,83	Variable Kosten / Pflg.	211,60		202,02		9,58
438,69		460,80		-22,11	Ergebnis 1 / Pflg.	452,80		453,35		-0,55
233,62		368,66		-135,05	Fixkosten / Pflg.	348,52		375,13		-26,61
205,07		92,14		112,94	Ergebnis 2 / Pflg.	104,28		78,22		26,06
571,40		600,48		-29,08	Umlagen / Pflg.	509,94		566,52		-56,58
-355,65		-551,26		195,61	Abteilungsergebnis 3 / Pflg.	-420,06		-522,79		102,73
<b>104</b>		<b>63</b>		<b>41</b>	<b>Patienten</b>	<b>852</b>		<b>750</b>		<b>102</b>
2.172,43		2.296,24		-123,81	Erträge verrechenbar / Pat.	2.570,84		2.270,69		300,15
479,31		752,29		-272,98	Erträge nicht verrechenbar / Pat.	661,50		744,04		-82,53
964,47		912,75		51,73	Variable Kosten / Pat.	1.029,45		929,31		100,14
1.687,27		2.135,78		-448,51	Ergebnis 1 / Pat.	2.202,89		2.085,41		117,48
898,53		1.708,73		-810,20	Fixkosten / Pat.	1.695,54		1.725,58		-30,04
788,74		427,05		361,69	Ergebnis 2 / Pat.	507,35		359,83		147,51
2.197,69		2.783,16		-585,47	Umlagen / Pat.	2.480,87		2.605,97		-125,10
-1.367,89		-2.555,05		1.187,15	Abteilungsergebnis 3 / Pat.	-2.043,59		-2.404,84		361,25

## 5.2 Die Analyse der Erträge

Mit Fr. 492.910,— liegen die auflaufenden Erträge über dem Budget. Die nicht verrechenbaren Erträge der allgemeinen Abteilung bewegen sich praktisch innerhalb der Sollwerte; pro Pflgetag jedoch sind sie mit minus Fr. 25,78 weit hinter den Budgetvorgaben.

In einem Blick auf die KORAS plus-Auswertung erfaßt der Controller die Gründe der erfreulichen Budgetüberschreitungen. Mit einem Plus von 695 Pflgetagen und 102 Patienten scheint der Ertragsüberschuß klar zu sein.

Beim genaueren Hinschauen jedoch bemerkt er, daß auch die verrechenbaren Erträge pro Pflgetag (+Fr. 34,80) und pro Patient (+Fr. 300,15) erheblich über den Budgetwerten liegen.

Er schließt daraus, daß folgende Ursachen positiv auf die Erträge eingewirkt haben könnten:

1. Höherer Anteil der Halbprivat- und Privat-Patienten
2. Höherer Anteil von ertragsintensiveren Fällen
3. Höhere Pflgetaxen pro Tag als budgetiert
4. Höhere durchschnittliche Aufenthaltsdauer als budgetiert

Zusätzlich möchte der Controller herausfinden, ob der enorme Anstieg der Patientenanzahl auf die während der Zielvereinbarungsprozesse vor 18 Monaten eingeleiteten Qualitätssteigerungs- und Public Relations-Maßnahmen der Abteilung zurückzuführen ist.

Zur Beantwortung all dieser Fragen stehen ihm folgende Controllinginstrumente zur Verfügung:

1. Belegungskennzahlen (Belegung, Aufenthaltsdauer, Pflgetage, Patientenstruktur etc.)
2. Austrittsdiagnosen
3. Ertrags- und Tarifstrukturanalysen
4. Marktanteils-Statistik
5. Telefonisches Patienten-Befragungssystem TEPAKOM

### 5.2.1 Belegungskennzahlen

Neben der Ertrags- und Tarifstrukturanalyse tragen die Budgetvergleiche von Pflgetagen wesentlich zum Verständnis von Ertragsabweichungen im KORAS

plus bei. Die Analyse der Belegungskennzahlen will folgende Fragen beantworten:

1. Welche prozentuale Gewichtung haben die einzelnen Pflgetage innerhalb einer Abteilung oder innerhalb des Gesamtbetriebes auf das Total der Pflgetage (100%)?
2. Welche prozentuale Gewichtung haben die Pflgetage der einzelnen Abteilungen auf das Total des Gesamtbetriebes?

Die monatliche Pflgetageübersicht mit Vormonatsvergleichen, Trendübersicht sowie Abweichungen vom Vorjahresmonat wird in diesem Beispiel nicht speziell vorgestellt. Auf die Wichtigkeit von Vormonatsvergleichen komme ich jedoch noch zurück.

Kennzahlen auflaufend per: **JANUAR - DEZEMBER 1995**

Veränderung gegenüber den effektiven Werten. (effektive Werte = 100 %)	Gesamtbetrieb			Gynäkologie			Geburtshilfe		
	Pflgetage			Pflgetage			Pflgetage		
	PFTG	% Anteil	% Veränd.	PFTG	% Anteil	% Veränd.	PFTG	% Anteil	% Veränd.
	21'611	74.0		919	70.4		2'214	42.6	
		100.0			4.3			10.2	
Vorjahr	22'705	75.3	4.8	719	77.2	-27.8	1'990	39.4	-11.3
		100.0			3.2			8.8	
Budget	22'751	77.5	5.0	747	83.0	-23.0	2'017	41.6	-9.8
		100.0			3.3			8.9	
HP.+Privat	5'238	17.9		387	29.6		625	12.0	
		100.0			7.4			11.9	
Vorjahr	5'072	16.8	-3.3	212	22.8	-82.5	676	13.4	-7.5
		100.0			4.2			13.3	
Budget	4'304	14.7	21.7	153	17.0	-152.9	533	11.0	-17.3
		100.0			3.6			12.4	
Säuglinge							2'357	45.4	
								100.0	
							2'381	47.2	1.0
								100.0	
							2'295	47.4	-2.7
								100.0	
Total Pflgetage	29'206	100.0		1'306	100.0		5'196	100.0	
		100.0			4.5			17.8	
Vorjahr	30'158	100.0	3.2	931	100.0	-40.3	5'047	100.0	-3.0
		100.0			3.1			16.7	
Budget	29'350	100.0	0.5	900	100.0	-45.1	4'845	100.0	-7.2
		100.0			3.1			16.5	

Zurück zum Fall-Beispiel:

*Halbprivat- und Privatanteil:* Gynäkologie +12,6% Geburtshilfe +1,0%

Einer der wesentlichen Einflüsse für die höheren Erträge pro Pflgetag und pro Patient hat sich bestätigt. Der Halbprivat- und Privatanteil liegt deutlich über den Budgetwerten.

*Ø Aufenthaltsdauer:* Gynäkologie +1,2 Tage Säuglinge -0,9 Tage

Die Berechnungen des Controllers ergeben, daß trotz kürzerer Aufenthaltsdauer bei den Säuglingen die höhere Aufenthaltsdauer in der Gynäkologie zu einem Plus von Fr. 16,05 Ertrag pro Pflgetag und Fr. 78,10 pro Patient geführt hat.

Bettenbelegung:												
Nach Veska	Total 98 Betten			Gynäkologie 5 Betten			Geburtshilfe 8 Betten			Säuglinge 8 Betten		
	Pflg. 100%	Pflg. Tg./Pat.	% Beleg. % Veränd.	Pflg. 100%	Pflg. Tg./Pat.	% Beleg. % Veränd.	Pflg. 100%	Pflg. Tg./Pat.	% Beleg. % Veränd.	Pflg. 100%	Pflg. Tg./Pat.	% Beleg. % Veränd.
<b>Bettenbelegung</b>	35'770	29'206	81.6	1'825	1'306	71.6	2'920	2'839	97.2	2'920	2'357	80.7
Vorjahr	35'770	30'158	84.3	1'825	931	51.0	2'920	2'666	91.3	2'920	2'381	81.5
Budget	35'770	29'350	82.1	1'825	900	49.3	2'920	2'550	87.3	2'920	2'295	78.6
<b>Aufenthaltsdauer</b>		10.6			6.2			8.5			7.6	
Vorjahr		10.3	-0.9		5.4	-14.8		8.4	-1.2		7.7	1.3
Budget		11.2	5.3		5.0	-24.0		8.5	0.0		8.5	10.6
<b>Patienten</b>		2'761			209			334			309	
Vorjahr		2'883	4.2		172	-21.5		319	-4.7		309	0.0
Budget		2'630	-5.0		180	-16.1		300	-11.3		270	-14.4

5.2.2 Austrittsdiagnosen (Leistungen pro Austrittsdiagnose)

Der hohe Geburtenanteil von 46,5% beeinflusst die Ertragslage der gesamten Abteilung.

Der Rückgang der Aufenthaltsdauer von 0,4 Tagen führt zu einem Plus von Fr. 3,—/PFTG. und einem Minus von Fr. 57,— pro Fall. Obwohl Fr. 57,— weniger verrechnet wurden als budgetiert, bewirkt die Zunahme des Geburten-Anteils von 21%, daß sich die durchschnittliche Behandlungsleistung des Totals auf Fr. 197,— pro Fall erhöht (der Ertrag der Geburt ist um Fr. 160,— höher als der Durchschnitt des Totals).

Januar - Dezember 1995	Anzahl	1995		% Anteil		D Aufenthaltsdauer			Behandlungsleist./Pftg.			Behandlungsleist. / Fall			
		Budget	Ver.	Veränderung	Budget	Ver.	Veränderung	Fr.	Veränderung	Fr.	Veränderung	Fr.	Veränderung		
Leistungen pro Austrittsdiagnose			Jahr	Budget	Ver.	Budget	Ver.	Budget	Ver.	Budget	Ver.	Budget	Ver.		
Hysterektomie abdominal	15	1.8	3.7	2.5	-0.9	-0.8	13.1	-0.1	1.0	398	11	-22	5'203	352	314
Hysterektomie vaginal	12	1.4	2.4	1.7	-1.0	-0.2	14.0	0.1	1.1	375	6	48	5'230	48	1'994
Curetage	129	16.3	12.9	11.5	3.5	2.8	3.5	1.4	-0.3	394	358	97	1'379	4	192
Laparoskopie	14	1.6	3.2	2.0	-1.5	-0.4	3.7	0.3	-0.3	624	-59	202	2'317	-10	653
Laparotomie	6	0.7	1.6	0.9	-0.3	-0.2	11.3	0.0	1.2	260	0	-27	2'945	0	-107
Konisation	2	0.2	0.3	0.5	0.8	-0.3	6.0	-1.0	-0.8	292	212	289	1'750	1'195	1'193
Mamma-Operation	3	0.6	1.3	0.8	-0.7	-0.3	8.4	0.0	2.2	506	0	102	4'253	0	1'947
Kleiner Eingriff Vulva	8	0.7	1.3	0.6	-0.4	-0.1	3.8	-0.2	-0.2	432	3	-48	1'655	40	-143
Konservative Behandlung	10	1.2	2.4	1.1	-1.3	0.0	4.5	0.1	-0.3	102	4	15	460	-20	24
Geburt	394	46.5	25.5	29.6	21.0	16.9	8.1	-0.4	-0.2	241	3	-22	1'949	-57	-207
Sectio caesarea	70	8.2	6.3	7.5	1.9	0.0	11.7	-0.1	0.0	304	11	-1	3'559	102	251
Mastitis puerperalis	3	0.6	1.3	0.5	-0.7	0.2	5.4	0.0	1.4	122	0	-22	658	0	42
Neonate / Neonatus	161	18.9	35.4	38.6	-16.5	-19.7	7.8	-0.5	0.2	54	7	0	424	29	38
Schwangerschaftskomplikation	7	0.8	1.6	1.1	0.8	-0.2	12.6	1.3	2.0	93	-3	-22	1'169	152	333
Schwangerschaftsbeschwerden	4	0.3	1.1	0.9	-0.8	-0.2	4.3	0.0	2.1	90	0	-107	384	0	-322
<b>Total</b>	<b>832</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>7.6</b>	<b>-0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>234</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>1'789</b>	<b>197</b>	<b>227</b>

