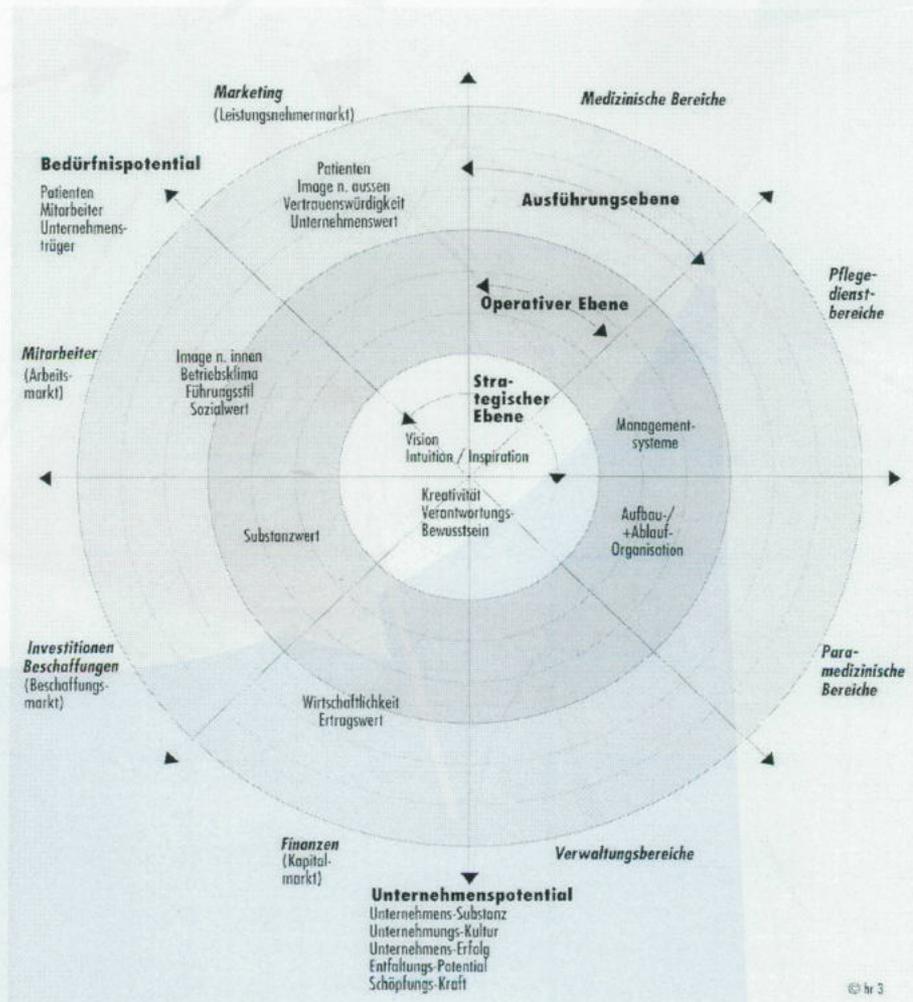


Ganzheitlich vernetztes Controlling im Krankenhaus



VESKA-Informatiktagung 1996
Controlling im Krankenhaus

GANZHEITLICH VERNETZTES CONTROLLING IM KRANKENHAUS

Das Controlling im Krankenhaus ist ein ganzheitliches vernetztes Regelkreissystem¹, 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 Spital² 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.

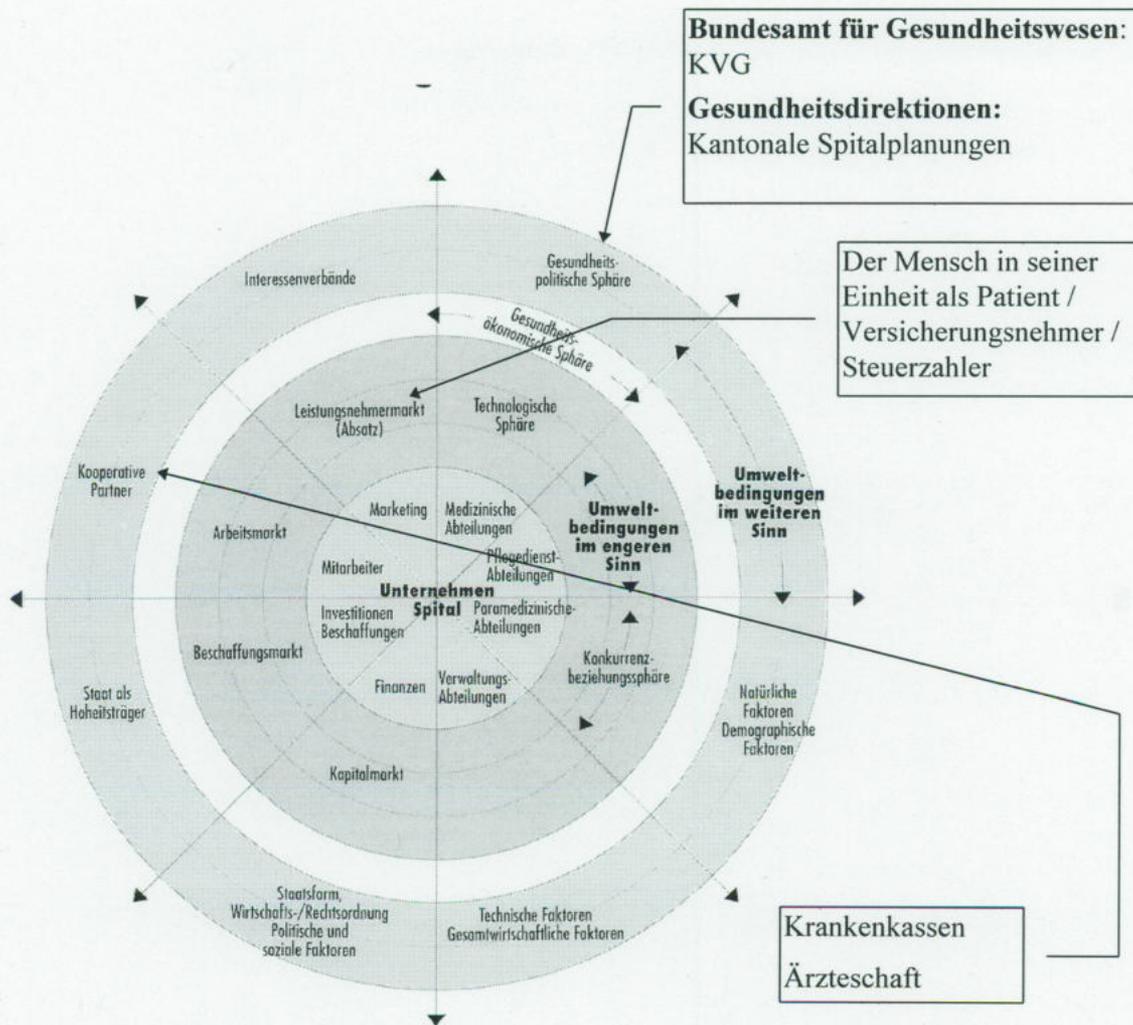
Aber welche Daten soll man vergleichen? Was für Kennzahlen und in welchem Umfang soll man sie den Zielgruppen des Unternehmens unterbreiten, und was soll damit erreicht werden? Welche Investitionen braucht es für die Erfassung und Verarbeitung von Daten? Diese Fragen müssen wir uns immer wieder stellen, 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.

