

## 20 Jahre Controlling im Spital: eine Bilanz

---

Markus Scherer  
Leiter Tarife und Controlling  
Universitätsspital Basel

# Themen

- **Bedeutung von „Controlling“**
- **Vorbemerkungen** 3
- **Die Jahre 1995 bis 2002: Aufbau Controlling Instrumente** 10
- **Die Jahre 2003 bis 2008: Sparen und neu Instrumente** 50
- **Die Jahre ab 2009 bis heute** 50
- **Fazit** 50

# Definition «Controlling»

---

# Controlling

- to control  
«regeln, steuern, lenken (und nicht kontrollieren)» \*
- Controlling  
«Der Prozess der Zielsetzung, Planung und Steuerung, der jeden im Management betrifft.» \*
- Controller  
«Der Controller managt das Controlling.» \*

\* A. Deyhle, G. Radinger, Controller Handbuch, Band I, S. 116

# Vorbemerkungen

---

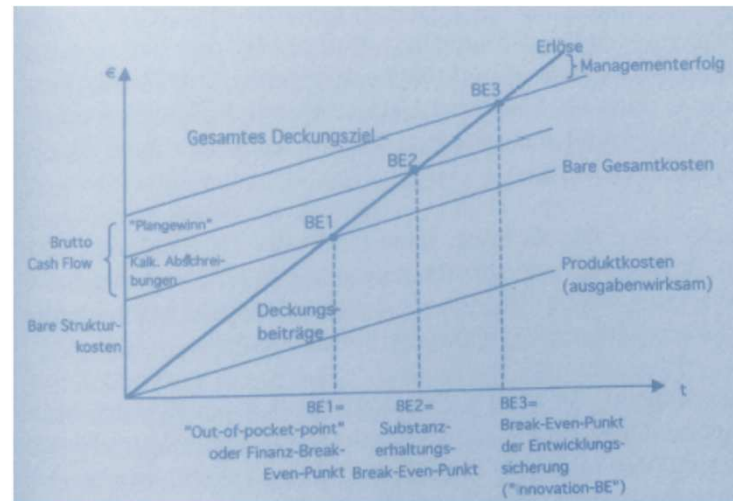
- Regulierter Markt
- Besonderheiten
- Ausgangslage im 1995

# Regulierter Markt

- KVG reguliert das Angebot
  - Leistungskatalog (KLV)
  - Spitalplanung über Mitfinanzierung der Leistungen (stationär)
  - Input-Steuerung bei vielen Spitälern
- KVG reguliert die Vergütung
  - System der Kostenerstattung (Statistischer Hinweis: über 90 mal «Kosten», 15 mal «Preise» im KVG)
  - Tarife müssen durch die kantonalen Regierungen genehmigt werden
  - Asymmetrische Situation Kunde/Patient-Produzent-Finanzierer
- Mehrzahl der Marktteilnehmenden sind Unternehmen mit Non-Profit-Ausrichtung

# Besonderheiten

- Übliche, in der Industrie gebräuchliche Instrumente sind nur bedingt verwendbar (nach Deyhle/Radinger)



- In der Industrie und Dienstleistung einfach zu beantworten: was sind unsere Produkte?
- Im Spital: Eine Dienstleistung? Ein massgeschneidertes Paket von Behandlungsmassnahmen? Der (geheilte bzw. behandelte) Patient? Die Behandlungsepisode? Die Intervention? Die Diagnose? Die Prozedur? Der Pflage-tag? Das Bett?

# Ausgangslage im 1995

- Neues KVG auf 1.1.1996 in Kraft getreten – vorher Kranken- und Unfallversicherungsgesetz KUVG
- Wichtigste Änderungen
  - Obligatorium der Grundversicherung
  - Geschlechtsneutrale und für kleine Einkommen subventionierte Prämien
  - Erleichterter Kassenwechsel
- Spitäler oft Teil der kantonalen Verwaltung
  - Finanzielle Führung über die Erfolgsrechnung
  - Führung mit einigen wenigen Kennzahlen – u.a. Bettenauslastung, Pflage tage, Anzahl Taxpunkte ambulant
  - Kostenrechnung als «Abrechnung» ex post
  - Ergebnisrechnung pro Organisationseinheit: nicht vorhanden
  - Fehlbetragsdeckung durch den Kanton (Ansatz «Vollkasko»)