Januar - Dezember 1995	Medikamente / Pftg.		Medikamente / Fall		Anzahl Röntgen / Fall			Anzahl Labor / Fall			Anzahl Physio / Fall				
	Fr.	Veränderung	Fr.	Veränderung	Veränderung	Veränderung	Veränderung	Veränderung	Veränderung	Veränderung	Veränderung	Veränderung			
Leistungen pro Austrittsdiagnose	Budget	Ver.	Budget	Ver.	Budget	Ver.	Budget	Ver.	Budget	Ver.	Budget	Ver.			
Hysterektomie abdominal	25	0	-2	325	4	0	0.7	0.0	0.2	24.3	-0.3	3.4	3.9	-2.0	-0.3
Hysterektomie vaginal	33	7	-3	456	108	4	1.7	0.0	0.2	32.3	-1.8	0.3	2.9	4.5	-0.8
Curetage	18	-12	-12	64	1	-0.6	0.2	0.0	-0.2	9.9	-0.4	-1.4	0.0	0.0	-0.2
Laparoskopie	25	0	-22	94	0	-0.9	0.1	0.0	-0.1	10.5	-0.3	-2.7	0.3	0.9	-0.2
Laparotomie	18	0	-27	203	0	-155	0.5	0.0	-0.4	21.3	0.0	-7.0	2.5	7.5	0.0
Konisation	12	11	-11	72	72	-22.0	0.5	-0.3	-0.3	8.0	4.0	-2.5	0.0	0.0	0.0
Mamma-Operation	25	0	3	209	0	7.6	0.6	0.0	-1.6	18.2	0.0	-5.2	2.8	0.0	-0.2
Kleiner Eingriff Vulva	30	7	-6	114	9	-29	0.3	-0.1	-0.2	9.3	-0.2	-2.1	0.0	0.0	-0.8
Konservative Behandlung	4	-1	-22	19	-2	-0.7	0.6	-0.1	-0.2	6.3	-0.2	-0.3	0.4	0.0	-0.2
Geburt	19	-1	-7	156	-24	-59	0.0	0.0	0.0	6.8	0.6	-0.3	5.1	-0.4	-0.2
Sectio caesarea	33	-5	-16	383	-43	-107	0.0	0.0	0.0	18.0	-1.0	0.4	7.1	-1.2	-0.2
Mastitis puerperalis	39	0	-0.2	211	0	-123	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-1.8	6.8	-0.4	0.2
Neonate / Neonatus	4	0	0	34	1	0	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	-2.7	0.2	0.1	0.1
Schwangerschaftskomplikation	11	-1	-8	134	13	46	0.7	0.0	0.2	13.1	-2.4	4.3	0.0	0.0	0.0
Schwangerschaftsbeschwerden	13	0	4	54	0	25	0.3	0.0	0.1	5.3	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>-2</b>	<b>141</b>	<b>11</b>	<b>-72</b>	<b>0.1</b>	<b>-0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>10.0</b>	<b>-1.0</b>	<b>-2.0</b>	<b>3.2</b>	<b>0.4</b>	<b>0.7</b>

Aus der Analyse der Austrittsdiagnosen-Matrix kann folgendes Fazit gezogen werden:

1. Die höheren Erträge in der Gynäkologie und Geburtshilfe beruhen nicht auf einer Mengenausweitung, wie vor allem die Kennzahlen Behandlungsleistungen pro Fall, Medikamente pro Pflegetag und Fall sowie Anzahl Labor und Röntgen pro Fall (Budget und Vorjahr) zeigen.
2. Die höheren Erträge beruhen auf folgenden Faktoren:
  - Höhere Erträge bei den Arzthonoraren infolge der Zunahme des HP.+ Privatanteils.
  - Umstellung der OP-Saal-Taxen auf Zeittarif.
  - Überproportionale Steigerungen der Geburten (sehr hohe Wertschöpfung infolge der separat verrechenbaren Säuglingstaxen) im Vergleich zu den übrigen Behandlungen.

### 5.2.3 Ertrags- und Tarifstrukturanalyse

Die nachfolgende Matrix dient der Analyse der Pflorgetaxen- und Ertragsstruktur, welche sämtliche Bettenabteilungen umfaßt (in diesem Beispiel wird jedoch nur die Gynäkologie und Geburtshilfe gezeigt).

Diese Ertrags- und Tarifstrukturanalyse bezweckt folgendes:

- Monatliche (automatische) Abgrenzungen der Erträge
- Simulation zur Budgetierung von Erträgen im Bereich Pflorgetaxen

Die Analyse der Ertrags- und Tarifstruktur will folgende Fragen beantworten:

1. Wie ist das Verhältnis der prozentualen Gewichtung der Pflorgetage zu den Erträgen?
2. Was sind die Auswirkungen der verschiedenen Gewichtungen auf die durchschnittlichen Erträge pro Pflegetag der Allgemein-, Halbprivat- und Privatabteilung sowie der Säuglinge auf das Total der Erträge innerhalb einer Abteilung oder innerhalb des Gesamtbetriebes?
3. Wie stark beeinflussen die einzelnen Abteilungen die Erträge des Gesamtbetriebes?

Zurück zum Fall-Beispiel:

Die gegenüber dem Budget erzielten Mehr-Erträge sind nicht auf höhere Pflorgetaxen zurückzuführen. Im Gegenteil, ein Vergleich mit der Budget-Analyse zeigt, daß viel weniger verrechnet werden konnte; bei den allgemeinen Pflorgetaxen Fr. 7,—/PFTG. und bei den HP.+ Privattaxen Fr. 2,—/PFTG.

Nur der höhere Prozentanteil der Halbprivat- und Privatpatienten bewirkte, daß die durchschnittlichen Pflorgetaxen der Gynäkologie genau im Budgetwert von Fr. 297,—/PFTG. zu liegen kamen. Die gleichen Gründe gelten auch für die Geburtshilfe.

BEZEICHNUNG	GYNAEKOLOGIE				GEBURTSHILFE			
	Pflegetage		Fr.	Fr./PFTG.	Pflegetage		Fr.	Fr./PFTG.
	PFTG.	%			PFTG.	%		
6000 Selbstzahler Allgemein	17	2.2	4'235	249.00	0	0.0		0.00
6035 Selbstzahler Chroniker		0.0						
6040 Pauschale BE	514	66.8	126'948	247.00	972	35.5	240'084	247.00
6042 Pauschale LU	27	3.5	9'720	360.00	100	3.6	36'000	360.00
6044 Pauschale CH	35	4.5	12'600	360.00	65	2.4	23'400	360.00
6046 KK-Pausch. 91.-180. Tag	0	0.0		0.00	0	0.0		0.00
6048 KK-Pausch. ab 181. Tag	0	0.0		0.00	0	0.0		0.00
6060 U V G - Versicherung	0	0.0		0.00	0	0.0		0.00
6070 Militärversicherung	0	0.0		0.00	0	0.0		0.00
6080 Invalidenversicherung	0	0.0		0.00	0	0.0		0.00
6090 Privatversicherung	6	0.8	1'482	247.00	3	0.1	741	247.00
6091 Behörden	0	0.0		0.00	0	0.0		0.00
<b>Total Allgemein</b>	<b>599</b>	<b>77.8</b>	<b>154'985</b>	<b>259.00</b>	<b>1'140</b>			<b>263.00</b>
100%		<b>34.4</b>						
Effektiv	919				2'214			
Abgrenzung	319		82'621	259.00	1'073		282'199	263.00
6010 Selbstzahler Halbprivat	128	16.6	53'377	417.00	299	10.9	126'616	423.00
6020 Selbstzahler Privat	43	5.6	20'335	473.00	35	1.3	17'195	491.00
<b>Total Halbprivat + Privat</b>	<b>171</b>	<b>22.2</b>	<b>73'712</b>	<b>431.00</b>	<b>334</b>	<b>12.2</b>	<b>143'811</b>	<b>431.00</b>
100%		<b>33.9</b>						
Effektiv	387				625			
Abgrenzung	216		93'096	431.00	291		125'421	431.00
6030 Selbstzahler Säuglinge					1'266	46.2	211'835	167.00
100%						100.0		
Effektiv					2'357			
Abgrenzung					1'091		182'197	167
<b>Total Pflegekosten</b>	<b>770</b>	<b>100.0</b>	<b>228'697</b>	<b>297.00</b>	<b>2'740</b>	<b>100.0</b>	<b>655'871</b>	<b>239.00</b>
100%		<b>21.9</b>				<b>78.1</b>		
Effektiv	1'306				5'196			
Abgrenzung	535		175'717	328.00	2'455		589'817	240.00

Noch zu fakturierende Pflegetage und Erträge. Bis zur Fakturierung werden die Erträge in der FIBU (automatische Übernahme in die BEBU) abgegrenzt.

Insgesamt keine Budget-Abweichung der Pflegekosten. Der höhere HP.+ Privatanteil neutralisiert die effektiv tiefer angesetzten Kosten.

Effektiv erzielte Pflegetage (Quelle: Bettenbelegungsstatistik)

Fakturierte Pflegetage und Erträge

Uebrig Erträge		291'841	24.8	229.00
Abgrenzung		248'409	24.5	231.00
<b>Total Erträge</b>		<b>1'176'409</b>	<b>100.0</b>	<b>527.00</b>
Abgrenzung		<b>1'013'943</b>	<b>100.0</b>	<b>529.00</b>

Alle übrigen Erträge der Abteilungen Gebärsaal, Gynäkologie und Geburtshilfe (ohne Pflegekosten)

5.2.4 Marktanteils-Statistik

Im Hinblick auf die Neuausrichtung der Spital-Dienstleistungsangebote ist es von Bedeutung, zu wissen, über welchen Marktanteil ein Spital verfügt und wie es sich im Laufe der letzten fünf Jahre entwickelte. Mit der Analyse der Abwanderungen und den Erkenntnissen, in welchen Spitälern und in welchen Fachabteilungen Marktanteile gewonnen oder verloren werden, lassen sich Stärken und Schwächen viel leichter ermitteln. Mit Hilfe der daraus gezogenen Schlußfolgerungen muß deshalb versucht werden, verlorene Marktanteile zumindest wieder zurückzugewinnen.

Hospitalisation Spitäler	1995			1994			1993			1992			1991		
	Anz.Pat.	% Ant.	% 1995	Anz.Pat.	% Ant.	% 1994	Anz.Pat.	% Ant.	% 1993	Anz.Pat.	% Ant.	% 1992	Anz.Pat.	% Ant.	% 1991
Muster l. M.	543	71,6	-15,0	491	66,1	-10,6	346	46,2	-54,9	438	58,5	-24,9	471	61,9	-15,5
Offentliches Spital 1	29	3,8	5,2	18	2,4	-61,1	32	4,2	94	12,2	27,5	25	3,3	-16,0	
Offentliches Spital 2	85	11,1	22,7	93	12,5	8,6	70	9,3	-21,4	8	1,1	-962,5	3	0,4	-2733,3
Offentliches Spital 3	46	6,0	-22,6	59	7,9	22,0	75	10,0	18,7	70	9,2	-34,3	75	9,7	38,7
Total öffentl. Spital	169	22,5	34,2	205	27,4	17,4	180	23,9	-6,1	131	17,3	-29,8	121	15,9	-29,7
Privatspital 1	9	1,2	2,1	7	0,9	-22,2	7	0,9	0,0	11	1,5	18,2	8	1,0	-12,5
Privatspital 2	7	0,9	12,1	7	0,9	0,0	7	0,9	0,0	17	2,2	58,8	13	1,7	41,7
Privatspital 3	7	0,9	23,9	7	0,9	0,0	7	0,9	0,0	7	0,9	0,0	7	0,9	0,0
Total private Spitäler	24	3,1	8,2	29	3,9	17,3	37	4,9	22,5	36	4,7	25,0	38	4,9	36,8
Total Spitalbezirk	765	100,0	22,8	743	97,1	-2,8	595	77,8	-22,5	568	74,2	-4,7	655	85,7	-14,8
Total Zuwanderung	175	22,9	-40,0	151	20,3	-15,9	109	14,3	-30,6	140	18,2	-22,4	171	22,4	-2,3
Total Abwanderung	222	29,0	74,9	252	33,9	11,9	249	32,8	-10,8	221	28,9	-10,5	184	24,1	-20,7
Wanderungssaldo	-47	-6,1	5,4	-101	-13,6	-53,5	-140	-18,5	-66,4	-78	-10,3	-39,7	-13	-1,7	-261,5

Anteil der Gynäkologie und Geburtshilfe am Gesamtbetrieb

Prozentuale Abweichung der absoluten Patientenzahl. 1995 = 100%

Eigener prozentualer Marktanteil

Prozentualer Marktanteil der anderen Spitäler

Prozentualer Anteil der Abwanderungen gegenüber dem Total des Spitalbezirks

Anteil an Zuwanderungen der Gynäkologie und Geburtshilfe an der gesamten Grundversorgung des Spitalbezirks.