DAS KRANKENHAUS IN SEINER WECHSELBEZIEHUNG ZU SEINER UMWELT

Die Umsetzung des neuen KVG ist im Begriff, das Umfeld der heutigen Spitallandschaft völlig auf den Kopf zu 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 Spitälern.

¹ Rivar / Mit Controlling Kosten besser im Griff? Schweizer Spital 4/1993

² Rivar / Kennzahlen: Am Puls des Spitals. Schweizer Spital 9/1993



© lr 2

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.

Wenn uns die berechtigten Bedürfnisse der Bevölkerung wirklich am Herzen liegen, dann können wir uns unlösbare Ziel- und Interessenskonflikte zwischen Bund, den kantonalen Gesundheitsdirektionen, Krankenversicherungen, Ärzten und Spitalern kaum mehr leisten.

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

Der wesentliche Beitrag des Controllings im Krankenhaus besteht darin, auf mögliche Auswirkungen von **zukünftigen Entwicklungen** in der gesundheitspolitischen und -ökonomischen Sphäre, aber auch auf schleichende Entwicklungen und Tendenzen innerhalb des Betriebes (positiver oder negativer Art), frühzeitig aufmerksam zu machen. Die dazu benötigten Führungs- und Steuerungsinstrumente sollen den Führungskräften als Navigations- und Entscheidungshilfen dienen.

DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE UND -ÖKONOMISCHE SPHÄRE IM UMBRUCH

Kantonale Spitalplanungen

Die Integration der Privatspitäler in die kantonalen Spitalplanungen, mit der damit verbundenen Aufnahme der Spitäler in die Spitallisten, werden zu einer Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den privaten und öffentlichen Spitalern - aber auch zwischen den öffentlichen Spitalern selber - führen. Unter dem anhaltenden Druck der Verknappung von Finanzressourcen der öffentlichen Hand und der Krankenkassen, ist es ausserdem durchaus denkbar, dass sich Gesundheitsdirektionen 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 Einsicht, dass folgende, sich bereits jetzt abzeichnende Tendenzen, konsequent weiterentwickelt werden müssen:

- **Überregionale Spitalplanung**

Den Übergang von der kantonalen- zu einer überregionalen- Spitalplanung.

- **Leistungsgerechtere Direktfinanzierungen**

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

Kooperative Partner

Krankenkassen

Mit dem Wegfall der Pro Kopf-Subventionen von Bund und Kantonen und der damit geschaffenen Transparenz bei den Grundversicherungsprämien, werden die Kranken-

kassen gezwungen, kostendeckende Prämien zu konkurrenzfähigen Konditionen auf dem Markt anzubieten. Die für die Versicherten erleichterte Möglichkeit einer freien Krankenkassenauswahl, wird den Konkurrenzkampf unter den Mega-Kassen noch erheblich verschärfen.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Zusatzversicherungen ab 1997 den rauen Gepflogenheiten des Privatversicherungsrechtes ausgesetzt werden, was unter Umständen zu einem völligen Zusammenbruch des Marktes für Halbprivat- und Privatversicherungen führen könnte. Die damit verbundenen negativen Auswirkungen würden die Ärzte und die Spitäler in den nächsten fünf Jahren voll zu spüren bekommen.

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

- **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 Preispolitik³.

- ↗ Kostentransparenz unter den Spitälern durch diagnosebezogene Fallpauschalen.

- **Einfachere und betriebswirtschaftlich nachvollziehbare Tarif- und Abrechnungsverfahren zwischen Krankenkassen, Ärzten, medizinischen Instituten und Krankenhäuser**

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, konnte sich bis jetzt nur das subventionierte Gesundheitswesen „leisten“. Zur Sicherung der Finanzierung von medizinischen Primärleistungen (Patienten-behandlung und -betreuung) wird das Lean- und Qualitäts-Management bei den Krankenkassen und in den Spitälern zusehens an Bedeutung gewinnen. Ein kompliziertes Tarif- und Abrechnungsverfahren mit den damit verbundenen aussergewöhnlich hohen EDV-Kosten im Patientenabrechnungsbereich können sich Tertiärbereiche, wie die Administration, langfristig gar nicht mehr länger leisten.

³ Rivar / Marketing im Spitalmarkt. Schweizer Spital 12/1993

Die im neuen KVG vorgesehene gesamtschweizerische Vereinheitlichung der Tarife (SUVA/KSK/ FMH/ VESKA) ist ein erster Schritt zur Vereinfachung der verworrenen Tarifsituation.

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. Der Zusammenschluss der massgebenden EDV-Anbieter im Gesundheitswesen mit der SUVA, KSK, FMH und der VESKA in einem Pool dürfte nur noch eine Frage der Zeit sein. Das Zielsetzungen dieses Pools seien hier kurz festgehalten:

1. Der kleine Schweizer Absatzmarkt soll nicht mehr zu höheren Kosten für die Entwicklung neuer Spitalsoftware führen.
 2. Die Schaffung eines allgemeinen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Behandlungsstandarts für diagnosebezogene Abrechnungen und - Fallkostenträgerrechnungen, soll zur Kompatibilität der EDV-Systeme - auch im Hinblick auf den Elektronischen Datentransfer zwischen Leistungsanbieter und Kostenträgern sowie zum 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, Röntgeninstitute, Spitälern, SUVA, Krankenkassen und Versicherungen, wird zur Vereinfachung von administrativen und kostenintensiven Abläufen führen. Die Chancen den hohen Anforderungen der Qualitätssicherung, einer falladäquaten, und tarifgerechten Abrechnung sowie eines effektiven und effizienten Kostenmanagements, entsprechen zu können, verbessern sich damit zusehens.