# Wenige Navigationsinstrumente

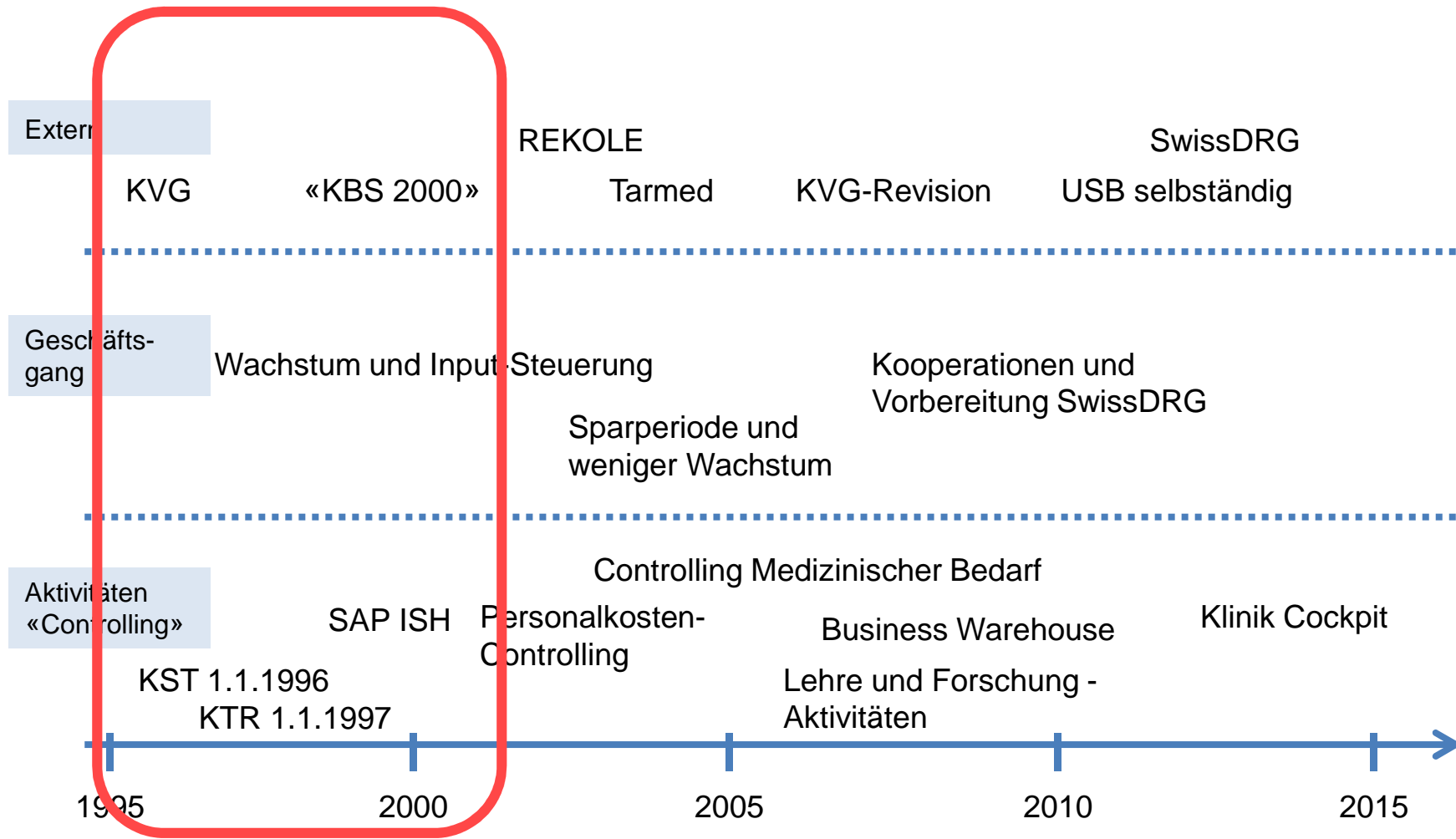


# Die Jahre 1995-2002: Aufbau Controlling

---

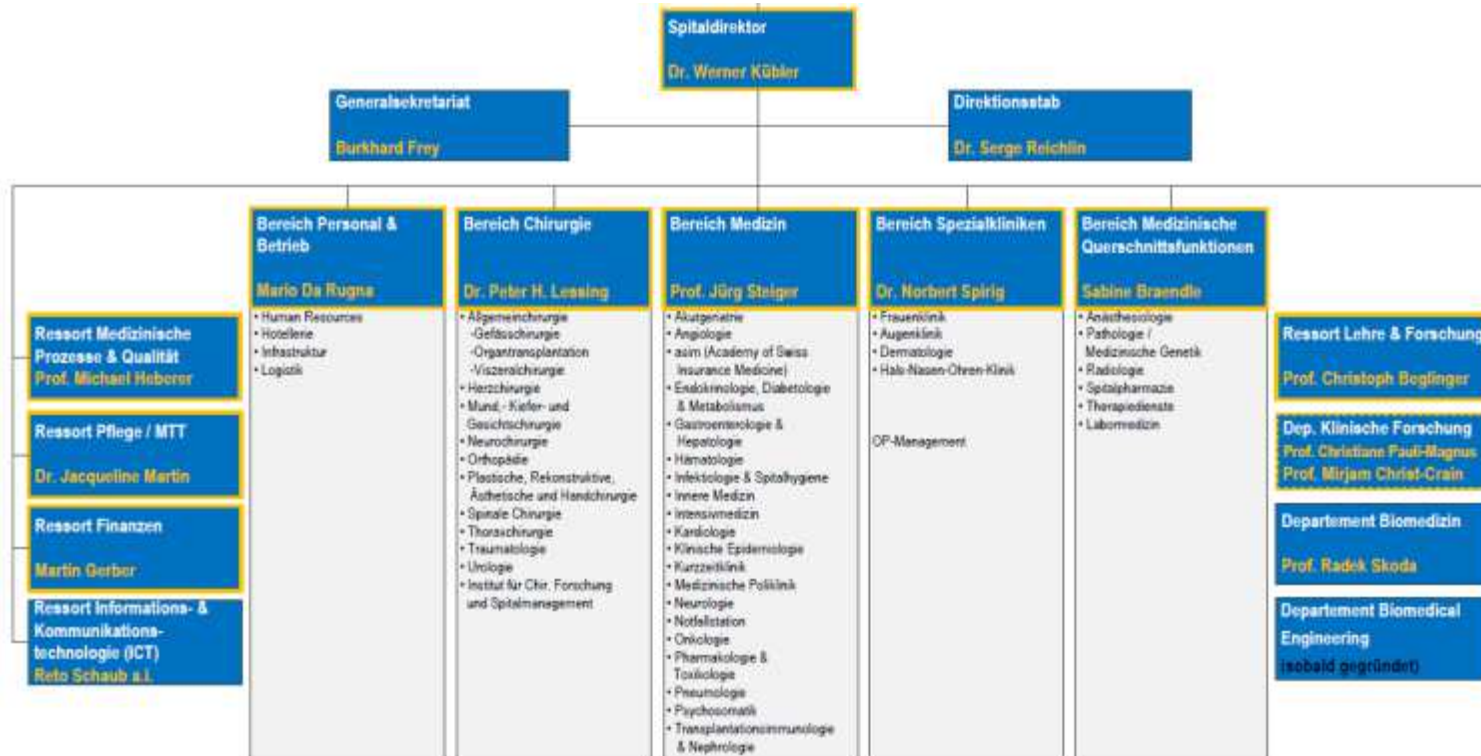
- Controlling-Organisation
- KBS 2000 bringt «Schub»
- Aufbau von Controlling-Instrumenten

