

Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser
Association suisse des établissements hospitaliers

VESKA 9/1993

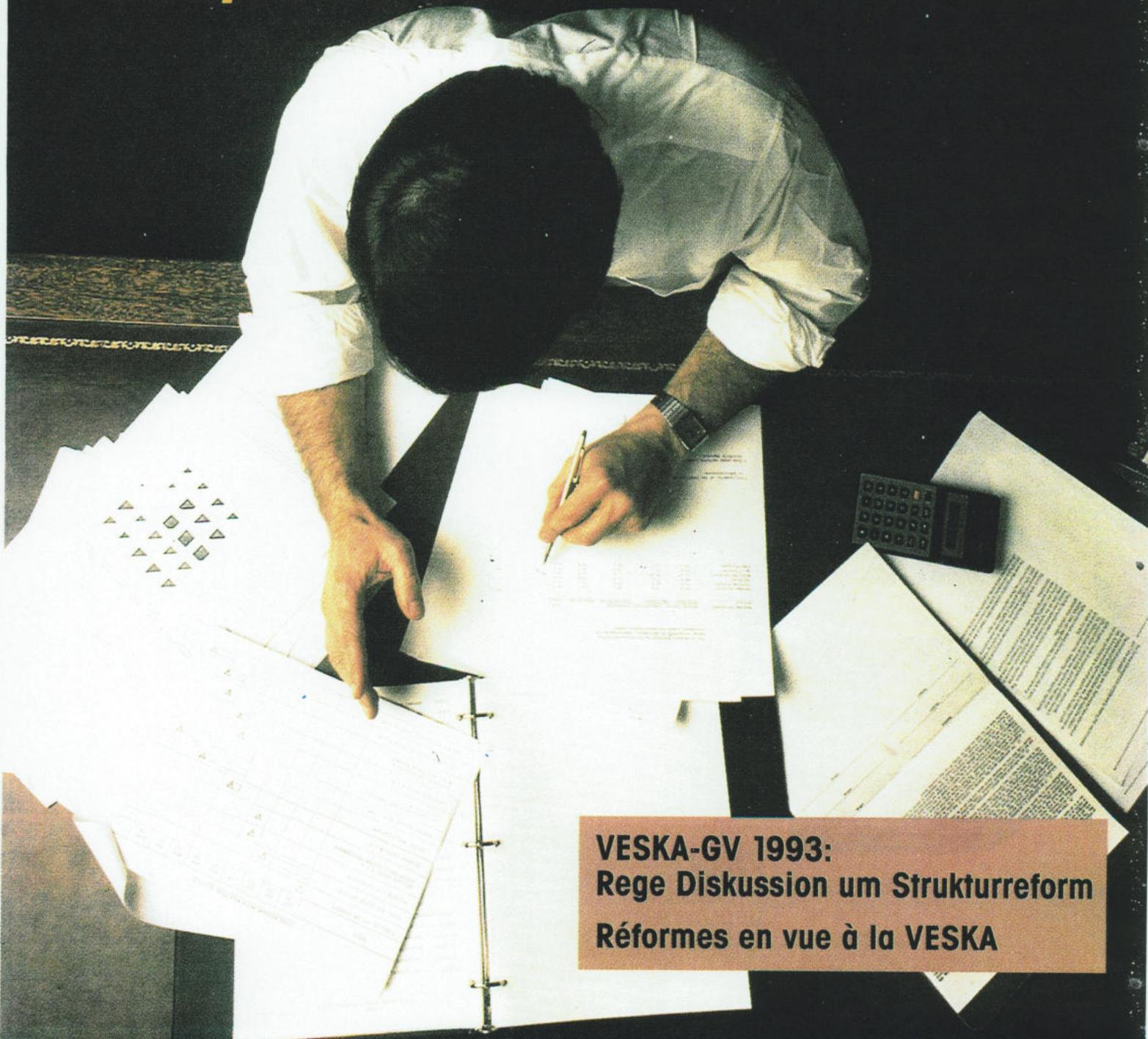
Schweizer Spital

Hôpital suisse

Ospedale svizzero

Kennzahlen: Am Puls des Spitals

**Indicateurs de gestion: le pouls
des hôpitaux**



**VESKA-GV 1993:
Rege Diskussion um Strukturreform
Réformes en vue à la VESKA**

Kennzahlen, lebendiger Unternehmenspuls?