Ärztenschaft

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 Rönt-

genleistungen 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 Chefärzte 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.

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 seien in der folgenden Matrix (nach Vester und Geschka/Hammer) im Detail festgehalten:

Umweltfaktoren	Spitalplanung		Krankenkassen				Ärzteschaft			Zeilensumme Beeinflussbarkeit der strategischen Erfolgsfaktoren
	Überregionale Spitalplanung	Leistungsgerechte Direktfinanzierungen	Privatversicherungsgesellschaften	Zusatzversicherungen	Sonderversicherungsmodelle	Tarif- und Abrechnungsverfahren	Elektronischer Datentransfer EDI Koordination via Vernetzung	Zeitenschädigung Konzentration auf das Kerngeschäft	Führung und Management	
MARKETINGPOLITIK										
Hohe Qualität aus der Sicht des Patienten (PatientIn 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
MITARBEITERPOLITIK										
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
BESCHAFFUNGSMARKTPOLITIK										
Ausgewogene Investmenttätigkeit	0	0	0	2	2	0	2	0	2	8
FINANZPOLITIK / CONTROLLING										
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
Spaltensumme Einflussstärke der Umweltfaktoren	8	5	11	18	18	5	11	8	18	

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 strategischen 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

Die fünf wesentlichsten Umweltfaktoren der Spitäler

Führung und Management

Der Erfolg von Spitätern - und wie in allen anderen Unternehmen auch - steht und fällt mit der Qualität des Managements und der Führung auf allen Ebenen. Auf eindruckliche 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 bewusst macht, dass sich das Spitalmanagement mehrheitlich auf der Verstandesebene, und die Ärzteschaft sich eher auf der Gefühls-ebene bewegt. Die Förderung des ganzheitlichen-Managements⁴ könnte zur Verständigung dieser zwei unterschiedlichen Ebenen beitragen.

Zusatz- und Sonderversicherungsmodelle

In der Produktegestaltung wird vorallem von den Krankenkassen, wie auch von den Spitätern, 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 ans 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 medizinische Versorgung) bescheinigen, und welche sich ausserdem auf ein transparentes Zahlenmaterial abstützen können, werden von den Mega-Krankenversicherungen eher als gleichwertige (Verhandlungs-) Partner akzeptiert werden.

⁴ Rivar / Ganzheitliches Management: Vision oder Illusion? (Anhang 1)

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

Wie wir aus der Umwelt-Einflussmatrix entnehmen, wird der Faktor Qualität zum bestimmenden Element der Spitalpolitik. Ein differenziertes Patientenbefragungssystem⁵, welches im Minimum die oben aufgeführten Kriterien beinhaltet, gehört zum zukünftigen Standart eines jeden Controllinginstrumentariums.

Konkurrenzfähige Preispolitik

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

Hoher Belegungs- und Auslastungsgrad

Eine optimale abgestimmte Betten- und OPS-Planung, ein tadelloses Image des Spitalles, basierend auf einer guten Öffentlichkeitsarbeit⁶, 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 Spitalles stark beeinflussen können.

Niedrige und transparente Kostenstruktur

Ein gut ausgebautes Controllingsystem mit einem monatlichen Berichtswesen, verankert in einer flexiblen, prozessorientierten dezentralen, und kybernetisch-vernetzten Organisationsstruktur⁷, mit klar abgegrenzten Verantwortungs- und Kompetenzbereiche für Kostenstellen- und Kostenträgerleiter, sind die Grundvoraussetzungen zur Gestaltung einer wettbewerbskonformen Kostenstruktur.

⁵ Rivar / Kennzahlen: Am Puls des Spitals. Schweizer Spital 9/1993

⁶ Rivar / Marketing im Spitalmarkt. Schweizer Spital 12/1993

⁷ Rivar / Mit Controlling Kosten besser im Griff? Schweizer Spital 4/1993

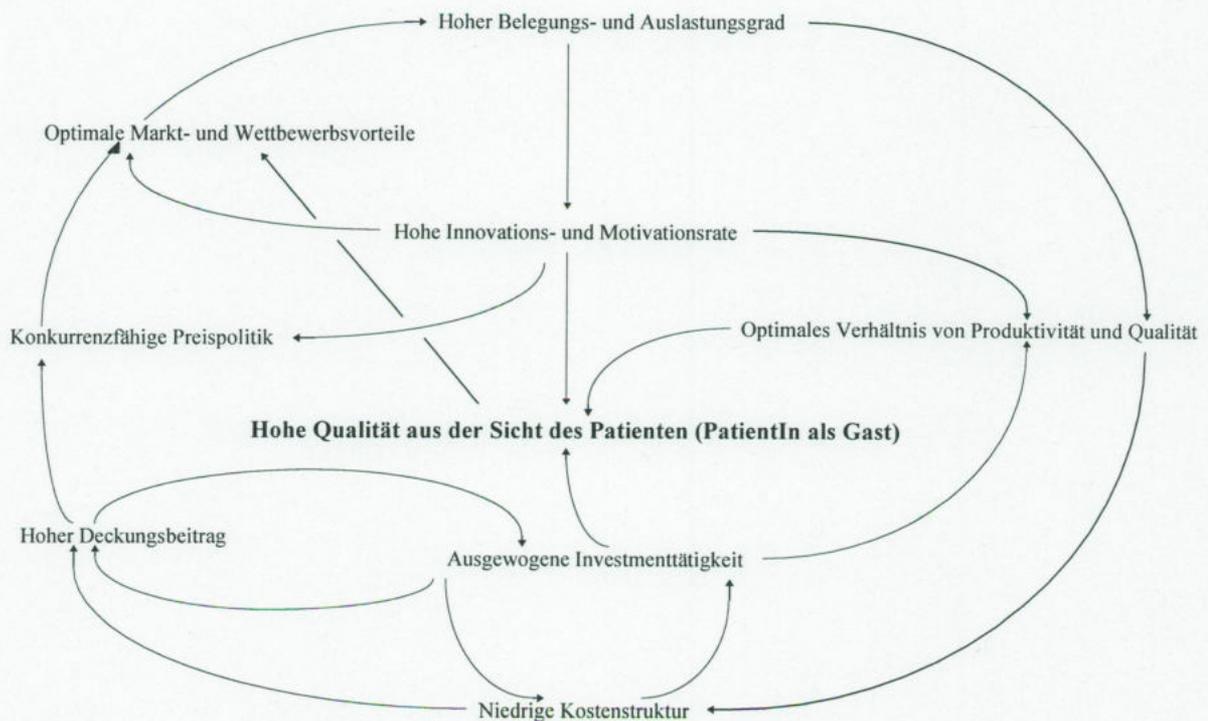
Hoher Deckungsbeitrag

Zur Gestaltung einer saisonalen Preispolitik mit Krankenkassen-Kontingentsvereinbarungen, ist eine Deckungsbeitrags-Kostenstellenrechnung mit variabel- und fix auf-gegliederten Kosten sehr hilfreich; vorallem für die Kalkulation eines angemessenen Deckungsbeitrages an die Fix-Kosten. Ausserdem wird bei den Kostenstellen- und Kostenträgerleitern das unternehmerische Denken gefördert.