# Ereignisse auf der Zeitachse



# Controller-Organisation

- Frühere Departements-Organisation: Ablösung durch Bereiche und Ressort ab 1996
- Installation der Controller entlang der Führungsorganisation (dezentral)
- Einbindung in die Bereichs- und Ressortleitungen



# Dezentrale Controller

- Vor- und Nachteile des dezentralen Controllers

	Positiv	Weniger positiv
Sachbezug	Kennt das Geschäft	Sieht nicht mehr alles
Akzeptanz	«Einer von uns»	Durchsetzungsvermögen

- Stützung durch zentrales Controlling – Bildung eines Controller-Fachgremiums
- Fachliche Unterstellung unter zentralen Controller
- Druck zur «Umwidmung»

# Verselbständigung: «KBS 2000»

- Erste Diskussionen über «Verselbständigung» des KBS\* gegen Mitte der neunziger Jahre
- Management bzw. die Controller bereiten finanzielle Informationssysteme vor
  - Investitionen von insgesamt 6.3 Mio. CHF (mit SAP ISH 12.5 Mio. CHF)
  - Schaffung der Grundlage für das Controlling
- Aufbau eines Controlling-Instrumentarium

\* KBS: Kantonsspital Basel - Universitätskliniken

# Eingeführte Instrumente (1)

- Kostenstellenrechnung mit Monatsabschlüssen ab 1.1.1996 (Beispiel)

Universitätsspital Basel		25.02.2008			
Kostenstellenrechnung Management Summary 2007		in 1000 SFr.			
KST-Nr. : SKL		Kumuliert		Abweichung	
KST-Bez. : Bereich :		IST	Budget	abs.	proz.
Verantw. : *		Planversion: 0			
Herausg. : WIECZOREK T		Berichtsgr.: ZMS5			
Periode: von Monat 1 bis Monat 12					
Bezeichnung	aktuelle Periode	IST	Budget	abs.	proz.
10 Besoldungen	3,044	39,138	38,557	581	2
20 13. Monatslohn	270	3,250	3,200	50	2
30 Sozialleistungen	616	11,140	12,172	1,032-	8-
40 Inkonvenienzen	63	890	912	22-	2-
50 Personalnebenkosten	48	346	335	11	3
60 Verrechn. Lohnkosten Uml.	2-	24-	24-		
<b>70 Total Personalkosten</b>	<b>4,039</b>	<b>54,740</b>	<b>55,151</b>	<b>412-</b>	<b>1-</b>
80 Medizinischer Bedarf	525	6,775	7,532	757-	10-
90 Lebensmittel/Haushaltkost.	68	912	1,004	92-	9-
100 Unterhalt/Reparaturen	4	44	10	34	359
110 Sammelkredite Mob+Immob./En	7	37	36	1	2
120 Büro-/Verwaltungskosten	88	699	705	5-	1-
130 Übrige Kosten/Entsorgung	1,166	1,636	463	1,173	254
<b>140 Total Sachkosten</b>	<b>1,857</b>	<b>10,104</b>	<b>9,749</b>	<b>355</b>	<b>4</b>
150 Kalkulatorische Abschreibun	128	1,628	1,414	213	15
155 Kalkulat. Abschreibungen unt	29	194	385	191-	50-
160 Kalkulatorische Zinsen	14	182	177	5	3
<b>170 Total Kalkulatorische Koste</b>	<b>172</b>	<b>2,004</b>	<b>1,977</b>	<b>28</b>	<b>1</b>
180 Kosten ILW/Innenaufträge	346	4,048	3,164	884	28
190 Verrechnungen Gebäude	444	4,697	4,640	57	1
200 Umlagen/Verrechnungen	2,471	18,167	21,429	3,261-	15-
<b>210 Total Sekundärkosten</b>	<b>3,261</b>	<b>26,912</b>	<b>29,232</b>	<b>2,320-</b>	<b>8-</b>
<b>220 Total Kostenstellenkosten</b>	<b>9,328</b>	<b>93,759</b>	<b>96,109</b>	<b>2,350-</b>	<b>2-</b>
230 ILV Med./Pfleg. Leistungen	5,042-	67,042-	59,979-	7,063-	12
240 ILV Med. Material/Medikam.	472-	5,509-	5,768-	259	4-
250 ILV Instandhalt./Dienstl.	20-	247-		247-	
260 ILV Umlagen/Verrechnungen	925-	9,763-	9,458-	305-	3
270 ILV Lehre und Forschung	148-	1,799-	5,671-	3,872	68-
280 ILV Restuml. Kostenträger					
<b>290 Total Leistungsgutschriften</b>	<b>6,607-</b>	<b>84,360-</b>	<b>80,876-</b>	<b>3,484-</b>	<b>4</b>
<b>300 Unter-/Überdeckung</b>	<b>2,721</b>	<b>9,399</b>	<b>15,233</b>	<b>5,833-</b>	<b>38-</b>
310 Abrechnung an Erg.bereich	2,061-	1,661-		1,661-	
<b>Kennziffern</b>					
500 Pflegeetage	2,628	36,403	35,680	723	2

Massnahmen:

## Eingeführte Instrumente (2)

- Kostenträgerzeit- und Kostenträgerstückrechnung auf 1.1.1997
- Ausprägung- und Definitionen REKOLE-nah
  - Einführung von interner Leistungsverrechnung
  - Vollkostenrechnung
- Administrativer Fall wurde als Kostenträger definiert
- Attribute werden als Auswertedimensionen verwendet
- Schaffung weiterer Grundlagen ab 1996/1997:
  - Anlagenbuchhaltung
  - Materialbuchhaltung Material, Arzneimittel und Dienstleistungseinkauf
  - Instandhaltungs- und Projektabrechnung
- «Konzernentscheid» für SAP ISH im 1998