In diesem Beispiel werden nur die beiden Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe (ohne Säuglinge) dargestellt. Die Entwicklung des Gesamspitals hängt jedoch auch vom Verlauf und dem Einfluß der anderen Abteilungen auf das

Gesamtergebnis, ab. Selbstverständlich stehen dem Controller entsprechende Tabellen zur Verfügung, die solche Zusammenhänge transparent darzustellen vermögen.

Zurück zum Fall-Beispiel:

- Total Spitalbezirk:* Die Anzahl der behandelten Patienten ist seit 1991 um 16,8% gestiegen. Da sich der Wanderungssaldo 1995 um 4,1% gegenüber 1991 verschlechtert hat, kann davon ausgegangen werden, daß die Zunahme der behandelten Patienten aus dem eigenen Spitalbezirk herführt. Ob dies mit einem generellen Bevölkerungswachstum in Zusammenhang gebracht werden kann, zeigt die demographische Statistik der Region.
- Eigener Marktanteil:* Der eigene Marktanteil hat 1993 mit 58,2% den absoluten Tiefstand erreicht. 1995 hat er mit 71% praktisch wieder den Stand von 1991 erreicht.
- Marktanteil Konkurrenz:* Gegenüber 1991 nahm der Marktanteil der anderen öffentlichen Spitäler um 3,6% zu. Großen Anteil an dieser Entwicklung hatte das öffentliche Spital 2. Der Marktanteil der Privatspitäler nahm um 2,7% ab. Die entscheidende Wende kam 1994, als in der Halbprivat- und Privatabteilung des Spitals Muster, Qualitätssteigerungsmaßnahmen der Dienstleistungen, Infrastruktur und des Marketings zu greifen begannen.
- Zuwanderung:* 1993 erreichte die Zuwanderung den absoluten Tiefpunkt. Daß sie mit minus 3,2% noch weit hinter dem Stand von 1991 liegt (trotz Zunahme des eigenen Marktanteils auf 71%), ist auf die gewaltigen Anstrengungen der umliegenden Spitäler, im Kampf um eine bessere Bettenbelegung, zurückzuführen.
- Abwanderung:* 1993 erreichte die Abwanderung den absoluten Höhepunkt. 1995 hat sie praktisch wieder das Niveau von 1991 erreicht.

Die Frage, ob der enorme Anstieg der Patientenzahl wirklich auf die vor 18 Monaten eingeleiteten Qualitätssteigerungs- und Public-Relations-Maßnahmen zurückzuführen ist, kann aufgrund sämtlicher Indizien aus der Marktanteils-Statistik mit einem vorsichtigen Ja beantwortet werden. Eine abschließende Antwort wird jedoch erst mit der Auswertung des telefonischen Patienten-Befragungssystems TEPAKOM möglich sein.

### 5.2.5 Telefonisches Patienten-Befragungssystem (TEPAKOM)

Im Laufe des Zielvereinbarungsprozesses mit den Abteilungen Gebärsaal, Gynäkologie und Geburtshilfe des Spitals Muster i. M. (Schweiz) untersuchten die Teilnehmer des Projektes (Chefarzt und Assistenten, Abteilungsoberschwestern und ihre Mitarbeiterinnen sowie Vertreter vom Personalwesen und Controlling) die Wirkungsläufe des formulierten Zieles »Die Patientin ist unser Gast«. Aus diesen gewonnenen Erkenntnissen wurden 33 Qualitätssteigerungs- und Marketingmaßnahmen formuliert. Eine dieser Maßnahmen war die Schaffung einer Ombudsstelle, um Anliegen, Reklamationen und Anregungen von PatientInnen direkt in Qualitätsverbesserungsmaßnahmen einfließen zu lassen. Zur systematischen Auswertung dieser Patientenbefragungen wurde das Befragungssystem TEPAKOM mit allen Teilnehmern des Projektes (inkl. neu geschaffener Ombudsstelle) gemeinsam entwickelt.

Mit Hilfe des Instruments TEPAKOM befragt die Ombudsstelle PatientInnen im Anschluß an ihren Spitalaufenthalt telefonisch über ihre Eindrücke, Erfahrungen und Zufriedenheit. Die Auskünfte sind vertraulich und werden im TEPAKOM systematisch, aber anonym erfaßt.

Die Umfrageergebnisse werden den betroffenen MitarbeiterInnen und Kaderleuten bekanntgegeben. Die Ombudsstelle informiert dabei persönlich jede Abteilung in periodischen Abständen oder je nach Bedarf über die abteilungseigenen Resultate und allfälligen Schlußfolgerungen. Auf Wunsch der Beteiligten kann der Controller oder eine andere neutrale Führungspersönlichkeit die Koordination der Orientierungszusammenkünfte zwischen den betroffenen Abteilungen und der Ombudsstelle übernehmen. Die gemeinsame Analyse der Auswertungen von TEPAKOM kann wiederum in einen neuen Zielvereinbarungsprozeß (siehe Seite 20: Die neun Schritte eines ganzheitlichen dynamischen Prozesses) einmünden, welcher in der Regel zu neuen operativen und strategischen Zielsetzungen führt.

Die Fragebogen von TEPAKOM sind je nach Abteilungsbedürfnis unterschiedlich aufgebaut. In patientenrelevanten Projektphasen kann der Fragebogen auch mit projektbezogenen Fragen kurzfristig ergänzt werden. Der Grundaufbau der

Fragebögen sieht jedoch in allen Abteilungen gleich aus und ist in folgende Hauptthemen aufgeteilt:

- *Allgemeine Fragen zum Klinikaufenthalt*  
Hauptgrund für Auswahl des Spitals; Allgemeineindruck vom Spital etc.
- *Pflegedienst*  
Zusammenarbeit Ärzte/Pflegedienst; Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen und Aufmerksamkeit.
- *Ärztlicher Dienst*  
Zeit, Information, Anteilnahme etc.
- *Andere personelle Bereiche*  
Paramedizinische Abteilungen
- *Allgemeine Aspekte*  
Umfeld, MitpatientInnen, Zimmer etc.
- *Essen*
- *Patientenaufnahme*  
Art des Eintritts; Organisation und Freundlichkeit etc.
- *Allgemeine Fragen*  
Rechnungsstellung; Behandlung von Angehörigen und Besuchern; Stimmung unter Mitarbeitern etc.

Spital Muster i. M. (Schweiz)		AUSWERTUNG PATIENTENFRAGEBOGEN TEPAKOM 1995				-10-	
	Bewertung Punkte	1995	1994	Abw.	1993	Abw.	
		%	%	1995	%	1995	
<b>Allgemeine Aspekte</b>							
<b>Die nächsten Fragen betreffen das allgemeine Umfeld</b>							
7.1. Wie zufrieden waren Sie mit der Einrichtung und dem Komfort des Zimmers?	Sehr gut	5	83,4	86,4	-3,0	63,9	19,5
	Gut	4	16,6	13,4	3,2	17,2	-0,6
	Mittelmäßig	3		0,2	-0,2	15,9	-15,9
	Schlecht	2			0,0	3,0	-3,0
	Weiß nicht	1			0,0		0,0
7.2. Wie empfanden Sie die Ruhe Ihres Zimmers bezüglich Lärm aus der Umgebung oder aus Gängen und Nebenzimmern?	Sehr gut	5	74,6	77,3	-2,7	55,6	19,0
	Gut	4	16,2	11,6	4,6	22,8	-6,6
	Mittelmäßig	3	6,3	11,1	-4,8	14,5	-8,2
	Schlecht	2	2,0		2,0	7,1	-5,1
	Weiß nicht	1	0,9		0,9		0,9
7.3. Falls Sie in einem Zweierzimmer waren, hatten Sie eine Bettnachbarin? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>							
7.4. (Wenn ja) Wie gut achteten die Mitarbeiterinnen darauf, daß Ihre Zimmernachbarin bezüglich Alter, Schwere der Krankheit, Besucher usw. zu Ihnen paßte?	Sehr gut	5	58,1	62,3	-4,2	53,8	4,3
	Gut	4	22,9	17,9	5,0	26,1	-3,2
	Mittelmäßig	3	15,7	19,2	-3,5	13,9	1,8
	Schlecht	2	3,3	0,5	2,8	6,2	-2,9
	Weiß nicht	1		0,1	-0,1		0,0
7.5. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit im Spital?	Sehr gut	5	83,0	81,8	1,2	76,4	6,6
	Gut	4	16,7	18,2	-1,5	15,3	1,4
	Mittelmäßig	3	0,3		0,3	7,1	-6,8
	Schlecht	2			0,0	1,2	-1,2
	Weiß nicht	1			0,0		0,0

Zurück zum Fall-Beispiel:

Die Vermutung bestätigt sich, daß die Renovierung der Halbprivat- und Privatzimmer im Jahre 1993/94 zur verbesserten Beurteilung des Zimmerkomforts geführt hat.

Außerdem zeigten die Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bereits Früchte, indem in anderen Problembereichen größtenteils Fortschritte sichtbar werden. Fragen bezüglich der Public-Relations-Maßnahmen des Spitals zeigten zudem auf, daß sie von der Bevölkerung mehrheitlich positiv wahrgenommen wurden.

### 5.3 Die Analyse der variablen Kosten

Abrechnungsperiode: Dezember 1995					Bezeichnung	Kumulativ: Januar bis Dezember 1995				
Effektiv	% Art.	Budget	% Art.	Abw.		Effektiv	% Art.	Budget	% Art.	Abw.
86.203	31,3	41.893	21,8	44.310	Variable Kosten	677.427	24,6	493.203	21,8	184.224
14.492	5,3	15.752	8,2	-1.260	intern verrechnete variable Kosten	202.686	7,4	205.449	9,1	-2.763
-390	-0,1	-142	-0,1	-248	Variable Kosten ambulant	-3.021	-0,1	-1.668	-0,1	-1.353
100.305	36,4	57.503	29,9	42.802	Total variable Kosten	877.092	31,8	696.984	30,8	180.108
175.476	63,6	134.554	70,1	40.922	Ergebnis 1	1.876.861	68,2	1.564.059	69,2	312.802
250,76		196,93		53,83	Variable Kosten / Pflg.	211,60		202,02		9,58
964,47		912,75		51,73	Variable Kosten / Pat.	1.029,45		929,31		100,14
438,69		460,80		-22,11	Ergebnis 1 / Pflg.	452,80		453,35		-0,55
1.687,27		2.135,78		-448,51	Ergebnis 1 / Pat.	2.202,89		2.085,41		117,48

Die variablen Kosten wurden um Fr. 180.108,— überschritten. Bei einem Plus von 695 Pflgetagen bzw. 102 Patienten ist diese Tatsache jedoch keine Überraschung. Entscheidend ist die Frage, ob die variablen Kosten im Verhältnis zum Zuwachs der Erträge, Pflgetage oder Patienten gestiegen sind. Ein Blick auf die Deckungsbeiträge zeigt, daß dies nicht der Fall ist. Die prozentualen variablen Kosten liegen um 1% über dem Budget, und auch pro Pflgetag und Patient wurden die Budgetvorgaben überschritten.

Die näheren Details zeigen auf, daß die intern verrechneten variablen Kosten für die Hotellerie (Verpflegung und Wäsche) erwartungsgemäß im proportionalen Verhältnis gestiegen sind. Daß sie insgesamt trotzdem mit Fr. 2.763,— unter dem Budget geblieben sind, liegt am Umstand, daß die Gynäkologie und die Geburtshilfe in flauen Zeiten chirurgische Patienten beherbergt haben, um die Chirurgie in Fällen von Kapazitätsengpässen entlasten zu können. Dadurch erfolgte eine interne Verrechnung der variablen Kosten zu Lasten der Chirurgie, und der Beschäftigungsgrad der Abteilung konnte somit aufrechterhalten werden.

Die hauptsächlichsten Ursachen der überproportionalen Steigerung der variablen Kosten sind auf den enormen prozentualen Zuwachs der Halbprivat- und Privatpatienten zurückzuführen, was die Arzthonorare um Fr. 190.000,— in die Höhe trieb.