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 seien 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 ebenso 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.

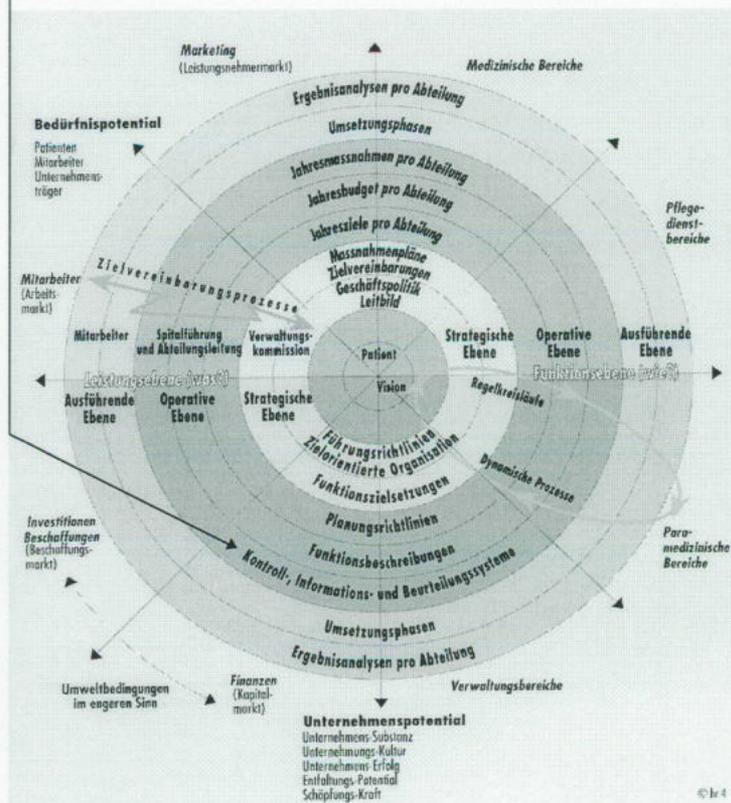
Aus diesem Netzwerk wird also erkenntlich, wie strategische Erfolgspotentiale mit einer niederen Zeilensumme

- 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.

DAS FÜHRUNGS- UND STEUERUNGSSYSTEM STRATEGISCHER ERFOLGSFAKTOREN

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



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

Beim Aufbau eines Controlling-systems müssen die vernetzten Wirkungsläufe der strategischen Erfolgsfaktoren in die Überlegungen mit einbezogen werden.

Auf folgende Fragen muss ein optimales Controllingssystem 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 ?

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 Controllinginstrumente 0= keine Aussagekraft 1= geringe Aussagekraft 2= hohe Aussagekraft	Marketingpolitik		Mitarbeiterpolitik		Finanzpolitik			Zeitsumme Aussagekraft der Controllinginstrumente		
	Hohe Qualität aus der Sicht des Patienten	Optimale Markt- und Wettbewerbsvorteile	Konkurrenzfähige Preispolitik	Hoher Belegungs- und Auslastungsgrad	Verhältnis von Produktivität und Qualität	Hohe Innovations- und Motivationsrate	Beschaffungsmarktpolitik Ausgewogene Investitionspolitik		Niedrige und transparente Kostenstruktur	Hoher Deckungsbeitrag
MARKETING 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
MITARBEITER Pflegekategorisierung/Pflegeintensität/Pflegenachfrage in Stellen	0	1	0	1	2	2	0	1	1	8
Team-Information/Planungs- und Produktivitätsübersicht	0	2	0	2	2	2	0	2	2	12
MitarbeiterInnen-Förderungssystem (Mitarbeiter-Qualifikation)	0	0	0	0	2	2	0	0	0	4
Wöchentl. Bettenbelegungs- und Mitarbeiter Forecast-Planung PEFOCA	0	0	0	2	2	2	0	1	1	10
BESCHAFFUNGEN UND INVESTITIONEN Investitionsplanung	0	0	0	0	0	1	2	2	2	7
FINANZEN / CONTROLLING Kennzahlensysteme (Patienten, Pflegeetage, Ø Aufenthaltsd., Ertragsanalysen)	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
Diagnosebezogene Fallkostenträgerrechnung	0	2	2	2	2	1	2	2	2	15
Integrierte Budgetierungs-Simulationen	0	2	2	2	2	1	2	2	2	15
Spaltensumme Bezugsstärke 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, vorallem aber im 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 Konsultation 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.

Die zentrale Bedeutung des Controllinginstrumentes KORAS plus

Die Ausgangslage der Profitcenter- Leistungs- und Kostenstellenrechnung (KORAS plus) bildet die VESKA- Kostenstellenrechnung. Um sie aber 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. Für Umlagen und die Neutralisation von KORAS plus-spezifischen Definitionen kann ein Kostenstellenleiter nicht mehr verantwortlich gemacht werden, da diese Daten ausserhalb seines Einflussbereiches liegen. Mit dem Abteilungsergebnis 3 ist KORAS plus wieder mit der VESKA-Kostenstellenrechnung vergleichbar.
- 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. Zum Beispiel können die einzelnen Abteilungen Chirurgie, OPS und die Anästhesie zu einer einzigen Abteilung (Kst.-Nr. 1450) zusammengefasst werden. Als zusätzlichen Nebeneffekt erhalten wir auf diese Weise chirurgische Fall-Daten pro Patient und Pfllegetag.
- KORAS plus beinhaltet Budget- und Vorjahresvergleiche und die Kosten sind in variable und fixe aufgeschlüsselt.
- Leistungserbringende Abteilungen im Sekundär- und Tertiär-Bereich können als Profit-Center Abteilung konzipiert werden, welche Leistungen intern an die auftraggebenden Abteilungen des Primär-Bereiches „weiterverkaufen“. Das heisst, verrechen- und nicht verrechenbare Leistungen werden der Küche, Wäscherei, Apotheke sowie sämtlichen medizin-technischen-Betrieben als Ertrag zugerechnet und bei den eigentlichen Kostenträgern (Abteilungen des Primär-Bereiches, wo die Endumlage erfolgt), als intern verrechnete variablen Kosten ausgewiesen.
- Durch die vollständige Leistungserfassung (verrechenbare und nicht verrechenbare Erträge) werden aussagekräftige Deckungsbeiträge pro Abteilung ermöglicht.
- KORAS plus zeigt auf, welche Daten direkt von der FIBU, und welche aus der BEBU in die entsprechenden Abteilungen fliessen. Damit wird das Ergebnis nach FIBU, und nach BEBU auf einen Blick ersichtlich und transparent gemacht.
- 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.