# Grenzen der Anwendung

- Instrumente stark Input-orientiert
- Abbildung der medizinischen Prozesse wenig differenziert und deren Beeinflussung begrenzt
- Im Fokus in den ersten Jahren:
  - Gutes und abgesichertes Pricing dank integrierter Kosten- und Leistungsrechnung
  - Kostensatzdiskussion bis in die Spitalleitung
  - Folge: Druck auf insbesondere die dienstleistenden und weniger die leistungserbringenden Kostenstellen
- Beispiele:
  - Kostensätze der (internen) Werkstätten
  - Was kostet das Auswechseln einer Glühbirne im Büro X durch die internen Dienstleister (Zeitaufschreibung!)?
  - Chef Chirurgie führt Liste mit Kosten der Medikamente pro Einheit ein (immer im weissen Kittel mit dabei)

# Rückschlag

- Knappe Ablehnung der Vorlage «Verselbständigung KBS» durch den Grossen Rat im Jahr 2000
- Vorwärtsbewegung des «KBS» aber im Gange

# Bessere Ausgangslage

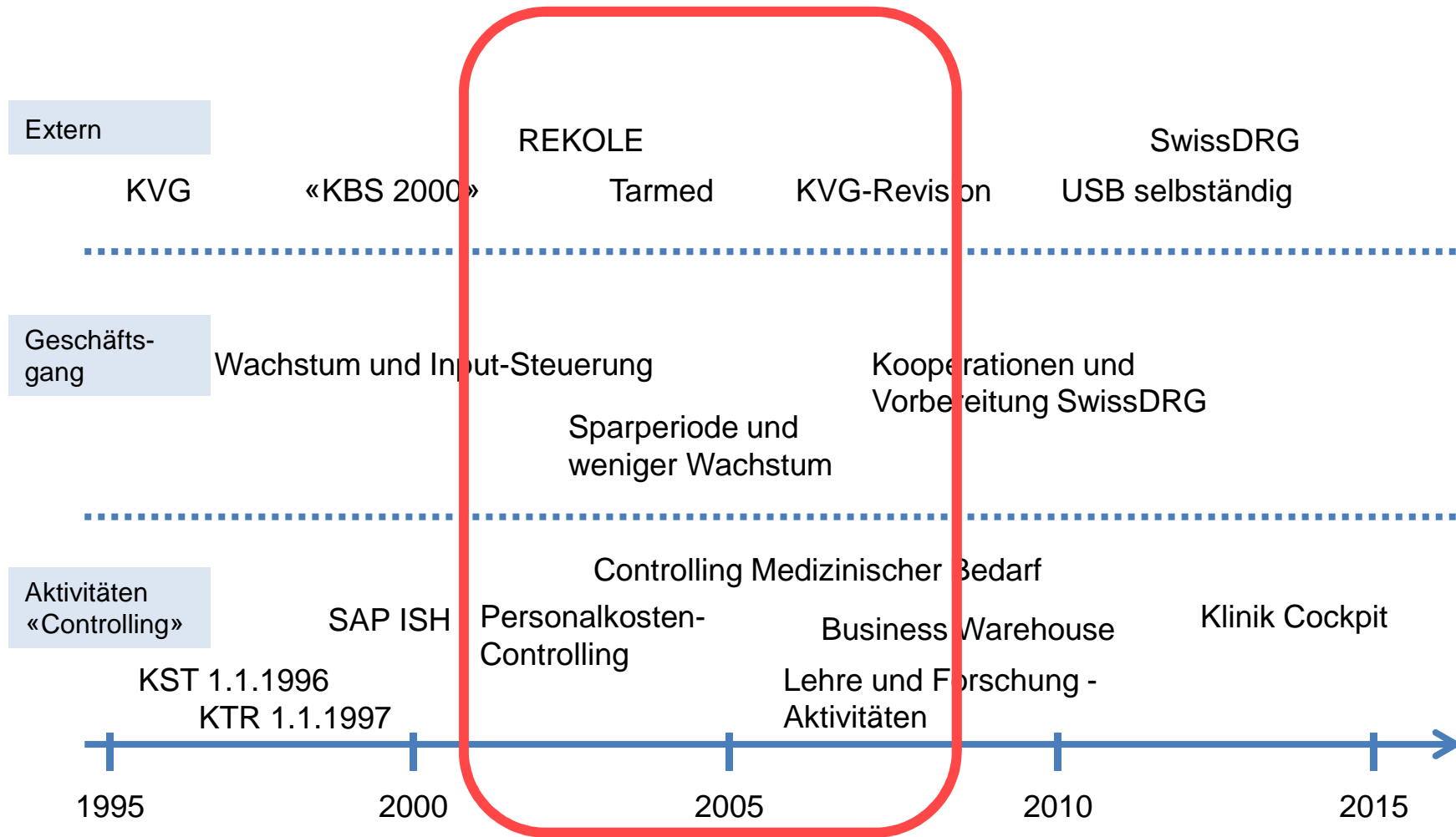


## Die Jahre 2003 bis 2008

---

- Personalkosten
- Medizinischer Bedarf
- Leistungserfassung und Tätigkeitsanalysen
- «Fit für REKOLE»

# Einflussgrößen auf der Zeitachse



# Neue Ausrichtung

- Reduktion des Wachstums angestrebt
- Neue Instrumente zur Steuerung erforderlich
- Die zwei grossen Kostenblöcke im Fokus
  - Personalkosten mit FTE
  - Medizinischer Bedarf
- Leistungserfassung

# Personalkosten

- Neu eingeführtes SAP HR Staat hat kein Controlling-Instrument und keine Beschäftigungsübersicht
- «Budget Besoldungen» - bisheriges Instrument KBS
  - Steuerung auf Bereich - Unterschiedliche Handhabung im KBS
  - Budgetierung zu pauschal
  - Budgetierung pro Kostenstelle ohne direktem Bezug zum Mitarbeitenden
  - Schwäche: Kein Bezug zum (Ist-)Stellenplan, da Orientierung nur auf Beträge

# Entwicklung eines eigenen Instrumentes

- Verbinden von drei Datenquellen
  - Beschäftigungsübersicht mit Personalnummer, Name, Kostenstelle, Ist-Beschäftigungsgrad, Beschäftigungsgrad Vertrag, Berufsgruppe
  - Lohnabrechnung des Monats auf Basis Personalnummer
  - Finanzbuchhaltungsdaten für die betroffenen Konti sowie (gewichtetes) Budget (Saldo CHF)
  