Hans Rivar, Leiter Rewe/Controlling/EDV am Bezirksspital Langnau i.E.



Wann und wo sind Kennzahlen sinnvoll?
Wie oft und genau sollen sie erarbeitet werden?

Welche Zahlen soll man vergleichen? Was für Daten in welchem Umfang soll man den Zielgruppen des Unternehmens unterbreiten, und was will man damit erreichen? Welche Investitionen braucht es für die Erfassung und Verarbeitung von Kennzahlen?

Diese Fragen müssen wir uns immer wieder stellen, damit der Aufbau und die Weiterentwicklung von miteinander vernetzten Kennzahlen-Systemen nicht zum reinen Selbstzweck werden, sondern korrigierend zur Unternehmenssteuerung beitragen.

Auch die Verantwortlichen des *Bezirksspitals Langnau* setzen sich mit solchen Fragen auseinander.

Dabei kommt es vor, dass wir mit behördlichen Auflagen in Konflikt geraten. So zum Beispiel, wenn Patienten, welche länger als 90 Tage in der medizinischen oder chirurgischen Abteilung liegen, als sogenannte Langzeitpatienten statistisch der geriatrischen Abteilung zugeordnet werden müssen, obwohl sie in Wirklichkeit auf der Medizin oder Chirurgie liegen. Was ist nun richtig? Sollen wir von den offiziellen zehn Betten in der Geriatrie ausgehen, oder sollen wir bei der physischen Wirklichkeit von sechs Betten bleiben?

Die Frage nach Sinn und Zweck sowie mit welcher zeitlichen Sequenz diese Statistiken gebraucht werden, hat uns schliesslich weitergeholfen.

So unterscheiden wir im *Bezirksspital Langnau* zwischen:

- statischen Kennzahlen und
- dynamischen Kennzahlen

Statische Kennzahlen

Die statischen Kennzahlen werden einmal jährlich für die VESKA-Betriebsvergleiche erhoben, welche auch als Grundlage für die Kennzahlenvergleiche des Kantons Bern dienen. So werden die Erträge und Aufwände in der Leistungs- und Kostenstellenrechnung KORAS plus (Langnauer Modell) bei den Jahresabschlussbuchungen von der medizinischen und chirurgischen Abteilung in die geriatrische Abteilung gebucht. Das gleiche vollzieht sich auch in den Statistiken in bezug auf Pflagetage, Patientenanzahl und durchschnittliche Aufenthaltsdauer.

Auch die BASIS-3-Statistik rechnen wir zu den statischen Kennzahlen. Die jährliche Auswertung dieser Statistik mit ihrer Veränderung zum Vorjahr gibt uns Aufschluss, wie sich unser Marktanteil innerhalb der Konkurrenzbeziehungsphäre (Ab- und Zuwanderungen angrenzender Bezirks- und Privat-spitäler) entwickelt. Aufgrund dieser Statistik sind schon wichtige und weitreichende Entscheidungen für unser Spital getroffen worden mit dem Ziel,

unser strategisches Erfolgspotential weiter zu stärken und auszubauen.

Dynamische Kennzahlen

Vergleichbar mit EKG, Röntgen, Labor und anderen Analysen, welche die Diagnosegrundlagen des Arztes bilden, muss dem **lebendigen Organismus Spital regelmässig, mit Hilfe eines effektiven und effizienten betriebswirtschaftlichen Diagnosehilfsmittels, der Puls gemessen werden.** Weichen die monatlich zu ermittelnden Kennzahlen übermässig von den «Normalwerten» ab, so muss der Spitalbetrieb, ähnlich wie ein Patient nach gestellter Diagnose einer angemessenen Behandlung und bei gravierenden «Krankheitsbildern» einer manchmal langwierigen und schmerzhaften Therapie zugeführt werden.