FÜHRUNGS- UND STEUERUNGSMÖGLICHKEITEN VON KORAS plus IN DER VERNETZUNG MIT DEN VERSCHIEDENSTEN CONTROLLING- INSTRUMENTEN

Die einzelnen Arbeitsschritte des Controlling-Verantwortlichen nach den Abschlussarbeiten 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 Rückkopplungen 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. 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, Deckungsbeiträgen 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

Abrechnungsperiode: Dezember 1995					Bezeichnung	Kumulativ: Januar bis Dezember 1995				
Effektiv	% Ant.	Budget	% Ant.	Abw.		Effektiv	% Ant.	Budget	% Ant.	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
275'781	100.0	192'057	100.0	83'724	Total Erträge	2'753'953	100.0	2'261'043	100.0	492'910
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
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	Fix-Kosten 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
-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
-142'261	-51.6	-160'968	-83.8	18'707	Abteilungsergebnis 3	-1'741'138	-63.2	-1'803'630	-79.8	62'492

Abrechnungsperiode: Dezember 1995					Bezeichnung	Kumulativ: Januar bis Dezember 1995				
Effektiv	% Ant.	Budget	% Ant.	Abw.		Effektiv	% Ant.	Budget	% Ant.	Abw.
400		292		108	Kennzahlen					
					Pflege tage	4'145		3'450		695
564.83		495.42		69.41	Erträge verrechenbar / Pftg.	528.43		493.63		34.80
124.62		162.31		-37.69	Erträge nicht verrechenbar / Pftg.	135.97		161.75		-25.78
250.76		196.93		53.83	Variable Kosten / Pftg.	211.60		202.02		9.58
438.69		460.80		-22.11	Ergebnis 1 / Pftg.	452.80		453.35		-0.55
233.62		368.66		-135.05	Fix Kosten / Pftg.	348.52		375.13		-26.61
205.07		92.14		112.94	Ergebnis 2 / Pftg.	104.28		78.22		26.06
571.40		600.48		-29.08	Umlagen / Pftg.	509.94		566.52		-56.58
-355.65		-551.26		195.61	Abteilungsergebnis 3 / Pftg.	-420.06		-522.79		102.73
82		63		19	Patienten	852		750		102
2'755.28		2'296.24		459.04	Erträge verrechenbar / Pat.	2'570.84		2'270.69		300.15
607.90		752.29		-144.38	Erträge nicht verrechenbar / Pat.	661.50		744.04		-82.53
1'223.23		912.75		310.49	Variable Kosten / Pat.	1'029.45		929.31		100.14
2'139.95		2'135.78		4.17	Ergebnis 1 / Pat.	2'202.89		2'085.41		117.48
1'139.60		1'708.73		-569.13	Fix Kosten / Pat.	1'695.54		1'725.58		-30.04
1'000.35		427.05		573.31	Ergebnis 2 / Pat.	507.35		359.83		147.51
2'787.32		2'783.16		4.16	Umlagen / Pat.	2'480.87		2'605.97		-125.10
-1'734.89		-2'555.05		820.16	Abteilungsergebnis 3 / Pat.	-2'043.59		-2'404.84		361.25

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 Pfl egetag 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 Pfl egetagen und 102 Patienten scheint der Ertragsüberschuss klar zu sein.

Beim genaueren hinschauen jedoch bemerkt er, dass auch die verrechenbaren Erträge pro Pfl egetag (+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 Pfl egetaxen pro Tag als budgetiert
4. Höhere durchschnittliche Aufenthaltsdauer als budgetiert

Zusätzlich möchte der Controller herausfinden, ob der enorme Anstieg der Patientenzahl auf die, während den Zielvereinbarungsprozessen 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, Pfl egetage, Patientenstruktur etc.)
2. Austrittsdiagnosen
3. Ertrags- und Tarifstrukturanalysen
4. Marktanteils-Statistik
5. Telefonisches Patienten-Befragungssystem TEPAKOM

1. Belegungskennzahlen

Neben der Ertrags- und Tarifstrukturanalysen tragen die Budgetvergleiche von Pfl egetagen wesentlich zum Verständnis von Ertragsabweichungen im KORAS plus bei. Die Analyse der Belegungskennzahlen, will folgende Fragen beantworten:

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

Die monatliche Pflageübersicht, 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		
	Pflegetage			Pflegetage			Pflegetage		
	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	
			1.0				2'381	47.2	1.0
								100.0	
Budget			-2.7				2'295	47.4	-2.7
								100.0	
Total Pflage	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 Pflage 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 kleinerer Aufenthaltsdauer bei den Säuglingen, die höhere Aufenthaltsdauer in der Gynäkologie zu einem plus von Fr. 16.05 Ertrag pro Pflage und Fr. 78.10 pro Patient geführt hat.

Bettenbelegung:

Nach Veska	Total 98 Betten			Gynäkologie 5 Betten			Geburtshilfe 8 Betten			Säuglinge 8 Betten		
	Pfktg. 100%	Pfktg. Tg./Pat.	% Beleg. % Veränd.	Pfktg. 100%	Pfktg. Tg./Pat.	% Beleg. % Veränd.	Pfktg. 100%	Pfktg. Tg./Pat.	% Beleg. % Veränd.	Pfktg. 100%	Pfktg. Tg./Pat.	% Beleg. % Veränd.
Bettenbelegung	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
Aufenthaltsdauer	10.6			6.2			8.5			7.6		
Vorjahr	10.5			5.4			8.4			7.7		
Budget	11.2			5.0			8.5			8.5		
Patienten	2'761			209			334			309		
Vorjahr	2'883			172			319			309		
Budget	2'630			180			300			270		