- Beschäftigungsübersicht
  - Beschäftigungsgrad pro Monat/durchschnittlich kumuliert
    - Verlauf nach Aufbauorganisation
    - Verlauf nach Berufsgruppen (KBS und Bereiche)
  - Beschäftigungsgrad Vertrag
  - Berücksichtigung Mehrarbeit
  - Berufsgruppe



# Personalkosten-Controlling

- Personalkostencontrolling
  - Budget pro Kostenstelle mit Bezug zum Mitarbeiter systematisch herstellen
  - Einbezug Linie verstärken
  - Budget-Ist Vergleich monatlich
  - Hochrechnung monatlich
  
- Simulation
  - Neuer Mitarbeiter
  - Austritt
  - Änderung Beschäftigungsgrad
  - Änderung Lohn
  - Konti für Temporäre und weitere
  
- Das Instrument wird immer noch genutzt.

# Controlling medizinischer Bedarf

- Zwei Anläufe
  - Erster Anlauf: «Round-Table» Ende 2003
    - Einführung eines Round-Table mit den ärztlichen Entscheidungsträgern
    - Etablierung einer Diskussionskultur über den Verbrauch von Medikamenten und Arzneimitteln
    - Nur situativer, kein systematisch Daten-gestützter Ansatz
    - Diskussion über Preise und alternative Beschaffungsmöglichkeiten
  - Fortführung anfangs 2009 unter ganz neuen Bedingungen

# Leistungserfassung

- Ablösung bisheriges System
  - Vorgaben der Spitalleitung für die Leistungserfassung
  - Strukturiertes und erleichtertes Erfassen der ambulanten (und stationären) Leistungen
  - Aufbau eines Kontrollinstrumentes über die Erfassung der Tarmed-Leistungen
  - Vollständigkeit
- Verwenden der (verrechenbaren und nicht verrechenbaren) Tarmed-Leistungen für die Kostenrechnung (Minutage bzw. Standard-Minuten)

# Tätigkeitsanalyse

- Seit 2006:
  - Finanzierung der klinischen Lehre und Forschung durch die Universität
  - Anteile von Stellen und Umlagen
  
- Ab 2008
  - Trennungsrechnung
  - Verschiedene Kostenträger für «Lehre und Forschung»
  - Erhebung der Tätigkeiten
    - Erhaltene / erteilte Lehre
    - Erhaltene / erteilte Weiterbildung
    - Forschung
    - Dienstleistung und Fortbildung
  - Erhebungsumfang ca. 3'000 MA
  
- Verwenden der ermittelten Anteile für die Kostenrechnung (ILV)

## «Fit für REKOLE»

- Vorwegnahme der REKOLE-Zertifizierung \*
- Dreistufige Prüfung der Kostenrechnung in Bezug auf REKOLE durch die externe Revisionsstelle
  - Konformität Kostenarten (2006) ✓
  - Konformität Kostenstellenrechnung (2007) ✓
  - Konformität Kostenträger (2008) ✓

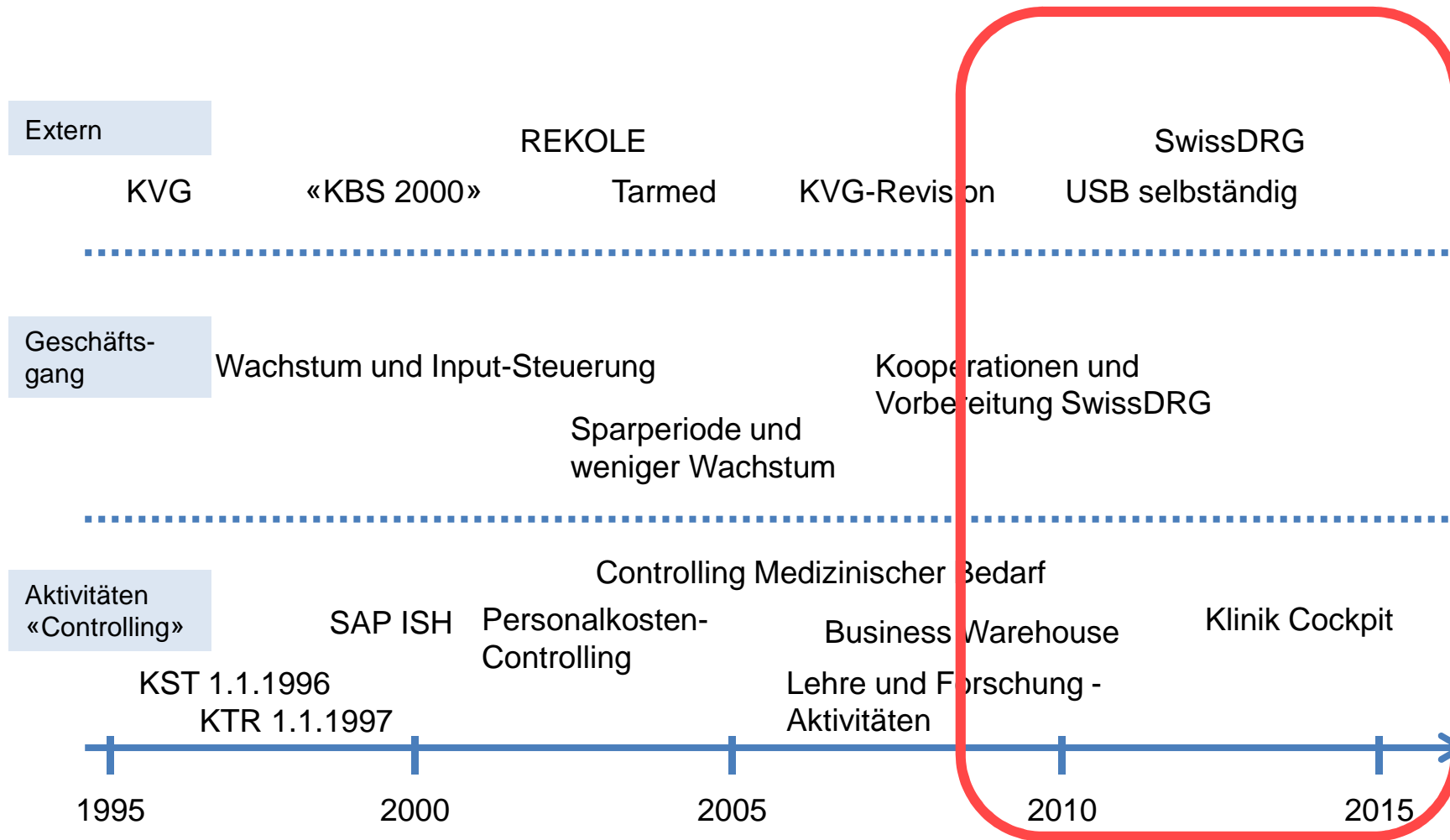
\* Hinweis: USB hat REKOLE-Zertifikat am 2. Februar 2011 bekommen.