Auch wenn der Deckungsbeitrag des Ergebnisses 1 um 1% unter den Budgeterwartungen liegt, so ist erfreulicherweise immer noch ein Plus von Fr. 312.802,— zu vermelden. Die Veränderung der Durchschnitts-Aufenthaltsdauer führt paradoxerweise dazu, daß das Ergebnis 1 pro Pflgetag unter dem Budget und pro Patient über dem Budget zu liegen kommt. Ein weiteres Indiz, das für fallbezogene Taxen spricht!

## 5.4 Die Analyse der Fixkosten

Abrechnungsperiode: Dezember 1995					Bezeichnung	Kumulativ: Januar bis Dezember 1995				
Effektiv	% Ant.	Budget	% Ant.	Abw.		Effektiv	% Ant.	Budget	% Ant.	Abw.
83.153	30,2	96.867	50,4	-13.714	Besoldungen	1.285.020	46,7	1.162.406	51,4	122.614
4.004	1,5	3.087	1,6	917	Intern verrechnete Personalkosten	38.006	1,4	47.981	2,1	-9.975
13.196	4,8	10.790	5,6	2.406	Sozialleistungen	141.835	5,2	129.486	5,7	12.349
-3.732	-1,4	-5.388	-2,8	1.656	Personalkosten ambulant	-81.030	-2,9	-73.322	-3,2	-7.708
265	0,1	2.346	1,2	-2.081	Übrige Fixkosten	64.046	2,3	28.209	1,2	35.837
-3.439	-1,2	-52	0,0	-3.387	Fixkosten ambulant	-3.275	-0,1	-577	0,0	-2.698
93.447	33,9	107.650	56,1	-14.203	Total Fixkosten	1.444.602	52,5	1.294.183	57,2	150.419
82.029	29,7	26.904	14,0	55.125	Ergebnis 2	432.259	15,7	269.876	11,9	162.383
233,62		368,66		-135,05	Fixkosten / Pflg.	348,52		375,13		-26,61
205,07		92,14		112,94	Ergebnis 2 / Pflg.	104,28		78,22		26,06
898,53		1.708,73		-810,20	Fixkosten / Pat.	1.695,54		1.725,58		-30,04
788,74		427,05		361,69	Ergebnis 2 / Pat.	507,35		359,83		147,51

Die Fixkosten wurden um Fr. 150.419,— überschritten. Trotzdem sieht das Ergebnis 2 um Fr. 162.383,— besser aus als budgetiert. Die Gründe liegen klar auf der Hand: Mit 4,7% liegen die Fixkosten unter dem budgetierten Anteil von 57,2%. Hier zeigt sich ganz deutlich der Break-even-Effekt, wo jeder zusätzliche Patient einen Deckungsbeitrag an die Fixkosten leistet. Für eine innovative und flexible Tarifpolitik sind das ganz entscheidende Faktoren.

Daß sich der Deckungsbeitrag des Ergebnisses 2 nur um 3,8% verbesserte, liegt am Entscheid des Verwaltungsrates vom September 1995, wo aufgrund des sich abzeichnenden guten Ergebnisses per Ende 1995 genehmigte Investitionen für 1996 vorgezogen wurden. Das erklärt die Überschreitung der übrigen Fixkosten um Fr. 35.837,—.

Das gute Resultat der intern verrechneten Personalkosten beruht auf der vermehrten Hospitalisierung abteilungsexterner Patienten. Die höhere Entlastung der ambulanten Personalkosten erfolgte aufgrund des größeren Volumens ambulanter Behandlungen in der Tagesklinik, welche im stationären Bereich integriert ist.

Die einzige offene Frage ist diejenige, ob die höheren Personalkosten von Fr. 122.614,— wirklich im Verhältnis zum größeren Patientenaufkommen stehen. Antwort auf diese Frage findet das Team-Informationssystem, in welchem auch die Berechtigung der Stellen nach der Pflegeintensität integriert ist.

#### 5.4.1 Das Team-Informationssystem (Planungs- und Produktivitätsübersicht)

Das Team-Informationssystem kann wesentliche Aufschlüsse darüber geben, ob die betroffene Abteilung personell über- oder unterbelastet ist und welche

finanziellen Konsequenzen sich aus den entsprechenden Produktivitäts-Schwankungen zum Vormonat oder Vorjahr ergeben.

Dabei sind alle Einflußfaktoren, welche sich auf die Produktivität auswirken, zu berücksichtigen: die Veränderung der Pflegeintensität, die Abwesenheiten infolge Krankheit und Weiterbildung sowie die Entwicklung von Überstunden. Auch bei der Budgetierung der Personalkosten wird auf dieses System zurückgegriffen, wo Veränderungen der zu budgetierenden Pfl egetage und Patientenzahl ihre Auswirkungen in den sogenannten Sprungfixen-Personalkosten haben. Unter den Sprungfixen-Personalkosten wird der Teil der Kosten verstanden, welcher nach Abzug der personellen Bereitschaftskosten von der entsprechenden Bettenbelegung abhängig ist. Im weiteren werden die Ist-Produktivitätswerte im wöchentlichen Bettenbelegungs-Forecast zur Berechnung des voraussichtlichen MitarbeiterInnenbedarfs verwendet.

TEAM - INFORMATION Planungs- und Produktivitäts- Übersicht der von der Belegung abhängigen Abteilungen	NOVEMBER				DEZEMBER				Ø PRO MONAT		
	1995	Veränd. Vormon.	VORJAHR	Veränd. Vorjahr	1995	Veränd. Vormon.	VORJAHR	Veränd. Vorjahr	1995	VORJAHR	Veränd. Vorjahr
	GEBÄRSAAL / GYNÄKOLOGIE / GEBURTSHILFE										
Stellen	17,9	1,0	19,3	-1,4	17,5	-0,4	19,7	-2,2	16,4	18,8	-0,4
Stellen Budget	14,2	0,0	15,9	-1,7	14,2	0,0	15,9	-1,7	14,1	15,9	-1,8
Personalkosten Fr. pro Stelle	4.125	-200	3.979	146	5.175	1.060	4.956	219	5.433	5.387	47
Pflegetage	435	-15	459	-24	549	114	446	103	542	498	44
Pflegetage pro Stelle (im Monat)	24,3	-2,4	23,8	0,5	31,4	7,1	22,6	8,7	33,1	29,7	3,4
Tagesbetten (= 0.5 Pflegetage)	0	-3	2	-2	0	0	0	0	1	1	0
Ø Anwesende MitarbeiterIn. pro Tag	11,5	1,9	13,5	-2,0	11,2	-0,3	12,4	-1,2	10,9	11,3	-0,4
Ø PFLTG. pro anw. Mitarb. (im Tag)	1,26	-0,26	1,14	0,13	1,58	0,32	1,16	0,42	1,64	1,45	0,19
Patienten	65	9	58	7	82	17	61	21	71	67	5
Ø Patienten pro anw. MitarbeiterIn.	5,7	-0,5	4,4	1,2	7,3	1,7	4,9	2,4	6,6	6,0	0,6
Unf./Krankh./Schwang. (Anz. Stellen)	0,6	-0,8	0,3	0,3	1,5	0,9	0,5	1,0	0,8	0,5	0,2
Ausbildung (Anz. Stellen)	0,2	0,0	0,5	-0,3	0,2	0,0	0,4	-0,2	0,1	0,4	-0,3
Saldo Solltage Teilzeitangestellte	0,3	-39,6	8,0	-7,7	7,8	7,5	9,2	-1,4	9,8	22,3	-12,5
Pflegeintensität											
Pflegenachfrage in Stellen	6,9	-0,8	8,6	-0,3	9,5	2,6	6,3	3,2	9,3	7,7	1,6
Eigenst. Bereich Prozent-Anteil Kat. 1	14,0	8,0	29,4	-15,4	7,1	-8,9	25,1	-18,0	7,9	18,4	-10,5
Eigenst. Bereich Prozent-Anteil Kat. 2	65,7	-0,4	52,3	13,4	68,9	3,2	54,5	14,4	67,0	61,6	5,4
Eigenst. Bereich Prozent-Anteil Kat. 3	18,6	-4,2	18,3	0,3	20,6	2,0	20,4	0,2	21,6	18,1	3,5
Eigenst. Bereich Prozent-Anteil Kat. 4	1,7	-1,4	0,0	1,7	3,4	1,7	0,0	3,4	3,5	1,9	1,6
Deleg. Bereich Prozent-Anteil Kat. 1	14,0	8,0	29,4	-15,4	7,0	-7,0	21,4	-14,4	7,0	15,2	-8,2
Deleg. Bereich Prozent-Anteil Kat. 2	58,9	-7,2	39,2	19,7	62,3	3,4	59,9	2,4	64,5	63,0	1,5
Deleg. Bereich Prozent-Anteil Kat. 3	25,5	2,7	31,4	-5,9	27,4	1,9	18,6	8,8	25,0	19,7	5,3
Deleg. Bereich Prozent-Anteil Kat. 4	1,6	-1,5	0,0	1,6	3,3	1,7	0,1	3,2	3,5	2,1	1,4

Die Pflegenachfrage in Stellen wird anhand der Pflegeintensität berechnet. In der Kategorie 4 werden die pflegebedürftigsten Patienten eingeteilt. Der eigenständige Bereich umfaßt die Tätigkeiten der Grundpflege, während der delegierte Bereich die ärztlich verordneten Tätigkeiten enthält (Infusionen etc.). Obschon im November 1995 24 Pflegetage weniger zu verzeichnen waren als im Vorjahr, wurden 0,5 Stellen mehr benötigt. Der Grund liegt in der Verlagerung des Anteils der Kategorie 1 (-15,4%) zu Lasten der pflegeintensiveren Kategorien 2-4. Obwohl bei diesem Patientenvolumen nur 6,9 Stellen nötig wären, waren ø 11,5 MitarbeiterInnen pro Tag anwesend. Geht man davon aus, daß der 24stündige Bereitschaftsgrad 10 MitarbeiterInnen pro Tag erfordert, um alle Dienste abdecken zu können, dann waren im November 1995 immer noch 1,5 MitarbeiterInnen zuviel im Einsatz (siehe auch Veränderungen gegenüber dem Vormonat: +1 Stelle, Rückgang der Krankheitsabsenzen -0,8 Stellen). Die Solltage der Teilzeitangestellten wurden um 0,3 Tage überzogen (-39,6 Tage gegenüber dem Vormonat).

Gegenüber dem Vorjahr wurde pro Monat eine ø Steigerung von 44 Pflegetagen und 5 PatientInnen erzielt. Bei einem gleichzeitigen Abbau von 0,5 Stellen führte das zur einer erheblichen Produktivitätssteigerung (+3,6 PFTG./Stelle; +0,19 PFTG./anw. Mitarb.; +0,6 Pat./anw. Mitarb.). Das Budgetsoll wurde aber trotzdem um 2,2 Stellen deutlich überzogen. Gemäß Pflegenachfrage wären aber nur 1,6 Stellen zusätzlich berechtigt gewesen, bzw. 0,7 Stellen, wenn man in Betracht zieht, daß der Bereitschaftsgrad von 10 MitarbeiterInnen vollständig ausgereicht hätte (effektiv jedoch 10,9 Anwesende).

Der enorme Zuwachs an gynäkologischen Patientinnen bewirkte eine Verschiebung der Kategorie 1 im eigenständigen Bereich von -10,5% und von -8,2% im delegierten Bereich zu Lasten der Kategorien 2-4.

Die Analyse der Team-Information zeigt, daß sich der MitarbeiterInnen-Einsatz gegenüber dem Vorjahr erheblich verbessert hat.

Die November-Auswertungen bringen aber auch zu Tage, daß die Mitarbeiter-Planung immer noch zuwenig flexibel auf Veränderungen der Bettenbelegung reagiert. Die Möglichkeiten des wöchentlichen Bettenbelegungs- und Mitarbeiter-Forecast-Planungssystems (PEFOCA) wird von den Pflegeverantwortlichen immer noch zuwenig genutzt.

Zurück zur Frage, ob die höheren Personalkosten von Fr. 122.614,— wirklich im Verhältnis zum größeren Patientenaufkommen stehen. Wie die Analyse aufzeigte, wären von den 2,2 Stellen über dem Budgetwert nur ein Plus von 0,7 Stellen bzw. Mehrkosten von Fr. 45.637,— berechtigt gewesen.