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 wurde als budgetiert, bewirkt die Zunahme des Geburten-Anteils von 21 %, dass sich die ø 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 Leistungen pro Austrittsdiagnose	Anzahl	% Anteil		Veränderung		Ø Aufenthaltsdauer		Behandlungsleist./Pftg.		Behandlungsleist. / Fall					
		1995	Budget	Vorjahr	Vorjahr	Budget	Vorjahr	Fr.	Veränderung	Fr.	Veränderung				
Hysterektomie abdominal	15	1.8	3.7	2.5	-1.9	-0.8	13.1	-0.1	1.9	398	21	-38	5'203	252	314
Hysterektomie vaginal	12	1.4	2.4	1.7	-1.0	-0.2	14.0	0.1	1.4	375	-6	46	5'250	-48	1'094
Curettag	139	16.3	12.9	11.5	3.5	4.8	3.5	1.4	-0.3	394	-259	81	1'379	6	192
Laparoskopie	14	1.6	3.2	2.0	-1.5	-0.4	3.7	0.3	-0.2	624	-59	202	2'317	-16	655
Laparotomie	6	0.7	1.6	0.9	-0.9	-0.2	11.3	0.0	1.2	260	0	-47	2'945	0	-167
Konisation	2	0.2	0.3	0.5	0.0	-0.3	6.0	-1.0	-0.8	292	211	209	1'750	1'185	1'193
Mamma-Operation	5	0.6	1.3	0.8	-0.7	-0.2	8.4	0.0	1.7	506	0	160	4'253	0	1'947
Kleiner Eingriff Vulva	6	0.7	1.3	0.6	-0.6	0.1	3.8	-0.2	-0.2	452	3	-68	1'655	-60	-343
Konservative Behandlung	10	1.2	2.4	1.1	-1.2	0.0	4.5	0.1	-0.5	102	-6	15	460	-20	24
Geburt	396	46.5	25.5	29.6	21.0	16.9	8.1	-0.4	-0.1	241	3	-22	1'949	-57	-207
Sectio caesarea	70	8.2	6.3	7.5	1.9	0.8	11.7	-0.1	0.9	304	11	-1	3'559	102	258
Mastitis puerperalis	5	0.6	1.3	0.5	-0.7	0.1	5.4	0.0	1.4	122	0	-32	658	0	43
Neonata / Neonatus	161	18.9	35.4	38.6	-16.5	-19.7	7.8	-0.5	0.3	54	7	6	424	29	58
Schwangerschaftskomplikation.	7	0.8	1.6	1.1	-0.8	-0.3	12.6	1.7	7.9	93	-3	-38	1'169	132	558
Schwangerschaftsbeschwerden	4	0.5	1.1	0.9	-0.6	-0.4	4.3	0.0	2.1	90	0	-207	384	0	-253
Total	852	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	7.6	-0.1	0.1	234	30	38	1'789	197	317

Januar - Dezember 1995 Leistungen pro Austrittsdiagnose	Medikamente / Pftg.			Medikamente / Fall			Anzahl Röntgen / Fall			Anzahl Labor / Fall			Anzahl Physio / Fall		
	Fr.	Veränderung	Budget	Fr.	Veränderung	Budget	Fr.	Veränderung	Budget	Fr.	Veränderung	Budget	Fr.	Veränderung	Budget
Hysterektomie abdominal	25	0	-4	325	4	0	0.7	0.0	0.2	24.5	-0.2	3.4	3.9	-2.5	-0.3
Hysterektomie vaginal	33	7	-3	456	108	6	1.7	0.0	0.3	32.5	-1.6	0.5	2.9	-6.5	-0.8
Curettag	18	-12	-11	64	1	-46	0.2	0.0	-0.1	9.9	-0.4	-1.4	0.0	0.0	-0.2
Laparoskopie	25	0	-11	94	8	-49	0.1	0.0	-0.1	10.5	-0.3	-2.7	0.3	0.0	-0.3
Laparotomie	18	0	-17	203	0	-155	0.5	0.0	-0.4	21.3	0.0	-7.0	2.5	-7.5	0.8
Konisation	12	12	-30	72	72	-214	0.5	-0.5	0.5	8.0	4.0	-7.5	0.0	0.0	0.0
Mamma-Operation	25	0	5	209	0	76	0.6	0.0	-1.6	18.2	0.0	-5.3	2.8	0.0	-0.7
Kleiner Eingriff Vulva	30	2	-6	114	5	-29	0.3	-0.1	-0.1	9.3	-0.3	-2.1	0.0	0.0	-0.8
Konservative Behandlung	4	-1	-13	19	-2	-67	0.6	-0.1	0.4	6.5	-0.7	-4.8	0.4	0.0	-2.2
Geburt	19	-2	-7	156	-24	-59	0.0	0.0	0.0	6.8	0.6	-0.8	5.1	-0.6	-0.1
Sectio caesarea	33	-5	-16	383	-63	-147	0.0	0.0	0.0	18.0	-1.0	0.4	7.1	-1.2	-0.2
Mastitis puerperalis	39	0	-43	211	0	-115	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-1.8	6.8	-0.6	0.3
Neonata / Neonatus	4	0	0	34	1	0	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	-1.7	0.2	0.1	0.1
Schwangerschaftskomplikation.	11	-1	-8	134	12	46	0.7	0.0	0.5	13.1	-2.4	4.3	0.0	0.0	0.0
Schwangerschaftsbeschwerden	13	0	4	54	0	35	0.3	0.0	0.1	5.5	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0
Total	18	2	-3	141	11	-17	0.1	-0.1	0.0	10.0	-1.3	-2.0	3.2	0.4	0.7

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 vorallem die Kennzahlen Behandlungsleistungen pro Fall, Medikamente pro Pflgetag 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 OPS-Steuer auf Zeittarif.
 - Überproportionale Steigerungen der Geburten (sehr hohe Wertschöpfung infolge der separat verrechenbaren Säuglingsteuern) im Vergleich zu den übrigen Behandlungen.

3. Ertrags- und Tarifstrukturanalyse

Die nachfolgende Matrix dient der Analyse der Pflgetaxen- 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 Pflgetaxen

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

1. Wie ist das Verhältnis der prozentualen Gewichtung der Pflgetage zu den Erträgen?
2. Was sind die Auswirkungen der verschiedenen Gewichtungen auf die $\bar{\sigma}$ Erträge pro Pflgetag 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 Pflgetaxen zurückzuführen. Im Gegenteil, ein Vergleich mit der Budget-Analyse zeigt, dass viel weniger verrechnet werden konnte; bei den allgemeinen Pflgetaxen Fr. 7.-- / PFTG. und bei den HP.+ Privatsteuern Fr. 2.-- / PFTG..