## Die Jahre ab 2009 bis heute

---

- Zweiter Anlauf: Steuerung Medizinischer Bedarf
- Vorbereitung auf Änderung Spitalfinanzierung stationärer Bereich
- Ergebnisrechnungen und Kostendeckungsgrad
- Klinik-Cockpit

# Ereignisse auf der Zeitachse



# Controlling medizinischer Bedarf

- Zweiter Anlauf: Einkauf eines (externen) Medizin-Controllings
- Reduktion/Verlangsamung Wachstum medizinischer Bedarf durch Einflussnahme auf
  - Mengen-Steuerung
  - Struktur-Steuerung
  - Prozess-Steuerung
  - Bestellungen interner diagnostischer Leistungen
- Nutzung der aus SAP BI generierbaren Kennzahlen für Benchmarks
  - Erste Phase: Kostenstellen-bezogene Verbräuche / Bestellungen
  - Zweite Phase: Kostenträger-bezogene Verbräuche / Bestellungen
- Schaffung von Transparenz über
  - Monatliches Reporting
  - Durchschnitts-Kosten pro Fall, pro Pflgetag und andere Bezugsgrößen
  - Quervergleich intern und extern (Deutschland)

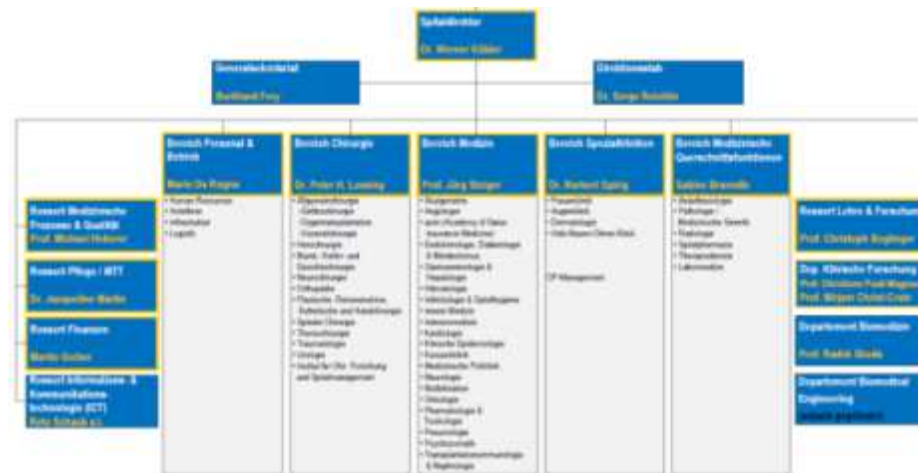


# Rahmenbedingungen

- Regelmäßige Meetings Medizin-Controlling extern und CA/LA
  - Expertengespräche – verantwortliche Ärzte treffen auf Medizincontroller
    - Schaffung einer Daten-gestützten Diskussionskultur
    - Präsentation der internen Zahlen inkl. Vergleich zum Datenpool
    - Medizinisch-ökonomische Inhalte
  - Entscheidungsfreiheit der medizinischen Experten wird im Einzelfall nicht tangiert
  
- Projektphasen
  - Einführung und Anwendung mit externer Unterstützung
  - In eigene Regie überführen (ist erfolgt)
  - Läuft immer noch

# Controlling-Organisation

- SwissDRG erfordert zusätzliche Skills in der Controlling-Organisation
- Neue Bezeichnung: Medizin- und Finanzcontrolling
- Installation von Klinik-Verantwortlichen für
  - SwissDRG Belange (Codierung, Dokumentation)
  - Leistungserfassung und –angebot («Revival»)
- Neben bisherigen Gremien (BWG und CoFa) neu:
  - «DRG-Beauftragtenforum»
  - Klinikgespräche (CA, DRG-Beauftragtem, Leiter Bereich, Betriebswirtschaftler, Klinikcontroller/-manager, Medizincontrolling/Ärztin)



# Codierung und Leistungserfassung (1)

- Verstärken der Codierungskräfte
  - Alles ÄrztInnen oder Pflegefachpersonen
  - Hoher Anteil mit eidg. Berufsprüfungen für Medizinische Codierung
  
- Leistungserfassung
  - Codierung enthält neben Hauptdiagnose (ICD), Nebendiagnosen (ICD), Patient Clinical Complexity Level (PCCL) viele Elemente der Leistungserfassung wie Zusatzentgelte, SAPS/BEMS, Beatmungszeiten, Anzahl Pflage tage (gerechnet), Prozeduren CHOP
  
- Organisation der Dokumentation
  - Digitalisierung wird angestrebt
  - Neue organisatorische Einbindung des Archivs Patientendossier
    - Koordinierung der Prozesse und Abläufe
    - Sicherstellung Vollständigkeit
    - Elektronischen Zugänglichkeit
    - Gesetzeskonformen Archivierung der medizinischen Dokumentation