Die besseren Resultate lösten bei der Pflegedienstleitung nicht nur eitel Freude aus. Anlässlich der monatlichen Abteilungsbesprechung wurde gegenüber dem Controller signalisiert, daß den Mitarbeiterinnen keine höhere Arbeitsbelastung mehr zugemutet werden kann, und es sei deshalb sehr fraglich, ob die Budgetziele überhaupt erreicht werden können. Da der Controller während der Besprechung eine unterschwellige Mißstimmung zwischen den anwesenden Ärzten und dem Pflegedienst herausspürte, regte er unter den Anwesenden eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe mit folgendem Ziel an:

*A) Analyse der Arbeitsabläufe durch Hinterfragung der Notwendigkeit einzelner Tätigkeiten*

Für die Analyse der Arbeitsabläufe stellt der Controller ein entsprechendes Hilfsmittel zur Verfügung. Ein kleines Beispiel sei hier aufgeführt:

LETTERIN PFLEGEDIENST GYNÄKOLOGIE/GEBURTSHILFE		BLATT:
MONAT/QUARTAL:	FEBRUAR 1996	1

ROUTINETÄTIGKEITEN	AUFWAND	%	HÄUFIGK.	AUFW.	BEMERKUNGEN
1 Dienst-Planung Mitarbeiter	12,00	6,6	4	3,00	3 EDV-Problem (2 Stunden)
2 Sitzungen/Besprechungen Abteilungsintern	8,00	4,4	16	0,50	1 Besprechung mit Dr. Müller betr. Säuglingsbetreuung (1.75 Stunden).
3 Patientenrapporte	30,00	16,6	90	0,33	1 Besprechung mit Dr. Meier betr. Zeitpunkt der Verordnungen (2.5 Stunden)
4 Pflegeunterstützung	83,50	46,2	20	4,18	2 Kurzfristig für Schwester Monika eingesprungen (3 Tage).
5 Patienten-Administration Leistungserfassung	8,00	4,4	20	0,40	
6 Patienten-Administration Pflegekategorisierung	12,00	6,6	20	0,60	5 Außerordentliche Kontrolle. Verdacht auf zu hohe Einstufung der Pflegekategorisierung (3.5 Stunden).
7 Patienten-Administration Angehörige, Information	7,75	4,3	28	0,28	3 Organisation Säuglingsbetreuung via SpiteX für Frau Muster (2.5 Stunden).
8 Mitarbeiterinnen-Betreuung	3,25	1,8	4	0,81	1 Eintritt neuer Schülerinnen (3 Stunden)
9 Controlling Sitzungen, Bericht etc.	2,25	1,2	2	1,13	
10 Aus-/Weiterbildung	8,50	4,7	1	8,50	1 Weiterbildungskurs bei der VESKA (1 Tag).
11 Diverses	5,50	3,0	22	0,25	4 Reorganisation Einsatzplanung Hebammen (4 Stunden).
Zwischentotal	180,75	100,0	231	0,78	

			SOLL.	DIFF.	SOLL -
1 Führung/Strategie/Planung	22,50	12,4	STUND.	STUND.	TAGE
2 Operative-/Routinearbeit	118,00	65,3			
3 Administration	32,00	17,7			
4 Projektentwicklung	4,00	2,2			
5 Kontrolle/Überwachung	4,25	2,4			
TOTALAUFWAND	180,75	100,0	158,00	22,75	20,00

B) Überprüfung der Budgetziele

Für die Überprüfung der Budgetziele steht der Abteilung ein Simulationsmodell der Team-Information zur Verfügung. Der Stellenbedarf wird bei jeder Änderung von Indikatoren, wie die Anzahl der Pflgetage, der Patienten oder die Höhe der Produktivität, immer wieder neu berechnet. Als Basis dienen verschiedene Ausgangslagen, wie diverse Budgetperioden, Rechnungsabschlüsse oder Forecastberechnungen.

TEAM - INFORMATION Planungs- und Produktivitäts-Übersicht der von der Belegung abhängigen Abteilungen	RECHNUNG			BUDGET			BUDGET			Ø PRO MONAT				
	1995	SIMULATION	Veränd. Ø pro Monat	1995	SIMULATION	Veränd. Ø pro Monat	1995	SIMULATION	Veränd. Ø pro Monat	1995	SIMULATION	Veränd. Ø pro Monat		
GEBÄRSAAL/GYNAKOLOGIE/ GEBURTSHILFE														
Stellen	16,3	16,4	2,1	14,1	-1,8	15,9	1,8	14,1	0,0	14,7	0,6	15,1	15,7	0,6
Fr. Person./Stelle	5.375	5.375	11.250	5.321	-104,0	5.321	9.400	5.375	54,0	5.375	440	5.374	5.374	2.928
Pflegelage Ø pro Monat	542	503	-39	479	-41	584	105	540	61	540	0	520	527	6
Pflegelage pro Stelle (im Monat)	33,3	27,4	-6,9	34,0	1,5	36,8	2,8	38,4	4,4	36,7	-1,7	34,4	33,6	-0,8
Tagesbetten (* 0,5 Pflegelage)	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0
Ø Anwesende Mitarbeiterin. pro Tag	10,9	12,3	1,4	12,4	1,5	14,0	1,6	10,0	-2,4	10,5	0,5	11,1	11,5	0,5
Ø PFLTG. pro anw. Mitarb. (im Tag)	1,66	1,37	-0,29	1,29	-0,30	1,39	0,11	1,80	0,61	1,72	-0,08	1,55	1,51	-0,04
Patienten Ø pro Monat	71	64	-7	63	-8	72	9	66	3	66	0	66	69	3
Ø Patienten pro anw. Mitarbeiterin.	6,6	5,4	-1,2	5,2	-1,3	5,2	0,1	6,9	1,7	6,6	-0,3	6,2	6,1	-0,2

Basisdaten für  
Simulationen

Auswirkungen der  
Stellenveränderung  
auf die Lohnsumme

Ergebnisfelder. Die  
restlichen 4 Felder  
sind variable Ein-  
gabefelder

### C) Verbesserung der Arbeitsatmosphäre

Das Zusammenarbeiten von Ärzten und Pflegedienst in der Ad-hoc-Arbeitsgruppe kann die Ursachen der unterschweligen Mißstimmung ans Tageslicht bringen und zur Klärung der Situation beitragen, denn Reibungsverluste dieser Art führen erfahrungsgemäß zu einem enormen Abfall der Produktivität.

Bettenbelegungs-Forecast

JANUAR 1996

Nach Versa	Gesamtbetrieb 98 Betten			Medizin 27 Betten			Chirurgie 40 Betten			Gynäkologie 5 Betten			Geburtshilfe 16 Betten			Geriatrische 10 Betten		
	Gesamtbetrieb 98 Betten			Medizin 27 Betten			Chirurgie 40 Betten			Gynäkologie 5 Betten			Geburtshilfe 16 Betten			Geriatrische 6 Betten		
	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.
Pflegetage	2.490	3.150	660	846	961	135	971	1.108	137	76	112	36	411	763	352	186	186	0
Ø Aufenthaltsd.	10,9	9,1	-1,8	16,0	12,1	-3,9	9,2	8,4	-0,8	5,1	4,9	-0,2	8,6	7,3	-1,2	31,0	31,0	0,0
Patienten	228	346	118	53	81	28	106	132	26	15	23	8	48	104	56	6	6	0
Gepl. Tagesbetten		11			1			8			2							

Forecast basierend auf:

Effektiver Belegung:

01.-14. Januar 1996

Extrapoliert auf den Erfahrungswerten der effektiven Belegung und der Hochrechnung

Hochrechnung:

15.-21. Januar 1996

Voraussichtliche Ø Wochenbelegung pro Tag: 15. - 21. Januar 1996				
	Medizin	Chirurgie	Gynäkologie	Geburtshilfe
Total Betten	29	42	16	16
Anfangs-Bestand	28	32	8	0
Geplante Eintritte	3	17	12	6
Voraussichtliche Eintritte	10	25	14	14
Voraussichtliche Austritte	14	23	6	14
Vorauss. End-Bestand	24	34	6	14
Vorauss. Ø Bettenbeleg. in %	98,0	92,2	74,1	83
Voraussichtliche Pflegetage	199	221	83	83
PERSONAL FORECAST-PLANUNG PEFOCA				
Voraus. benötigte Mitarbeiter	23,5	20,3	8,8	
Benötigte Mitarbeiter Vorwoche	25,2	19,0	7,9	
Saldo Mitarbeiterplanung	-1,7	1,3	0,9	

Wöchentlich aktualisierte Hochrechnung über die Belegungsentwicklung

Diese Daten basieren auf einer Erfahrungs-Datenbank, wo die geplanten Eintritte sowie die Notfälle gespeichert sind. Auf diesen Erfahrungen basieren die voraussichtlichen Ein- und Austritte

5.4.2 Die wöchentliche Bettenbelegungs- und Mitarbeiter-Forecast-Planung (PEFOCA)

Die wöchentliche Bettenbelegungs- und Mitarbeiter-Forecast-Planung mit der Hochrechnung per Ende Monat verfolgt folgende Ziele:

- Überblick für Ärzte, um bei schwacher Belegungsaussicht planbare Eingriffe vorziehen zu können.
- Dynamisierung der MitarbeiterInnen-Einsatzplanung unter Anpassung des Personalbedarfs an die jeweiligen Belegungsschwankungen.
- Sicherstellung der Pflegequalität bei hoher Arbeitsbelastung durch einen genügend abgedeckten Personalbestand.

Jeweils am Montagmorgen erhalten die patientenaufbietenden Ärzte, die Pflegedienstleitung sowie die für den MitarbeiterInnen-Einsatz verantwortlichen Abteilungsoberschwestern die wöchentliche Bettenbelegungs- und Mitarbeiter-Forecast-Planung für die kommenden 7 Tage.

Die Resultate der monatlichen Team-Information zeigten auf, daß die MitarbeiterInnen-Einsätze zuwenig auf die Belegungsschwankungen abgestimmt wurden. Vor allem die Unsicherheit der nicht planbaren Notfall-Eintritte führte dazu, daß sicherheitshalber immer mehr MitarbeiterInnen eingeplant wurden als nötig. Um die Pflegedienstleitung bei ihrer Planung zu unterstützen, schuf der Controller mittels Tabellenkalkulation das Planungs-Hilfsmittel PEFOCA. PEFOCA basiert auf einer Erfahrungsdatenbank, wo geplante Eintritte sowie Notfall-Eintritte systematisch erfaßt werden. Die Durchschnittswerte der vergangenen 52 Wochen sowie die Erfahrungswerte des Verhaltens von Patienten-Ein- und Austritten (zum Beispiel das Eintritts-Verhalten vor und nach Feiertagen, – während der Ferienperioden – oder bei Abwesenheit von Ärzten etc.) bilden die Basis für die Prognosen der kommenden Woche.

Die Frage nach der Verlässlichkeit solcher Prognosen ergibt folgendes Bild:

Gegenstand der Untersuchung:	Voraussichtliche Pfl egetage
Auswertungsdauer:	13 Wochen
Abweichung:	Differenz der Prognose zu Effektiv
Geringste Abweichung:	0,3%
Höchste Abweichung:	16,9%
Abweichungen 0–05%:	5 x
Abweichungen 05–10%:	4 x
Abweichungen 10–15%:	3 x
Abweichungen 15–20%:	1 x

Die Untersuchung zeigt, daß PEFOCA über eine Genauigkeit von über 90% bei 69% aller Prognosen verfügt. Nur bei 31% der Prognosen ist die Abweichungsquote höher als 10%.

Auf der Basis der voraussichtlichen Belegung und der Verknüpfung mit den aktuellsten Ist-Produktivitäts-Kennzahlen von Team-Info wird der voraussichtlich benötigte Mitarbeiterbestand automatisch errechnet.