Nur der höhere %-Anteil der Halbprivat- und Privatpatienten bewirkte, dass die $\bar{\sigma}$ Pflgetaxen 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				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
Total Allgemein	599	77.8	154'985	259.00	1'140			263.00
100%		34.4						
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
Total Halbprivat + Privat	171	22.2	73'712	431.00	334	12.2	143'811	431.00
100%		33.9				66.1		
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
Total Pflorgetaxen	770	100.0	228'697	297.00	2'740	100.0	655'871	239.00
100%		21.9				78.1		
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 Pflorgetaxen. Der höhere HP.+ Privatanteil neutralisiert die effektiv tiefer angesetzten Taxen.

Effektiv erzielte Pflegetage (Quelle: Bettenbelegungsstatistik)

Fakturierte Pflegetage und Erträge

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

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

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												
Muster i. M.	543	71.0	-10.6	491	66.1	-10.6	346	58.2	-56.9	438	66.5	-24.0	471	71.9	-15.3
% Anteil		25.0			23.3			18.2			22.7			24.4	
Öffentliches Spital 1	29	3.8	-61.1	18	2.4	-61.1	32	5.4	9.4	40	6.1	27.5	25	3.8	-16.0
% Anteil		5.2			3.0			6.0			6.8			5.1	
Öffentliches Spital 2	85	11.1	8.6	93	12.5	8.6	70	11.8	-21.4	8	1.2	-962.5	3	0.5	-2733.3
% Anteil		97.7			98.9			95.9			100.0			60.0	
Öffentliches Spital 3	46	6.0	22.0	59	7.9	22.0	75	12.6	38.7	70	10.6	34.3	75	11.5	38.7
% Anteil		42.6			48.4			58.6			50.0			43.6	
Tot.and. öffentl.Spit.	169	22.1	17.6	205	27.6	17.6	180	30.3	6.1	131	19.9	-29.0	121	18.5	-39.7
% Anteil		34.2			41.5			38.5			29.6			25.6	
Privatspital 1	9	1.2	-50.0	0	0.0	-50.0	0	0.0	-50.0	11	1.7	18.2	8	1.2	-12.5
% Anteil		47.4			0.0			0.0			73.3			57.1	
Privatspital 2	7	0.9	36.4	8	1.1	36.4	8	1.1	36.4	17	2.6	58.8	12	1.8	41.7
% Anteil		12.1			12.1			12.1			23.9			27.3	
Privatspital 3	7	0.9	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	7	1.1	0.0
% Anteil		25.0			26.5			27.5			0.0			29.2	
Total private Spitäler	24	3.1	17.2	29	3.9	17.2	37	6.2	6.2	0	0.0	0.0	38	5.8	36.8
% Anteil		9.2			10.8			12.8			0.0			19.5	
Total Spitalbezirk	765	100.0	-3.0	743	100.0	-3.0	595	100.0	-18.7	1	0.1	-16.8	655	100.0	-16.8
% Anteil		22.0			21.4			18.7			21.2			21.2	
Total Zuwanderung	175	22.9	-15.9	151	20.3	-15.9	109	18.3	-60.6	143	21.7	-22.4	171	26.1	-2.3
% Anteil		40.0			40.1			33.6			41.8			48.2	
Total Abwanderung	222	29.0	11.9	252	33.9	11.9	249	41.8	10.8	221	33.5	-0.5	184	28.1	-20.7
% Anteil		16.9			18.6			19.3			17.7			15.9	
Wanderungssaldo	-47	-6.1	53.5	-101	-13.6	53.5	-140	-23.5	66.4	-78	-11.8	39.7	-13	-2.0	-261.5
% Anteil		5.4			10.3			14.5			8.6			7.6	

Anteil der Gynäkologie und Geburtshilfe am Gesamtbetrieb

Prozentuale Abweichung der absoluten Patientenanzahl. 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 am 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 Spital Musters, 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 Relationsmassnahmen 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-Befragungssystem TEPAKOM möglich sein.

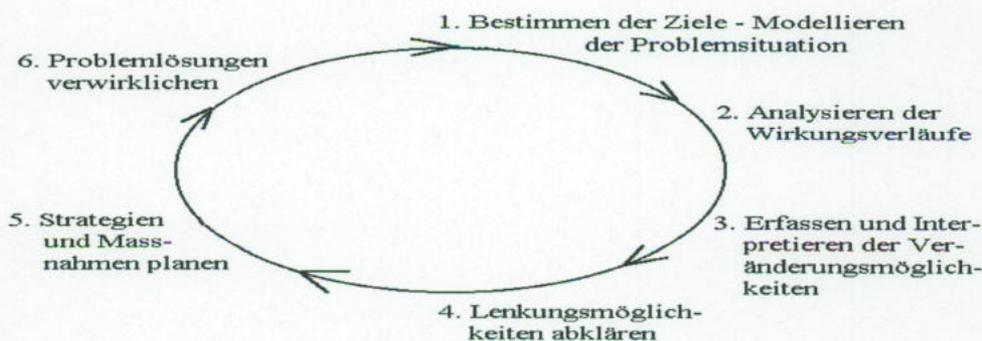
5. Telefonisches Patienten-Befragungssystem TEPAKOM

Im Laufe des Zielvereinbarungsprozesses mit den Abteilungen Gebärsaal, Gynäkologie und Geburtshilfe, des Spitals Muster i. M., 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“. 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 (gemäss dem Schema auf Seite 12) wiederum in einen neuen Zielvereinbarungsprozess einmünden, welcher in der Regel zu neuen operativen- und strategischen Zielsetzungen führt.

Die einzelnen Ziele werden wiederum einem kybernetischen Entscheidungsfindungsprozess nach folgendem St. Galler-Modell von Ulrich/Probst unterworfen:



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. Allgemeindruck vom Spital etc.

- *Pflegedienst*
Zusammenarbeit Aerzte/Pflegedienst. Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen und Aufmerksamkeit.
- *Aerztlicher 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.		AUSWERTUNG PATIENTENFRAGEBOGEN TEPAKOM				1995		-10-
		Bewertung Punkte	1995 %	1994 %	Abw. 1995	1993 %	Abw. 1995	
Allgemeine Aspekte								
Die nächsten Fragen betreffen das allgemeine Umfeld								
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 Renovation 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.