Was ist aber unter «Normalwerten» zu verstehen? In der Regel sind die ermittelten Kennzahlen schwer mit anderen Spitalern vergleichbar, da jeder Betrieb, und sei er noch so ähnlich strukturiert, seine eigenen Gesetzmässigkeiten in sich birgt. So sind zum Beispiel die Produktivitäts-Kennzahlen des *Bezirksspitals Langnau* deshalb schwer mit einem anderen Spital vergleichbar, weil die Aufgabenzuteilung des Pflegedienstes, je nach Dienstleistungs- und Behandlungsangebot in den entsprechenden Abteilungen, ganz unterschiedlich definiert sein können (z.B. Ambulanz-Begleitedienst etc.).

In der Regel kristallisieren sich die Normalwerte pro Abteilung automatisch, betriebspezifisch und individuell mit der Zeit selber heraus, anhand eigener Erfahrungen vergangener Perioden.

Folgende Merkmale unterscheiden dynamische Kennzahlen von statischen:

- Der wesentliche Unterschied zu den statischen Kennzahlen liegt darin, dass sich dynamische Kennzahlen nach der effektiven physischen Wirklichkeit und Gegebenheit des Betriebes richten und die dominierenden Kreisläufe und Regelmechanismen des Spitals so transparent als möglich darstellen sollten.
- Sie werden in einem schnellen Rhythmus monatlich erhoben und an die entsprechenden Abteilungsverantwortlichen der medizinischen, Pflegedienst-, paramedizinischen und Verwaltungs-Abteilungen verteilt, wobei nicht die Kennzahlen selbst, sondern ihre Veränderung zum Vormonat oder Vor-

jahr von ausschlaggebender Bedeutung sind.

● Bei der Auswertung der Veränderungen innerhalb einer Statistik ist auch auf die Zusammenhänge, Relationen und Auswirkungen auf die Statistiken anderer Kennzahlen-Systeme und -Kreisläufe zu achten. Sie sind miteinander in Beziehung zu bringen, um möglichst genaue Aussagen über die komplexen Vorgänge inner- und ausserhalb unseres Spitals zu erhalten.

Innerhalb der dynamischen Kennzahlen gibt es wiederum zwei verschiedene Kategorien von Kennzahlensystemen:

- Interne Kennzahlen
- Externe Kennzahlen

Interne Kennzahlen

Die internen Kennzahlen dienen dem Controlling als Analyse-Hilfsmittel und werden nur bei grossen Abweichungen ganz sporadisch, in einzelnen Sequenzen, ausserhalb des Controllings veröffentlicht. Das ist zum Beispiel der Fall,

wenn bei den Erträgen grosse Abweichungen zum Budget bestehen, obwohl die Werte innerhalb der Norm budgetierter Pflagetage und Prozentanteile der Halbprivat- und Privatpatienten liegen.

Im folgenden Beispiel stelle ich eines dieser internen Kennzahlensysteme vor (Abb. 1).

Diese Kennzahlenmatrix dient der Analyse der Pflagetagen-Ertragsstruktur und umfasst die Abteilungen IPS, Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe und Geriatrie, welche sich (rechts nur IPS ersichtlich) an den Gesamtbetrieb anschliessen.

Diese Pflagetagen-Analyse (Abb. 1) bezweckt folgendes:

- Monatliche (automatische) Abgrenzungen der Erträge.
- Simulation zur Budgetierung von Erträgen im Bereich Pflagetagen.
- Analyse der Ertragsstruktur, die folgende Fragen zu beantworten hat:

1. Welche prozentuale Gewichtung haben die einzelnen Pflagetage innerhalb

einer Abteilung oder innerhalb des Gesamtbetriebes auf das Total der Pflagetage (100%)?

2. Welche prozentuale Gewichtung haben die Pflagetage der einzelnen Abteilungen auf das Total des Gesamtbetriebes?

3. Wie ist das Verhältnis der prozentualen Gewichtung der Pflagetage zu den Erträgen?

4. Was sind die Auswirkungen der verschiedenen Gewichtungen auf die Durchschnittserträge pro Pflagetag der Allgemein-, Halbprivat- und Privatabteilung sowie der Säuglinge auf das Total der Erträge innerhalb einer Abteilung, oder innerhalb des Gesamtbetriebes?