## 6. Das Berichtswesen

## Spital Muster i. M.

## CONTROLLING

BERICHTSWESEN										Datum: 18. 02. 94 / HR	
MONATSABSCHLUSS: JANUAR 1994								VERTEILER: - Verwaltungsratsaus- schuß - Spitalleitung - Abteilungs- leiterInnen - MitarbeiterInnen			
Ziel: SITUATIONSANALYSE UND KOMMENTARE											
<b>1. GESAMTBETRIEB</b>											
Gesamtübersicht Januar 1994											
In Fr. 1'000 (Ohne Restaurant)	Effektiv	Budget	Abweichungen		Vormonat	Abweichungen		Vorjahr	Abweichungen		
			Fr.	%		Fr.	%		Fr.	%	
Patienten	233	238	-5	-2.1	243	-10	-4.1	199	34	17.1	
Aufenthaltsdauer	11.7	11.1	0.6	5.4	11.0	0.7	6.4	13.1	-1.4	-10.7	
Pflegertage	2'719	2'646	73	2.8	2'679	40	1.5	2'612	107	4.1	
Stellen Ø pro Monat	83.7	68.8	14.9	21.7	80.7	3.0	3.7	76.8	6.9	9.0	
Produktiv. Ø pro Mt.	32.8	38.5	-5.7	-14.8	33.5	-0.7	-2.1	34.0	-1.2	-3.5	
Erträge	1'093.9	1'006.2	87.3	8.7	1'088.9	4.6	0.4	1'438.8	-345.3	-24.0	
Variable Kosten	330.4	295.8	34.6	11.7	251.7	78.7	31.3	320.4	10.0	3.1	
Personalkosten	920.5	952.2	-31.7	-3.3	1'014.7	-94.2	-9.3	887.6	32.9	3.7	
Uebr. Fix-Kosten	140.4	187.2	-46.8	-25.0	246.0	-105.6	-42.9	297.1	-156.7	-52.7	
VJP. & Wertber.	4.6	2.5	-2.1	84.0	4.6	0.0	0.0	-116.2	120.8	-104.0	
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>-302.4</b>	<b>-431.5</b>	<b>-129.1</b>	<b>-29.9</b>	<b>-428.1</b>	<b>-125.7</b>	<b>-29.4</b>	<b>49.9</b>	<b>352.3</b>	<b>-706.0</b>	
Ertr. öffentl. Hand	477.7	486.2	-8.5	-1.7	485.7	-8.0	-1.6		477.7	####	
<b>Betriebsergebn.NFS</b>	<b>175.3</b>	<b>54.7</b>	<b>120.6</b>	<b>220.5</b>	<b>57.6</b>	<b>117.7</b>	<b>204.3</b>	<b>49.9</b>	<b>125.4</b>	<b>-251.3</b>	

Das budgetierte Betriebsdefizit wurde um Fr. 129.100,— unterschritten.

Maßgeblich beeinflußt wurde der ermutigende Jahresstart von den Ertragsüberschüssen sowie von den Budgetunterschreitungen bei den Personalkosten und den übrigen Fixkosten. Die Budgetüberschreitung bei den variablen Kosten resultiert zum großen Teil aus Abgrenzungen, welche sich aus der enormen Zunahme der Halbprivat- und Privatpatienten ergeben.

Die Zunahme von drei Stellen gegenüber dem Vormonat ist mit der Zunahme der Ausfälle infolge Krankheit und Ausbildung praktisch identisch. Dadurch nahm die Produktivität pro Stelle ab (Personalkosten), die Belastung unserer MitarbeiterInnen jedoch nahm erheblich zu, was sich bei der Produktivität pro Anwesende sowie bei der Pflegeintensität deutlich zeigt.

**Ich bedanke mich daher im Namen der Spitalleitung recht herzlich für Ihren Einsatz!**

Den Bericht über den Gesamtbetrieb verfaßt der Controller in eigener Kompetenz, wobei die Auswirkungen der einzelnen Abteilungen auf das Gesamtergebnis des Spitals im Vordergrund der Analyse stehen.

Der Report über die einzelnen Abteilungen wird verfaßt, nachdem die Zahlen mit den Abteilungsverantwortlichen analysiert und besprochen worden sind.

Anschließend folgt die Maßnahmenplanung mit dem Themenspeicher, wo alle Abteilungen zusammengefaßt sind.

Der Aufbau des Monatsberichtes muß empfängerorientiert und stufengerecht erfolgen. Er sollte allen interessierten MitarbeiterInnen zugänglich sein im Sinne von *Mitwissen* -> *Mitdenken* -> *Mitsprechen* -> *Mitwirken*.

Das Berichtswesen ist Teil der Führungs-, Informations- und Organisationsstruktur des Spitals. Die monatlichen Auswertungen der Kennzahlen geben den Empfängern die nötigen Anstöße, entweder die ursprünglichen Zielsetzungen den neuen Umwelteinflüssen anzupassen, oder Maßnahmen zu ergreifen, die sicherstellen, daß unerwünschte Ziel- und Budgetabweichungen im betrieblichen Ablauf korrigiert werden können.

Wichtig ist die grafische Darstellung, die dem Leser die Orientierung erleichtern soll. Endlose aneinandergereihte Zahlenkolonnen sind eine Zumutung für den Betrachter und fördern alte Vorurteile, daß Zahlen eben doch nur etwas für »Eingeweihte« seien.

Außerdem sollten die Kennzahlen systematisch erfaßt, aufbereitet und dargestellt werden, um einerseits der Willkür entgegenzuwirken, unangenehme Resultate einfach wegzulassen oder zu verschweigen, und andererseits, um die Vergleichbarkeit mit anderen Perioden jederzeit gewährleisten zu können.

Mit der Systematik soll zudem erreicht werden, die Führungskräfte step-by-step an die komplexen Darstellungsformen von Statistiken zu gewöhnen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist jener, daß Kennzahlen kommentiert werden müssen, um den Adressaten langsam an ein Problem heranzuführen.

Im Monatsbericht ist aber auch darauf zu achten, daß die Vielfalt der verschiedensten Statistiken im Monatsbericht auf der ersten Seite auf einige wenige Zahlen zusammengefaßt werden, um dem Leser in Kürze einen Gesamtüberblick zu ermöglichen.

**Vormonatsvergleiche:**

Die monatlichen Veränderungen der unterschiedlichsten Kennzahlen ergeben in ihrer Kombination und ihrem Verhältnis zueinander aussagekräftige Interpretationen über die gegenwärtige Unternehmenssituation. Der Monatsrhythmus beschleunigt und vertieft den Lerneffekt, zeigt Trends schneller und deutlicher auf. Entsprechende Entscheidungen und Korrekturmaßnahmen können rascher eingeleitet werden.

Maßnahmenplanung/Themenspeicher:	Termin	Zuständig
1. Abgabe der Medikamentenabrechnungen	31.3.94	Sr. Beatrice/ Hr. Muster
2. Informationen mündlich und schriftlich weitergeben, gemeinsame Meinungsbildungsprozesse!	sofort	Ärzte/Pflegedienst/Verwaltung
3. Märsprache der Abteilungsoberschwestern bei der Anstellung neuer MitarbeiterInnen.	31.3.94	Pflegedienstleitung
4. Leistungsgerechte Arbeitsbeurteilung (Pflegekategorisierung Spätlings).	30.6.94	Sr. Beatrice
5. Auftragskoodination mit Technischen Dienst verbessern.	28.2.94	Sr. Beatrice/ Hr. Strom
6. Bereinigung des Leistungserfassungsblattes inkl. Preise.	31.3.94	Sr. Beatrice/ Frau Solder
7. Frühstücksbuffet für Halbprivat- und Privatpatienten.	Themenspeicher	Verwaltung/ Küche

**4. GEBÄRSAL/GEBURTSHILFE/GYNÄKOLOGIE**  
Übersicht Januar 1994

In Fr. 1000	Effektiv	Budget	Abweichungen		Vormonat	Abweichungen	
			Fr.	%		Fr.	%
Patienten	57	72	-16	-21,9	73	-16	-21,9
Aufenthaltsdauer	7,3	8,2	-0,9	-11,0	7,0	0,3	4,3
Pflegedage	414	595	-181	-30,4	513	-99	-19,3
Stellen Ø pro Monat	17,4	15,9	1,5	9,4	19,7	-2,3	-11,7
Produktiv Ø pro MA	23,9	36,0	-12,1	-33,6	26,0	-2,1	-8,1
Erträge	134,8	176,6	-41,8	-23,7	152,2	-17,4	-11,4
Variable Kosten	50,5	56,2	-5,7	-10,1	103,0	-52,5	-51,1
Personalkosten	97,5	112,1	-14,6	-13,0	140,0	-42,5	-30,4
Über-Fix-Kosten	0,6	2,6	-2,0	-76,9	1,6	-1,0	-62,3
Ergebnis 2	-15,8	5,7	-21,5	-37,7	-92,6	-76,8	-83,1
Ertr. (Beitrag) Handl.		35,7	-33,7	-100,0	38,5	-38,3	-100,0
Ergebnis 2, NEZ	-15,8	46,4	-62,2	-133,7	-54,1	48,3	29,8

Anlagen:

**4.1 Belegung und Erträge**  
Eine deutliche Steigerung bei den Halbprivaten und Privaten ist in allen zwei Bereichen (Gynäkologie/Geburtsilfe) zu verzeichnen. Gegenwärtig liegen wir mit 181 Pflegetagen hinter dem Budget zurück. Gemäß Angaben unserer Ärzte sind jedoch alleine für den Februar 28 Geburten angemeldet. Bei einer budgetierten Aufenthaltsdauer von 8,1 Tagen bei den Säuglingen dürfte das Budget in der Geburtsilfe übertroffen werden und der Rückstand vom Januar wird zum Teil abgebaut werden können. Der Ertragsrückgang von Fr. 41.800,- korrekte mit Budgetunterschreitungen im Aufwand von Fr. 22.300,- gemildert werden.

**4.2 Variable Kosten**  
Die variablen Kosten liegen erwartungsgemäß (auf Grund der Belegung) hinter dem Budget. Pro Pflegetag liegen sie jedoch über dem Budget, da der Anteil der Halbprivaten und Privaten höher liegt als budgetiert.

**4.3 Personalkosten**  
Mit einem Rückgang von 2,3 Stellen im Vormonatsvergleich konnten die Personalkosten gesenkt werden. Außerdem wurden Patienten aus der Medizin und Chirurgie (24 Pflegetage) in der Gynäkologie betreut, und während 16,5 Stunden waren Mitarbeiterinnen der Gynä/Wöch./Gebs. in anderen Abteilungen im Einsatz, was aus keiner Statistik ershen werden kann. Dafür wird die Gynä./Wöch. geldmäßig mit Fr. 6.912,- bei den variablen und Personalkosten entlastet. Das heißt, die Kostensenkungen in diesem Geschäftsbereich beruhen zu 31 Prozent auf geleisteten Fremdeinsätzen.  
Wie wir sehen, wird auf der Kostenseite alles unternommen, um Belegungsrückstände zu mildern. Mit der begonnenen Strategieentwicklung wird mittelfristig auch wieder unsere Bettenauslastung ausgeglichener.

Siehe: Kennzahlen  
Monat: Januar 1994  
Kennzahlen  
auflassend per: Januar  
1994  
Bettenbelegung Bud-  
get Januar 1994  
Den Einfluß der drei  
Ableitungen auf die  
variablen Kosten erse-  
hen Sie in der Kosten-  
stelle 2001, Seite 4+5  
Siehe Team-  
information



### 6.1 Das Berichtswesen als Kommunikationshilfsmittel

Mit der Hilfe des Berichtswesens sollen folgende Voraussetzungen für eine effektivere Ausgestaltung des Informationsaustausches geschaffen werden:

- Visuelle Gestaltung der Zahlen
- Genauigkeit und Vollständigkeit der Informationen
- Auseinanderhalten von Meinungen und effektiven Tatsachen

Die Erfahrungen im Umgang mit dem Berichtswesen zeigen, daß die Kommunikation zwischen und innerhalb der einzelnen Abteilungen erheblich verbessert werden kann. Die Einführung des monatlichen Berichtswesens (als schriftliches Kommunikationsmittel) mit den dazugehörenden Kennzahlen verringert das Konfliktpotential innerhalb eines Führungsgremiums zwar nicht, aber es kann helfen, überbordende Emotionen auf eine sachlichere Ebene zurückzuführen. Damit unangenehme und ungelöste Probleme nicht einfach verdrängt werden können, muß beim Führungsgremium der Wille vorhanden sein, auch heikle Fragen offen und aktiv anzupacken und Verantwortung wahrzunehmen. Die gemeinsame Suche nach Lösungsmöglichkeiten von Problemen, welche im Berichtswesen zu Tage gefördert werden, kann zu dezentralen Zielvereinbarungs- und Strategieentwicklungs-Prozessen führen. Die positive Grundeinstellung durch aktive Mithilfe und aktives Mitdenken aller im Spital mitwirkenden Personen belebt den gegenseitigen Lernprozeß, führt zu neuen Erkenntnissen und fördert die Bereitschaft, aus Fehlern die nötigen Schlüsse zu ziehen.