DIE ANALYSE DER VARIABLEN KOSTEN

Abrechnungsperiode: Dezember 1995					Bezeichnung	Kumulativ: Januar bis Dezember 1995				
Effektiv	% Ant.	Budget	% Ant.	Abw.		Effektiv	% Ant.	Budget	% Ant.	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 I	1'876'861	68.2	1'564'059	69.2	312'802
250.76		196.93		53.83	Variable Kosten / Pftg.	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 I / Pftg.	452.80		453.35		-0.55
1'687.27		2'135.78		-448.51	Ergebnis I / 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 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 zulasten 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 I um 1% unter den Budgeterwartungen liegt, so ist erfreulicherweise immer noch ein Plus von Fr. 312'802.-- zu vermelden. Die Veränderung der σ Aufenthaltsdauer führt paradoxerweise dazu, dass das Ergebnis I pro Pflgetag unter dem Budget - und pro Patient über dem Budget zu liegen kommt. Ein weiteres Indiz, welches für fallbezogene Taxen spricht !

DIE ANALYSE DER FIX-KOSTEN

83'153	30.2	96'867	50.4	-13'714	Bestellungen	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	Fix-Kosten 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	Fix Kosten / Pftg.	348.52		375.13		-26.61
898.53		1'708.73		-810.20	Fix Kosten / Pat.	1'695.54		1'725.58		-30.04
205.07		92.14		112.94	Ergebnis 2 / Pftg.	104.28		78.22		26.06
788.74		427.05		361.69	Ergebnis 2 / Pat.	507.35		359.83		147.51

Die Fix-Kosten 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 Fix-Kosten unter dem budgetierten Anteil von 57.2 %. Hier zeigt sich ganz deutlich der Break even-Effekt, wo jeder zusätzliche Patient einen Deckungsbeitrag an die Fix-Kosten 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 vorbezogen wurden. Das erklärt die Überschreitung der übrigen Fix-Kosten 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.

1. Das Team-Informationssystem

Das Team-Informationssystem kann wesentliche Aufschlüsse darüber geben, ob die betroffene Abteilung personell über- oder unterbelastet ist und welche finanzielle 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 Pflegetage und Patientenanzahl 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	NOVEMBER				DEZEMBER				Ø PRO MONAT			
	1995	Veränd. Vormon.	VORJAHR	Veränd. Vorjahr	1995	Veränd. Vormon.	VORJAHR	Veränd. Vorjahr	1995	VORJAHR	Veränd. Vorjahr	
Planungs- und Produktivitäts- Uebersicht der von der Belegung abhängigen Abteilungen	GEBÄRSAAL / GYNÄKOLOGIE / GEBURTSHILFE											
Stellen	17.9	1.0	19.3	-1.4	17.5	-0.4	19.7	-2.2	16.4	16.8	-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	1'050	4'956	219	5'433	5'387	47	
Pflegelage	435	-15	459	-24	549	114	446	103	542	498	44	
Pflegelage 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 Pflegelage)	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	-12.6	
Ferienguthaben (Anz. Tage)		0.0		0.0		0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	
Pflegeintensität												
Pflegenachfrage in Stellen	6.9	-0.8	6.6	0.3	9.5	2.6	6.3	3.2	9.3	7.7	1.6	
Eigenst. Bereich Prozent-Anteil Kat. 1	14.0	6.0	29.4	-15.4	7.1	-6.9	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	6.0	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 Pflegelage 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%) zulasten 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 24-stündige 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 Pflegelagen 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, zulasten der Kategorien 2-4.

2. 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 Pfl egetage, 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- Uebersicht der von der Belegung abhängigen Abteilungen	RECHNUNG			BUDGET				BUDGET				Ø PRO MONAT		
	1995	SIMULATION		1995	SIMULATION		1996	SIMULATION		1996		SIMULATION		
GEBÄRSAAL/GYNAKOLOGIE/GEBURTSHILFE	Veränd.													
Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	Ø pro Monat	
Stellen	16.3	18.4	2.1	14.1	-1.9	15.9	1.8	14.1	0.0	14.7	0.6	15.1	15.7	0.6
Fr. Perskost./Stelle	5'375	5'375	11'266	5'321	-104.0	5'321	9'488	5'375	64.0	5'375	3'448	5'374	5'374	2'928
Pfl egetage Ø pro Monat	542	503	-39	479	-41	584	105	540	61	540	0	520	527	6
Pfl egetage pro Stelle (im Monat)	33.3	27.4	-5.9	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 Pfl egetage)	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	0.51	1.72	-0.08	1.55	1.51	-0.04
Patienten Ø pro Monat	71	64	-7	63	-6	72	9	68	5	68	0	68	69	1
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 Simulation

Auswirkungen der Stellenveränderung auf die Lohnsumme

Ergebnisfelder. Die restlichen 4 Felder sind variable Eingabefelder.

3. 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.

2. Die wöchentliche Bettenbelegungs- und Mitarbeiter Forecast-Planung

Bettenbelegungs-Forecast

JANUAR 1996

Nach Veska	Gesamtbetrieb 98 Betten			Medizin 27 Betten			Chirurgie 40 Betten			Gynäkologie 5 Betten			Geburtshilfe 16 Betten		
	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.	BUDGET	FOREC.	ABW.
Pfl egetage	2'490	3'150	660	846	981	135	971	1'108	137	76	112	36	411	763	352
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
Patienten	228	346	118	53	81	28	106	132	26	15	23	8	48	104	56
Gepl.Tagesbetten		11			1			8			2				

Forecast basierend auf:

Effektiver Belegung:

Hochrechnung:

01.-14. Januar 1996

15.-21. Januar 1996

Extrapoliert auf den Erfahrungswerten der effektiven

Wöchentlich aktualisierte Hochrechnung über die Belegungsentwicklung.

Voraussichtliche Ø Wochenbelegung pro Tag: 15. - 21. Januar 1996			
	Medizin 29	Chirurgie 42	Geburtshilfe 16
Total Betten	29	42	16
Anfangs Bestand	28	32	8
Geplante Eintritte	3	17	0
Voraussichtliche Eintritte	10	25	12
Voraussichtliche Austritte	14	23	6
Vorauss. End-Bestand	24	34	14
Vorauss. Ø Bettenbeleg. in %	98.0	92.2	74.1
Voraussichtliche Pfl egetage	199	171	83

Berechnet sich aus dem Zugriff auf die Ist-Produktivität und der voraussichtlichen Belegung.

PERSONAL FORECAST-PLANUNG PEFOCA

	23.5	20.3	8.8
Vorauss. 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

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.

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 Abteilungsober-schwestern, 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. Vorallem 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 den 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 %:	5x
Abweichungen 05 - 10 %:	4x
Abweichungen 10 - 15 %:	3x
Abweichungen 15 - 20 %:	1x

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.