## Codierung und Leistungserfassung (2)

- Neue Kennzahlen wie z.B.
  - Dauer «Austritt bis Austrittsbericht final»
  - Dauer «Austritt bis alle OP-Berichte final» (Zähler wie viele OPs stattgefunden haben und damit wie viele OP Berichte erwartet werden)
  - Dauer «Austritt bis Papier-KG gescannt im eArchiv/Hydmedia verfügbar»
  - Zeiten durch DRG-Weisung vorgegeben
  - Monitoring Liquidität

# Rolle Netzwerkspital

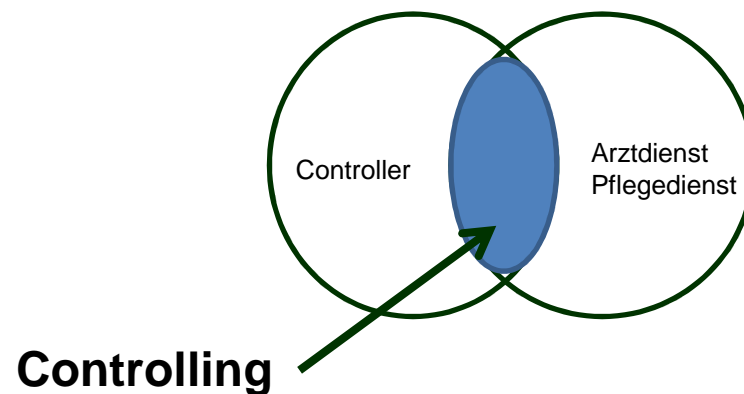
- Ständige Verbesserung der Kostenzuordnung über den Aufbau von Plausibilitäten für die Kostenzuordnung (Stichwort: Webfeedback Casemix Office CMO)
  - Nachbildungen der SwissDRG-Webfeedbackprüfungen, sofern diese nachvollziehbar sind
  - Ergänzung eigener Prüfungen
- Anpassen der Kostenrechnung: Verwenden von Elementen der Leistungserfassung aus der Codierung
  - Plausibilisierung aus Codierungs- und Leistungserfassungs/Kostenrechnungsseite
  - Ständige Weiterentwicklung der KTR (z.B. im OP differenziertere Zeitstempel, personenanzahlgewichtete Minuten)
  - Prüfung der Plausibilität der ILV-Tarife, usw.
- Motto: die Kosten von heute bestimmen die Erlöse von «überübermorgen»

# Kostendeckungsrechnung

- Ergebnisrechnung bzw. Kostendeckungsrechnung
  - Grundlage Vollkostenrechnung
  - Vorgabemöglichkeiten für Budgetierung (meist Kostendeckungsgrad KDG)
  
- Einflussrechnungsrechnung versus Vollkostenrechnung
  - Verantwortliche können nicht alle Elemente beeinflussen
    - Erlöszuordnung bei Fixpreisen (stationäre Behandlung allgemeine Abteilung) ist festzulegen
    - Verrechnungspreise bekommen vermehrt eine Bedeutung
    - Vollkostenrechnung zu Steuerungszwecken nur sehr limitiert geeignet, aus tariflich-politischen Gründen unerlässlich
  
- Heutige Rechnung hat noch Präzisierungspotenzial
  - Ob und wie Aufbau einer (mehrstufigen) Deckungsbeitragsrechnung auf Teilkostenbasis
  - Produktivitätsmessungen auf Basis nicht monetärer Input-/Outputgrößen

# Klinikcockpit

- Zusammenführen der betriebswirtschaftlichen mit der medizinischen Sicht
- Datengranularität sehr fein sowohl medizinisch wie auch für die Kosten / Erlöse
- Ideales Instrument für die «Schnittmenge» Controller bzw. Medizincontroller und Arzt = «Controlling»
- Viele Aha-Erlebnisse bei den Akteuren aufgrund der Querverbindungen



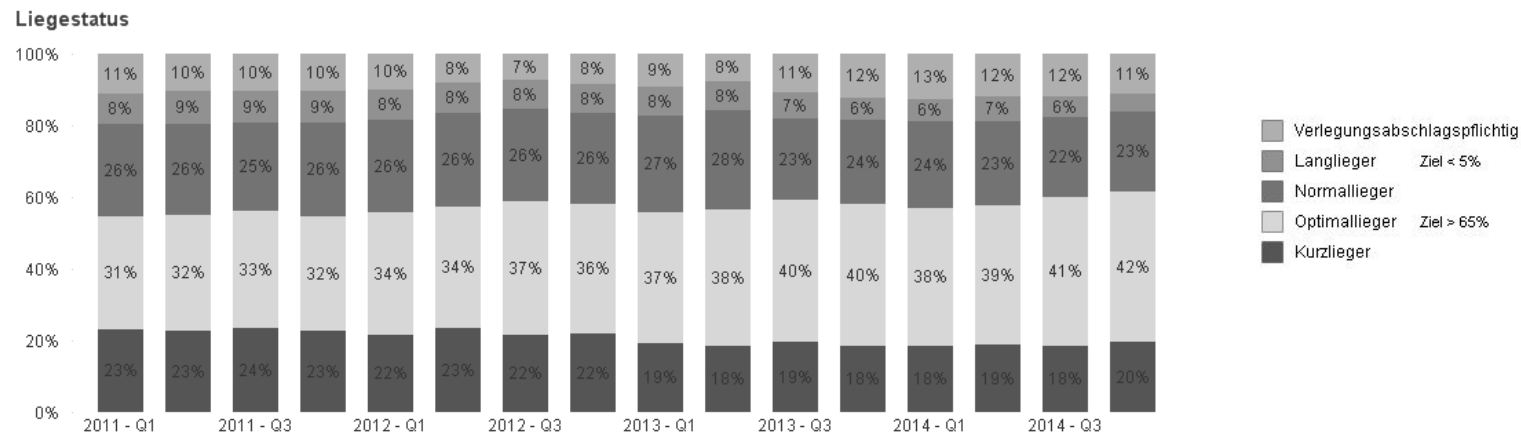
# Klinikcockpit

- Datengestützte Beispiele
  - Darstellen prozessualer Zusammenhänge
  - Kostenwolke
  - Kostendeckung