Die Versachlichung der Kommunikation durch das Berichtswesen darf jedoch die persönlichen Beziehungsebenen unter den Führungskräften und MitarbeiterInnen nicht verhindern, sondern fördern. Gerade in einem Spital sollen die menschlichen Aspekte, trotz Controlling und Zahlen, erhalten bleiben.

### 6.2 Die Bedeutung von Monatsabschlüssen

Das primäre Ziel von Monats-Abschlüssen ist es, die Informations- und Reaktionszeiten zu verkürzen und die Verbesserung der Aussagefähigkeit des Berichtswesens.

In der Regel sollten die monatlichen analysierten und kommentierten Abteilungsergebnisse im Monatsbericht zwischen dem 20., jedoch bis spätestens zum 25. des folgenden Monats vorliegen.

Die Monats-Abschlüsse bringen dem Spital folgende Vorteile:

- Kurzfristigere Möglichkeiten, in die Ergebnisentwicklung einzelner Abteilungen und somit des gesamten Betriebes korrigierend einzugreifen.

- Die monatlichen Abweichungen treten deutlicher zu Tage und können erste Signale für notwendige Änderungen sein.
- Für die einzelnen Verantwortungsträger im Spital ist es leichter, sich an Aktivitäten des letzten Monats zu erinnern, die zu Abweichungen geführt haben.
- Vergleiche von Monatsergebnissen zeigen deutlicher, ob ein Trend entsteht oder nur eine kurzfristige Schwankung vorliegt.
- Auswirkungen von eingeleiteten Gegensteuerungs-Maßnahmen sind leichter erkennbar.

## 7. Der Budgetierungsprozeß

Wichtiger als das Budget selbst ist der Vorgang, welcher schlußendlich zu einem Ergebnis führt. Sämtliche Personen, welche den Umsatz, die variablen und fixen Kosten in irgendeiner Form beeinflussen können, aber selbstverständlich auch sämtliche Abteilungsleiter mit Führungsverantwortung, müssen in den Budgetierungsprozeß einbezogen werden. Das ist die Voraussetzung, daß sich später die entsprechenden Personen auch mit den Budgetabweichungen identifizieren können.

BUDGET - VEREINBARUNG 1996					
ABTEILUNG: _____		Verantwortlicher Arzt: _____			
Große Abweichungen bitte unter Bemerkungen begründen. Danke!		<u>Gedankenstütze:</u>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Werden sich die Kennzahlen meiner Abteilung, im Vergleich zu den Vergleichsperioden, wesentlich verändern?</li> <li>- Wenn ja, warum?</li> <li>- Welche Konsequenzen haben diese Veränderungen für meine Abteilung?</li> <li>- Welche Maßnahmen sind heute zu treffen, damit meine Zielvereinbarungen morgen oder übermorgen die gewünschten Resultate zeigen?</li> </ul>	
	1993	1994	Budget 95	1.1.-31.8.95	Budget 95
Ø Aufenthaltsdauer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bemerkungen:	<input type="text"/>				
	1993	1994	Budget 95	Forecast	Budget 95
Anzahl Patienten:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bemerkungen:	<input type="text"/>				
	1993	1994	Budget 95	1.1.-31.8.95	Budget 95
% Anteil HP. + Privat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bemerkungen:	<input type="text"/>				
Variable Kosten:	1993	1994	Budget 95	1.1.-31.8.95	Budget 95
	Fr./PFLTG	Fr./PFLTG	Fr./PFLTG	Fr./PFLTG	Fr./PFLTG
Total Variable Kosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Fr./Pabent	Fr./Pabent	Fr./Pabent	Fr./Pabent	Fr./Pabent
Total Variable Kosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Bitte diese Budget-Vereinbarung bis zum Montag, 31. Juli 1995 bei Herrn Muster abgeben. An der nächsten Verwaltungsrats-Sitzung werden Ihre Budgetwerte besprochen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!</small>					

Dies ist ein Beispiel einer Budget-Vereinbarung für Chefarzte.

Diese Daten sind die Grundlagen der Budgetierung. Darauf bauen sich die Erträge, variablen und fixen Kosten auf.

Diese Vorlage hat zum Ziel, den Budgetierungs-Aufwand für die Ärzte so gering wie möglich zu halten.

Ähnlich gestalten sich die Vorlagen, welche auf der Basis von Diagnosen und Fällen aufbauen.

Es gibt verschiedene Methoden, zu einem aussagekräftigen Budget zu kommen (das Prozeßorientierte Zero Base Budgeting; nach Anzahl der Patienten oder der Pflgetage; nach der Anzahl von Diagnosen etc.). Entscheidend ist jedoch, daß die Erfahrungen aus den Monatsabschlüssen miteinbezogen werden. Simulationsmodelle, in welchen diese Erfahrungswerte in Datenbanken hinterlegt sind, können wertvolle Hilfen sein. So richten sich zum Beispiel die variablen Kosten automatisch nach der Anzahl der Pflgetage, der Patienten oder der Diagnosen.

Verschiedene Simulationsmodelle, welche miteinander verknüpft sind, sollen bei dieser Gelegenheit kurz vorgestellt werden:

**Belegungs-Simulation** (manuelle Eingabe der Anzahl Patienten und der  $\emptyset$  Aufenthaltsdauer pro Abteilung). Die Pflgetage berechnen sich von selbst.

**Ertragsanalysen-Simulation** (wurde in diesem Beitrag bereits vorgestellt). Anhand der Pflgetage werden die Erträge automatisch errechnet (manuelle Eingabe des Halbprivat- und Privatanteils, der Pflgetaxen und des Pflgetageverteilungsschlüssels pro Pflgetaxe).

**Master-Budgetsimulation** (manuelle Eingabe: Haushalt, Investitionen, Reparatur und Instandhaltung, Energie, Zinsen, Büro und Verwaltung, Entsorgung, Versicherungen). Hinterlegte Datenbanken des Rechnungsabchlusses Vorjahr, aktuelles Jahr: Forecast und Budget. Die variablen Kosten errechnen sich automatisch (unter Eingabe von Faktoren wie Teuerung etc.). Das Schlußergebnis errechnet sich automatisch.

**Stellen- und Personalkosten-Simulation** (greift auf Datenbank mit den aktuellen Stellen und den Teuerungsfaktoren zurück. Manuelle Eingabe der Stellenvorgaben aus dem Team-Info, Beförderungen etc). Errechnet die Personalkosten automatisch.

**Simulation Team-Information** zur Stellenermittlung (wurde bereits vorgestellt). Die Anzahl der belegungsabhängigen Stellen des Pflegedienstes errechnet sich automatisch.

## 8. Die diagnosebezogene Fallkostenträgerrechnung

Im Ringen um Marktanteile zwischen den Spitälern wird die diagnosebezogene Fallkostenträgerrechnung eine zentrale Rolle spielen. Ob ein Spital mit seinen Fallpauschalen konkurrenzfähig ist, wird die Auswertung der Fallkostenträgerrechnung zeigen. Dadurch wird die Preispolitik zwischen den Spitälern transparent und vergleichbar.

Die Entwicklung der diagnosebezogenen Fallkostenträgerrechnung sollte in den Spitälern mit Bedacht, aber kontinuierlich vorangetrieben werden. Mit einem pragmatischen und in kleinen Schritten erfolgenden Vorgehen können praktische Erfahrungen für die weiteren Projektschritte gesammelt werden. Eine anfangs rudimentäre Fallkostenträgerrechnung kann somit step-by-step verbessert und perfektioniert werden. Vor einer Perfektionierung bereits im Anfangsstadium kann jedoch nur gewarnt werden. Das Unterfangen würde unweigerlich in eine Sackgasse münden und hohe Kosten verursachen. Pilotprojekte sollten zu Beginn auf der PC-Basis und mit Hilfe von Tabellenkalkulation und Datenbankprogrammen entwickelt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Erstellung einer diagnosebezogenen Fallkostenträgerrechnung gegeben sein:

1. Diagnose-Codierungssystem.
2. Vollständige Leistungserfassung in der Patientenabrechnung (Effektiver Behandlungspfad).
3. Verknüpfung der Diagnosen mit der Leistungserfassung (1.+2.).
4. Aussagekräftige Kostenstellenrechnung.
5. Verknüpfung der diagnosebezogenen Leistungserfassung und der Kostenstellenrechnung mit der eigentlichen diagnosenbezogenen Fallkostenträgerrechnung (3.+4.).
6. Gemeinsame Datenbank für die Punkte 1.+5. mit dem Ziel, die diagnosebezogene Fallkostenträgerrechnung für Target-Costing-Simulationen weiterzuentwickeln.
7. In der Krankengeschichte integrierte Online-Behandlungspfade für Ärzte bei Diagnosestellung (von Verdacht bis gesichert) zur Vermeidung unnötiger Leistungen direkt vor Ort.
8. Abweichungsanalysen aus dem effektiven Behandlungspfad und dem Soll (Standard) Behandlungspfad.
9. Detaillierte Auswertungen pro Diagnose und Nebendiagnosen wie auch pro Patient.

10. Übersichtliche Zusammenfassung der Hauptdiagnosen-Kategorien mit Vergleichem Budget, Standard (Vorgabe von Krankenkassen oder Institutionen) und Vorjahr.

Kostenträgerrechnung			DRG Hauptkategorie 06 (103-145)						
Leistungs- und Kostenauswahl der Hauptkostentabelle			Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems						
400 Medizin			Rechnungsperiode: 1.1. - 31.12.1996						
			Basis: KORAS plus + Leistungsstatistik Ausfrühdiaagnosen						
1. Leistungen (Behandlungspfad)	Anzahl erbrachter Leistungen			Pflegekategorisierung					
	Effektiv	Budget / Standard	Vorjahr	Eigenständiger Bereich		Delegierter Bereich			
Behandelte Patienten				Effektiv	Vorjahr	Effektiv	Vorjahr	Effektiv	Vorjahr
Total Pflegestage				Kat. 1		Kat. 1			
⊗ Aufenthaltsdauer				Kat. 2		Kat. 2			
Total Kosten pro Tag				Kat. 3		Kat. 3			
				Kat. 4		Kat. 4			
2. Kosten (Behandlungspfad)	Anzahl erbrachter Leistungen			Kosten in Franken					
	Effektiv	Budget / Standard	Vorjahr	pro Diagn.		pro Diagn.		pro Diagn.	
				% Anteil	% Anteil	% Anteil	% Anteil	% Anteil	% Anteil
<b>Direkte Kosten</b> (Löhne, Verbrauchsmittel und sonstiger variable Kosten)									
Verpflegung									
Zimmer (Putzdienst etc.)									
Wäscherei									
Hotellerie total				0	0	0	0	0	0
Personalkosten Pfleged.									
Verbrauchsmat. Pfleged.									
Pflegebereich total				0	0	0	0	0	0
180 Apotheke									
200 Operationssäle									
206 Gebärsaal									
210 Anästhesie									
220 Notfall									
240 Röntgen									
270 Laboratorien									
340 Ergotherapie									
Med. Fremdleistungen									
Med. Leistungen total				0	0	0	0	0	0
Personalkosten Ärzte									
Honorare									
Ärztliche Leistungen									
Ärztliche Leistungen total									
<b>Total 1</b>				0	0	0	0	0	0
<b>Indirekte Kosten</b> (Betriebskosten, Unterhalt und Reparatur, Hauswirtschaft, etc. sowie der Fixkosten, plus KORAS-Deckungsbeitrag)									
Betriebe der Infrastruktur									
10 Gebäude									
40 Verwaltung									
60 Hauswirtschaft									
61 Wäscherei									
100 Technische Betriebe									
120 Transportdienst									
140 Küche									
<b>Total 2</b>				0	0	0	0	0	0
<b>Indirekte Kosten</b> (Betriebskosten, Unterhalt und Reparatur, Hauswirtschaft, etc. sowie der Fixkosten, plus KORAS-Deckungsbeitrag)									
Med.-techn. Betriebe									
180 Apotheke									
200 Operationssäle									
206 Gebärsaal									
210 Anästhesie									
220 Notfall									
240 Röntgen									
<b>Total 3</b>				0	0	0	0	0	0
<b>Indirekte Kosten</b> (Betriebskosten, Unterhalt und Reparatur, Hauswirtschaft, etc. sowie der Fixkosten, plus KORAS-Deckungsbeitrag)									
Indirekte Kosten Diagnosegruppe									
Indirekte Kosten (Total 2-3)									
<b>Total indirekte Kosten</b>				0	0	0	0	0	0
Direkte Kosten (Total 1)									
<b>Gesamtkosten</b>				0	0	0	0	0	0
Erträge									
Unter- bzw. Überdeckung				0	0	0	0	0	0

Vor allem in der Medizinischen Abteilung, wo sich eine Hauptdiagnose aus vielen Nebendiagnosen zusammensetzen kann, werden große Abweichungen zum Budget, Standard und Vorjahr, aber auch bei zwischenbetrieblichen Vergleichen mit anderen Spitälern unvermeidlich sein. Daher ist es von Vorteil, wenn der Weg von der Hauptdiagnosen-Zusammenfassung zum einzelnen Patienten zurückverfolgt werden kann!