5. Wie stark beeinflussen die einzelnen Abteilungen die Erträge des Gesamtbetriebes?

Externe Kennzahlen

Die externen Kennzahlen sind Teil der Führungs-, Informations- und Organisationsstruktur des *Bezirksspitals Langnau* und finden Eingang ins monatliche Berichtswesen. Die monatlichen Auswertungen der Kennzahlen geben der Spitalführung die nötigen Anstösse, entweder die ursprünglichen Zielsetzungen den neuen Umwelteinflüssen anzupassen, oder Massnahmen zu ergreifen, die sicherstellen, dass unerwünschte Ziel- und Budgetabweichungen im betrieblichen Ablauf korrigiert werden können.

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

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

Mit der Systematik soll zudem erreicht werden, **die Führungskräfte Schritt für Schritt an die komplexen Darstellungsformen von Statistiken zu gewöhnen**.

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

Abb. 1

BEZEICHNUNG	GESAMTBETRIEB				IPS				
	Pflagetage		Erträge in Fr.		Pflagetage		Fr.		
	PFTG.	%	Fr.	%	PFTG.	%	Fr.	Fr./PFTG.	
6000 Selbstzahler Allgemein	83	1.2	27'257	1.4	328.00	1	0.8	289	289.00
6035 Selbstzahler Chroniker		0.0	22'722	1.2			0.0	0	
6040 Pauschale BE	3'702	52.8	903'060	47.8	244.00	93	73.8	22'500	242.00
6042 Pauschale LU	410	5.8	161'540	8.6	394.00	6	4.8	2'364	394.00
6044 Pauschale CH	50	0.7	19'700	1.0	394.00	0	0.0	0	0.00
6046 KK-Pausch. 91.-180. Tag	0	0.0	0	0.0	0.00	0	0.0	0	0.00
6048 KK-Pausch. ab 181. Tag	541	7.7	65'418	3.5	121.00	0	0.0	0	0.00
6060 U V G - Versicherung	194	2.8	77'286	4.1	398.00	0	0.0	0	0.00
6070 Militärversicherung	12	0.2	4'776	0.3	398.00	0	0.0	0	0.00
6080 Invalidenversicherung	1	0.0	398	0.0	398.00	0	0.0	0	0.00
6090 Privatversicherung	16	0.2	5'840	0.3	365.00	0	0.0	0	0.00
6091 Behörden	0	0.0	0	0.0	0.00	0	0.0	0	0.00
Total Allgemein	5'009	71.4	1'287'997	68.2	257.00	100	79.4	25'153	252.00
100% Effektiv	9'887	100.0				214	2.0		
Abgrenzung	4'878		1'261'379	50.2	259.00	114		28'728	252.00
6010 Selbstzahler Halbprivat	1'200	17.1	442'250	23.4	369.00	26	20.6	9'490	365.00
6020 Selbstzahler Privat	171	2.4	72'480	3.8	424.00	0	0.0	0	0.00
Total Halbprivat + Privat	1'371	19.5	514'730	27.3	375.00	26	20.6	9'490	365.00
100% Effektiv	2'263	100.0				51	1.9		
Abgrenzung	727		334'455	13.3	460.00	25		9'125	365.00
6030 Selbstzahler Säuglinge	636	9.1	85'479	4.5	134.00				
100% Effektiv	1'114	100.0							
Abgrenzung	478		64'052	2.5	134.00				
Total Pflagetagen	7'016	100.0	1'888'206	100.0	269.00	126	100.0	34'643	275.00
100% Effektiv	13'264	100.0		65.5		265	1.8		
Abgrenzung	6'248		1'659'886	66.1	266.00	139		37'853	272.00
Ambulatorien	794		141'091	4.9	178.00				
Abgrenzung	506		90'068	3.6	178.00				
Uebrig Erträge			853'395	29.6	122.00				
Abgrenzung			762'256	30.3	122.00				
Total Erträge			2'882'692	100.0	411.00				
Abgrenzung			2'512'210	100.0	402.00				

Dazu ein Auszug aus dem Berichtswesen vom März 1993 (Abb. 2):

Abb. 2

	Total 104 Betten			Chirurgie 44 Betten		
	100%	IST	%	100%	IST	%
Bettenbelegung	3'224	3'048	94.5	1'364	1'209	88.6
Vormonat	2'912	2'680	92.0	1'232	1'066	86.5
Vorjahr	3'224	3'181	98.7	1'364	1'096	80.4
Aufenthaltsd.	12.0			9.5		
Vormonat	11.0			9.4		
Vorjahr	12.8			11.2		
Patienten	254			127		
Vormonat	243			113		
Vorjahr	248			98		