# Prozessuale Daten (1)

- Beispiel prozessualer Daten
  - Verlegungsabschlag
  - Langlieger
  - Normallieger
  - Optimallieger
  - Kurzlieger



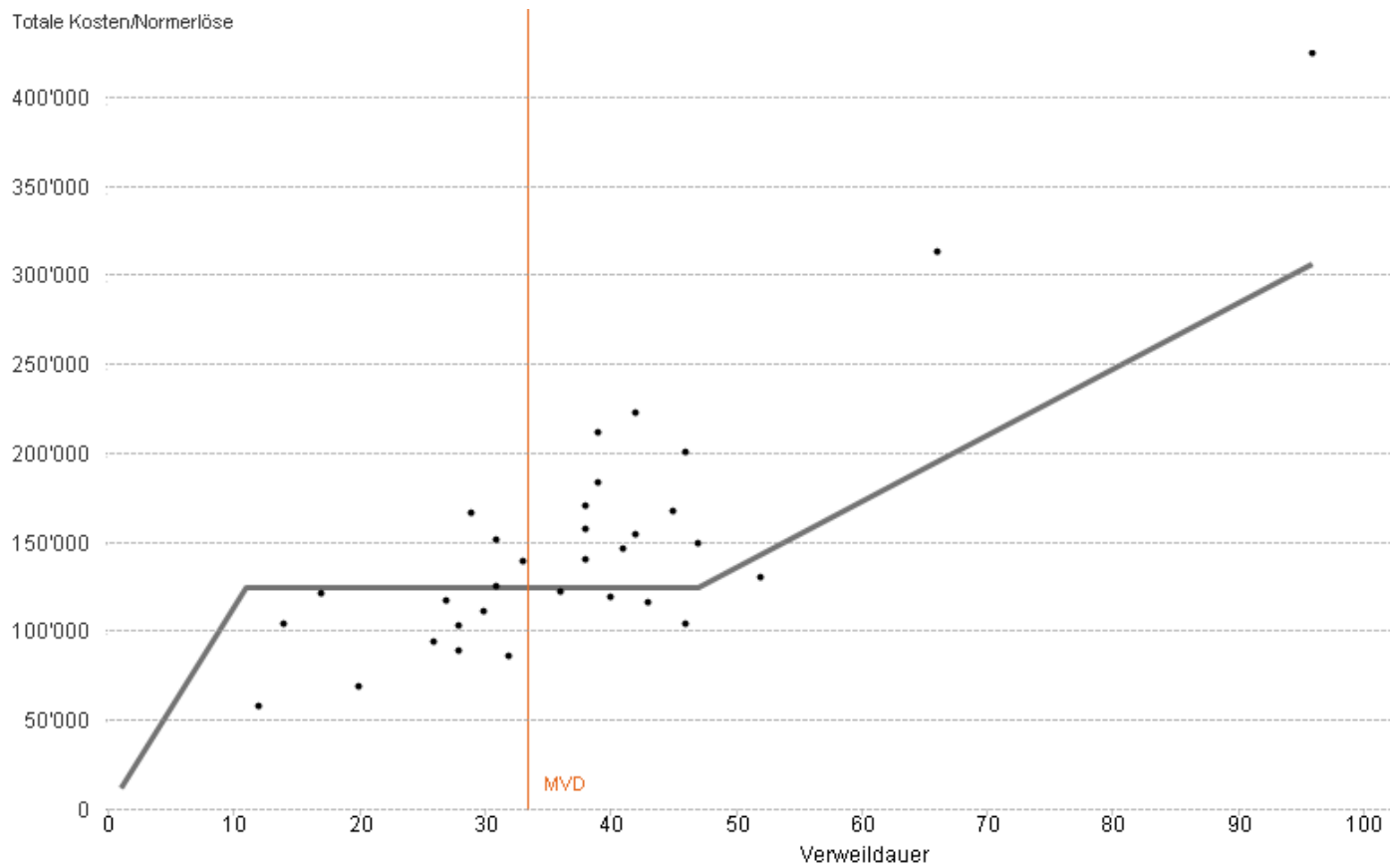
# Prozessuale Daten (2)

- Zusammenführen der Kostendaten mit den medizinischen Daten auf tiefer Ebene

DRG Bericht: Codierte Fälle bis 31.12.2014 mit Stand vom: 17.02.2015 //Wiederkehersicht																
DRG mit Text	Partition	CM eff kum in %	CM eff	CMI eff	Fallzahl	USB	VWD	Kurz-lieger	Optimal-lieger	Normal-lieger	Lang-lieger	Verleg-absch.-pfl.	UGVD	MVD	OGVD	Abschläge in CM absolut
		100.0%	180.54	0.386	468	3.4	31.4%	25.6%	20.1%	6.0%	16.9%	2	4.2	9	54.59	

# Kostenwolke

- Im Bild sein!



# Kostendeckungsrechnung

- Zusammenführen der Kostendaten mit den medizinischen Daten auf tiefer Ebene

Ökonomischer DRG Bericht: Fakturierte Fälle Stand 25.11.2014								
DRG mit Text	CM eff Kum	CM eff	CMI eff	codierte & Anteil fakturierte Fallzahl	Anteil Fakturierte	VWD Ø	MVD Ø	Totale CM Abschläge

Totale Erlöse	Totale Kosten	Über-/ Unterdeckung	Medikamente	Blutprodukte	Implantate	Med. Material	Andere Einzelkosten	Totale Gemeinkosten	Totale ANK
---------------	---------------	---------------------	-------------	--------------	------------	---------------	---------------------	---------------------	------------

# Fazit

---

- Transparenz ist geschaffen – Optimierungen sind möglich
- Controlling – «Der Prozess der Zielsetzung, Planung und Steuerung, der jeden im Management betrifft.» – ist im Spital gut etabliert.