## 9. Zusammenfassung

Die verschiedenen vorgestellten Controllinginstrumentarien des Marketings, der Mitarbeiterpolitik, des Beschaffungs- und Finanzwesens dienen der Wahrnehmung und dem Bewußtwerden von inner- und außerbetrieblichen Veränderungsprozessen, welche auf die Unternehmenssubstanz (*körperliche Ebene*) einwirken.

Diese Veränderungen werden im Berichtswesen mit dem Zweck dargestellt, die Adressaten auf die komplexen Vernetzungen innerhalb des Betriebes zu sensibilisieren, damit sie bei eventuellem Handlungsbedarf in der Lage sind, die Auswirkungen von Maßnahmen auf die verschiedenen Bereiche innerhalb und außerhalb des Spitals einigermaßen abschätzen zu können.

Dabei muß sorgfältig darauf geachtet werden, daß auch positive Veränderungen im Berichtswesen Beachtung finden. Andererseits muß der Versuchung entgegengewirkt werden, daß das Negative und Unangenehme verdrängt oder beschönigt wird, auch wenn es vorübergehend zu Beeinträchtigungen des Unternehmensklimas (*Gefühls-Ebene*) führen kann. In jedem fair ausgetragenen Konflikt liegt die Chance eines Neuanfangs, welcher zum Segen für das ganze Krankenhaus werden kann, sofern das Lenkungspotential innerhalb der Gestaltungs-Komponenten der einzelnen Unternehmens-Bereiche (Seite 11, *Gefühls-Ebene*) auch wahrgenommen wird.

Wenn die Ursachen von positiven und negativen Abweichungen innerhalb der Unternehmens-Struktur (*Verstandes-Ebene*) einmal eruiert sind, dann ist der halbe Weg zur Problemlösung bereits bewältigt. Solche Problemlösungsprozesse können einen wichtigen Beitrag zur Unternehmens-Entwicklung (*Geist-Ebene*) auch in strategischer Hinsicht leisten, was der positiven Entwicklung der Unternehmens-Kultur (*Herzens-Ebene*) nur förderlich sein kann. Denn übergeordnete Zielsetzungen, welche immer dem Wohle des Patienten dienen sollten, können zwischen Personen, Abteilungen, Hierarchiestufen und Disziplinen neue Brücken schlagen, was zur Steigerung des Lebensgefühls und der Lebensqualität beitragen kann, und das nicht nur für die Patienten.

Die Wahrnehmung des Lenkungspotentials innerhalb der einzelnen Unternehmens-Bereiche erfordert vom betreffenden Kader ein hohes Maß an Sensibilität und Respekt vor anderen Personen, auch dann, wenn sie unterschiedlicher Meinung sind und verschiedene Interessensgebiete vertreten. Auf der körperlichen Ebene (Räumlichkeiten, Patienten und MitarbeiterInnen) wird im Spital in hygienischer Hinsicht vieles getan. Wie steht es aber mit der Hygiene auf der seelischen Ebene? Was wird für die Persönlichkeits-Entwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter getan?

Das ganzheitliche, vernetzte Controlling kann der äußere Anstoß dazu sein und Wesentliches zu einem positiven Unternehmens-Klima und -Kultur beitragen. Dies kann der Unternehmens-Entwicklung und damit der Unternehmens-Substanz nur förderlich sein. Ich sage kann, sofern der Wille in den Spitälern vorhanden ist, daß alle am selben Strick ziehen. Die Voraussetzung dazu ist, daß persönliche Interessen hinter denen der Patienten anstehen. Sobald diese Voraussetzungen gegeben sind, ist der Weg für ein wirksames ganzheitliches Controlling frei!

Zum Abschluß nochmals eine Zusammenfassung sämtlicher relevanten Controlling-Instrumente:

ÜBERSICHTS-MATRIX DER CONTROLLING-INSTRUMENTE	Unternehmens-Einfluß							Herkunft der Daten	Bemerkungen	
	Strategie	Operativ	Marketing	Mitarbeiter	Investitionen	Finanzen	Medizin/Arzte			Pflegedienst
<b>Marketing</b>										
Telefonisches Patienten-Befragungssystem TEPAKOM	X	X	X	X	X	X	X	X	Interne Fragebögen	Quartalsmäßige Auswertung. Externe Stärke- Schwäche-Analyse. Dient der Qualitätssicherung.
Marktanteils-Statistik	X	X	X	X	X	X	X	X	Zum Beispiel Gesundheitsdirektion des Kantons Bern (Basis-Statistik)	Auswertung jährlich. Zu- und Abwanderungen von Patienten von/oder in andere öffentliche oder private Spitäler (Veränderung unseres Marktanteils gegenüber dem Vorjahr).
<b>Mitarbeiter</b>										
Pflegekategorisierung/Pflegeintensität/Pflegenachfrage in Stellen	X	X	X	X	X	X	X	X	Pflege-Abteilungen	Monatliche Auswertung. Dient der Qualitätssicherung und wirkt komplementär zur Produktivität.
Team-Information/Planungs- und Produktivitätsübersicht	X	X	X	X	X	X	X	X	Personal-Einsatzplanungs-System	Monatliche Auswertung. Dient zur Qualitätssicherung und Optimierung der Mitarbeiter-Planung. Große finanzielle Auswirkungen bei Fehlplanungen. Steht in engem Bezug zu den Pflegetagen und zur Pflegekategorie.
Wöchentliche Bettenbelegungs- und Mitarbeiter-Forecast-Planung PEFOCA	X	X	X	X	X	X	X	X	Team-Info und Patienten-abrechnungssystem	Wöchentliche Auswertung. Berechnet sich aus dem Zugriff auf die Ist-Produktivität und der voraussichtlichen Belegung.
MitarbeiterInnen-Förderung	X	X	X	X	X	X	X	X	Leitbild, Spitalpolitik, Abteilungs-Zielvereinbarung	Interne Stärke- und Schwäche-Analyse. Jährliche Auswertung von Soll-/Ist-Vergleichen in Bezug zur Spitalpolitik und zu den Abteilungs-Zielvereinbarungen. Kann Korrekturen einleiten oder zu neuen Zielvereinbarungen führen.
<b>Finanzen / Controlling</b>										
Bettenbelegung: (Patienten, Ø Aufenthaltsdauer, Pflegetage, Belegung) Veränderungen zum Budget sowie Vormonats- und Vorjahresvergleiche, pro Monat und auflaufend.	X	X	X	X	X	X	X	X	Patienten-abrechnungssystem, Budgetvereinbarung pro Abteilung.	Geht monatlich an die Spitalführung sowie alle Abteilungen. Steht in engem Bezug zum KORAS plus. Kann zu schnellen operativen Entscheidungen und Korrektur-Maßnahmen führen. Dient auch als Grundlage für die mittel- und langfristige Planung.
Patienten ambulant: (GFS, Geburtsaal, Notfall, Röntgen, Diverse), Veränderungen mit Vormonats- und Vorjahresvergleichen, pro Monat sowie auflaufend.	X	X	X	X	X	X	X	X	Patienten-abrechnungssystem	Geht monatlich an die Spitalführung sowie an alle Abteilungen. Wird mit der Entwicklung der operativen und chirurgischen Methoden (Tageskliniken) an Bedeutung gewinnen.
Profitcenter-, Leistungs- und Kostenstellenrechnung KORAS plus	X	X	X	X	X	X	X	X	Finanz- und Betriebsbuchhaltung	Geht monatlich an die Spitalführung sowie an alle Abteilungen. Kennzahlen pro Abteilung mit Erträgen (inkl. verb. Erträge), variablen und fixen Kosten, Deckungsbeiträgen (pro: Pflgt., Patient, Taxipt., gefahrte Km, Fahrt, Kg.Wäsche, Sitzplatz etc.).
Diagnosebezogene Fallkostenträgerrechnung	X	X	X	X	X	X	X	X	KORAS plus, Patienterabrechnung, ICD 10-Code	Dient dem Arzt zur Orientierung. Veränderungen pro Fall ersichtlich mit Aufenthaltsdauer, variablen Kosten, Anzahl Labor und Röntgen etc.. Nachkalkulations-System und Möglichkeit eines transparenten Preisvergleiches unter den Spitätern.
Integrierte Budgetierungs-Simulationen	X	X	X	X	X	X	X	X	Win BUFLA, Ertragsanalysen, Team-Info-Stellenbe-rechnung	Dient der Budgetierungs-Simulation. Die Ertragsanalyse wird auch als Instrument für die monatlichen Abgrenzungen benutzt.

## 10. Literaturverzeichnis

- Biehal F., Lean Service, Paul Haupt Verlag, Bern, 1994
- Bieneck B., Der ganzheitliche Mensch und das ganzheitliche Unternehmensmodell, US Plus das visionäre Seminar SHV, Ganzheitlich führen in Hotellerie und Touristik, Zürich, 1991
- Blanchard K./Zigarmi P., Der 1-Minuten-Manager, Rowohlt Verlag, Hamburg, 1986
- Capra F., Wendezeit, Scherz Verlag, Bern, 1982
- Clark R.W., Albert Einstein. Leben und Werk, Bechtle Verlag, München, 1974
- Deyhle A., Controller Praxis, Management Service Verlag, Gauting/München, 1994
- Epple M., Modernes Prozeßmanagement, AT&T Unternehmensführungsseminar »Den europäischen Wirtschaftsbedingungen durch Qualitätsmanagement genügen«, Zürich, 1994
- Friebe M., Omega Training, Oesch Verlag, Zürich, 1987
- Güntert B.J., Krankenhausmanagement ist gefragt – aber wo sind die Krankenhausmanager? Überarbeitetes Referat Frankfurter Gespräche für Krankenhausökonomie vom 18. Mai 1995 in Frankfurt a. M.
- Horváth & Partner, Das Controlling-Konzept, Verlag C. H. Beck, München, 1988
- Malik F., Strategie des Managements komplexer Systeme, Paul Haupt Verlag, Bern, 1989
- Mann R., Das ganzheitliche Unternehmen, Scherz Verlag, Bern, 1988
- Mann R./Mayer E., Controlling für Einsteiger, Rudolf Haufe Verlag, Freiburg, 1987
- Rivar H., Voraussetzungen und Ziele des Controllings, Schweizer Spital 4/1993, S. 7-14, VESKA-Generalsekretariat, Aarau
- Rivar H., Kennzahlen, lebendiger Unternehmensimpuls?, Schweizer Spital 9/1993, S. 21-28, VESKA-Generalsekretariat, Aarau
- Rivar H., Marketingpolitik heißt vorgelebte Unternehmenskultur umsetzen, Schweizer Spital 12/1993, S. 7-14, VESKA-Generalsekretariat, Aarau
- Ulrich H./Probst G.J.B., Anleitung zum ganzheitlichen Denken und Handeln, Paul Haupt Verlag, Bern, 1991
- Vester F., Unsere Welt – ein vernetztes System, Verlag Klett-Cotta, Zug, 1983
- von Cube F., Was ist Kybernetik, Carl Schünemann Verlag, Bremen, 1967