Anlagen

Kennzahlen Monat: März 1993

Gegenüber dem März 1992 nahm, gesamthaft gesehen, der **Patientenanteil um 6 Personen** zu. Die **Aufenthaltsdauer reduzierte** sich jedoch um **0.8 Tage**, und so wurden von 3 251 möglichen Pflgetagen effektiv «nur» 3 048 Pflgetage erzielt. Eine aussergewöhnliche Steigerung gegenüber dem Vorjahresmonat konnte in der **Chirurgie** verzeichnet werden. Die Pflgetage konnten dank einer **Zunahme von 29 Patienten um 113 Tage gesteigert** werden.

Anlagen

Kennzahlen auflaufend per: Januar –März 1993

Die Pflgetage nahmen gegenüber dem Vorjahr um 4.7% oder um 413 Pflgetage ab. Bei einer Aufenthaltsdauer von 12.5 Tagen hätten wir mit dem Vorjahr gleichziehen können. Die Frage, wie die verkürzte Aufenthaltsdauer mit einer weiteren Zunahme von Patienten aufgefangen werden kann, ist nach wie vor offen und bedarf einer dringenden Lösung!

Vergleich Januar – März gegenüber dem Vorjahr

	Gesamtbetrieb			Medizin		
	Pflgetage			Pflgetage		
	PFTG	% Anteil	% Veränd. Vorjahr	PFTG	% Anteil	% Veränd. Vorjahr
Total Pflgetage	8'356	100.0	-4.7	2'841	100.0	-3.4
Vorjahr	8'769	100.0	9.4	2'940	100.0	15.7
		100.0			33.5	

Im Umgang mit Kennzahlen ist aber auch darauf zu achten, dass die Vielfalt der verschiedensten Statistiken im Mo-

natsbericht auf der ersten Seite auf einige wenige Zahlen zusammengefasst werden, um dem Leser in Kürze einen

Gesamtüberblick zu ermöglichen. Dazu ein Beispiel aus dem Januar-Bericht 1993 (Abb. 3):

Abb. 3

1. Gesamtübersicht Januar 1993

	JANUAR 93	BUDGET 93		JANUAR 92		DEZEMBER 92	
			Abw.		Abw.		Abw.
Patienten	199	225	-26	192	7	258	-59
Aufenthaltsd.	13.1	12.2	0.9	14.1	-1.0	11.7	1
Pflgetage	2'612	2'734	-122	2'708	-96	2'646	-34
Stellen Pflegepers.	64.3	59.8	4.5	76.5	-12.2	69.9	-5.6
Produktivität	37.9	38.5	-0.6	30.1	7.8	34.0	3.9
Erträge	1'438'822	1'444'172	-5'350	957'451	481'371	1'009'316	429'506
Variable Kosten	320'347	302'323	18'024	287'548	32'799	238'161	82'186
Personalkosten	887'563	936'271	-48'708	912'676	-25'113	1'062'552	-174'989
Uebr. Fix - Kosten	297'152	175'380	121'772	170'606	126'646	209'763	87'389
V.J.P.&Wertber.	-116'149	3'333	-119'482	4'600	-120'749	-8'808	-107'341
Erfolgsrechnung	49'909	26'865	-23'044	-417'979	-467'888	-492'352	-542'261

Kommentar:

Die Erfolgsrechnung schliesst mit einem Gewinn von Fr. 49 909.– ab. Obwohl wir die budgetierten Pflgetage nicht erreichten, mussten wir, infolge der höheren Erträge pro Pflgetag, gegenüber dem Budget keine grossen Ertragseinbussen in Kauf nehmen.

Die grossen Ertragsüberschüsse gegenüber dem Vormonat und Januar der Vorjahres ergeben sich aus dem neuen Finanzierungssystem mit den kostendeckenden Tarifen. Infolge der Inventarisierung der Warenbestände Mitte Dezember 1992 verlängerten sich die Wareneingänge im Januar um zwei Wochen, was sich bei den variablen Ko-

sten mit einer Überschreitung des Budgets von Fr. 18 024.– niederschlug.

Die Verringerung des Mitarbeiterbestandes um 5.6 Stellen gegenüber dem Vormonat wirkte sich bei den Personalkosten mit einer Budgetunterschreitung von Fr. 48 708.– aus.

Die Überschreitung der übrigen Fixkosten von Fr. 121 772.– resultiert aus der Anschaffung unseres neuen Ambulanzfahrzeuges, welches voll in den Januar gebucht wurde, während der Budgetbetrag auf zwölf Monate verteilt wird.

Die wichtigsten monatlichen Kennzahlen im Überblick

Neben der monatlichen Auswertung der Profitcenter-, Leistungs- und Kosten-

stellenrechnung KORAS plus (Langnauer Modell) werden im Quervergleich weitere Kennzahlen gemäss Tab. 1-3 konsultiert:

Kommentare:

Budgetvergleiche Bettenbelegung

Neben der Pfl egetaxen-Analyse (Abb. 1) tragen die Budgetvergleiche der Bettenbelegung (Tab. 1) wesentlich zum Verständnis von Ertragsabweichungen im KORAS plus (Langnauer Modell) bei.

Tab. 1: Budgetvergleiche Bettenbelegung

	Total 104 Betten			Medizin 31 Betten			Chirurgie 44 Betten		
	BUDGE	IST	ABW.	BUDGE	IST	ABW.	BUDGE	IST	ABW.
Pfl egetage	2'734	2'490	-244	835	882	47	1'094	999	-95
Vormonat	2'647	2'723	76	808	918	110	1'059	1'050	-9
Vorjahr	2'625	2'732	107	813	835	22	1'023	1'145	122
Aufenthaltsd.	12.2	10.9	-1.3	15.5	15.8	0.3	11.1	9.1	-2.0
Vormonat	12.1	12.5	0.3	15.5	20.9	5.3	10.9	9.2	-1.7
Vorjahr	12.2	10.3	-1.9	15.6	13.9	-1.7	10.7	8.8	-1.8
Patienten	225	229	4	54	56	2	99	110	11
Vormonat	218	218	0	52	44	-8	97	114	17
Vorjahr	215	264	49	52	60	8	96	130	34

Tab. 2: Monatliche Pfl egetageübersicht (z.B. Mai 1993)

	Gesamtbetrieb			Medizin			Chirurgie		
	Pfl egetage/Tag			Pfl egetage/Tag			Pfl egetage/Tag		
	PFTG	% Anteil	% Veränd. Vormonat	PFTG	% Anteil	% Veränd. Vormonat	PFTG	% Anteil	% Veränd. Vormonat
Allgemein	61.0	76.0	-11.4	26.0	91.5	-9.0	23.3	72.4	-15.9
Vormonat	68.9	75.9	-8.1	28.6	93.5	-14.0	27.7	79.1	-14.0
HP + Privat	13.7	17.1	3.9	2.4	8.5	21.0	8.9	27.6	21.9
Vormonat	13.2	14.5	-10.2	2.0	6.5	-52.4	7.3	20.9	7.4
Säuglinge	5.6	7.0	-35.6						
Vormonat	8.7	6.6	-35.6						
Total Pfl egetage	80.4	100.0	-11.5	28.5	100.0	-7.0	32.2	100.0	-8.0
Vormonat	90.8	100.0	-7.7	30.6	100.0	-9.7	35.0	100.0	-10.3
Tagesbetten	35	100.0	12.9	15	42.9	150.0	19	54.3	-20.8
Vormonat	31	100.0		6	19.4		24	77.4	

Tab. 3: Monatliches Personalinfor mations-System

PERSONAL - INFORMATION Planungs- und Produktivitäts- Uebersicht der von der Belegung abhängigen Abteilungen IPS / MEDIZIN / GERIATRIE	JANUAR			FEBRUAR		
	1993	VORJAHR	Veränd. Vormon.	1993	VORJAHR	Veränd. Vormon.
Stellen	33.3	34.6	-1.3	32.9	32.0	0.9
Stellen Budget	29.6	30.4	-0.8	29.6	30.4	-0.8
Stellen Forecast			0.0			0.0
Pfl egetage	1'121	1'109	12	1'027	1'130	-103
Pfl egetage pro Stelle (im Monat)	33.7	32.1	1.6	31.2	35.3	-4.1
Tagesbetten (=2 Pfl egetage)			0			0
Ø Anwesende MitarbeiterIn pro Tag	19.1	19.1		17.7	17.7	
Ø PFLTG. pro anw. Mitarb. (im Tag)	1.89	1.89		2.07	2.07	
Patienten	59	60	-1	47	67	-20
Ø Patienten pro anw. MitarbeiterIn.	3.1	0.0	3.1	2.7	2.7	
Unf./Krankh./Schwang. (Anz.Stellen)	0.6	0.0	0.6	1.9	1.9	
Ausbildung (Anz.Stellen)			0.0			0.0
Freitagsguthaben (Anz.Tage)	25.8	25.8		-10.7	-10.7	
Ferienguthaben (Anz.Tage)			0.0			0.0

Monatliche Pfl egetageübersicht

Diese Matrix wird monatlich erstellt mit Vormonatsvergleichen sowie Abweichungen vom entsprechenden Monat des Vorjahres.

Eine ähnliche Matrix (hier nicht extra vorgestellt) zeigt die Pfl egetageübersicht auflaufend (Januar bis.....) mit den entsprechenden Vorjahresvergleichen.

Auf Tab. 2 sehen wir eine Zusammenfassung der Pfl egetagestruktur.

%-Anteil:

Die oberste Linie der Spalte (Gesamtbetrieb 76.0 %) gibt Auskunft über die Zusammensetzung der einzelnen Pfl egetagekategorien (Allgemein, Halbprivat und Privat, Säuglinge) innerhalb einer Einheit (Gesamtbetrieb, Medizin, etc.).

Die untere Spalte (Gesamtbetrieb 100.0 %) zeigt die Gewichtung der einzelnen Abteilungen gegenüber dem Gesamtbetrieb innerhalb einer Pfl egetagekategorie.

%-Veränd. Vormonat:

Diese Spalte gibt die %-Veränderung zum Vormonat wieder, in diesem Fall also der Monat April 93. Bei der Zeile Vormonat ersieht man die Veränderung vom April zum März 1993. Somit haben wir praktisch den Überblick von drei Monaten, was Rückschlüsse über mögliche Trends zulässt.

Monatliches Personalinfor mations-System

Von 1990 bis 1992 operierten wir lediglich mit den Erfahrungszahlen einzelner Abteilungen im Bereich **Pfl egetage pro Stelle (im Monat)**. Diese Produktivitäts-Veränderungen können in Verbindung zu den Personalkosten im KORAS plus (Langnauer Modell) wesentliche Aufschlüsse darüber geben, ob die Abteilungen personell über- oder unterbelastet sind und welche finanziellen- und qualitativen Konsequenzen sich aus diesen Produktivitäts-Schwankungen zum Vormonat und Vorjahr ergeben.

Mit der ab Januar 1993 auf Wunsch der Pfl egedienstabteilungen eingeführten Personaleinsatzplanung PEP

Abb. 5

Bezeichnung der Kennzahlen	Unternehmens-Strukturen										Herkunft	Bemerkungen
	Strategische-Operative-	Marketing-Mitarbeiter-	Investitions-Finanz-	Medizinische-Pflegedienst-	Paramedizinische-Verwaltungs-							
Marketing (Statische Kennzahlen)												
Patienten-Befragung		X	X	X	X	X	X	X	X	X	Interne Fragebögen	Quartalsmässige Auswertung. Externe Stärke- Schwäche-Analyse. Bei grossem Korrekturbedarf auch Auswirkungen auf unsere Strategiepolitik.
Besis-3-Statistik	X		X	X	X	X	X	X	X	X	Gesundheitsdirektion des Kantons Bern	Auswertung jährlich. Zu- und Abwanderungen von Patienten von - od. in andere öffentliche oder private Spitäler (Veränderung unseres Marktanteils gegenüber dem Vorjahr). Beeinflusste unsere Investitionsplanung und unser Dienstleistungs-Angebot erheblich.
Mitarbeiter (Dynamische, externe Kennzahlen)												
Pflegekategorien		X	X	X		X			X		Pflege-Abteilungen	Versuchsphase abgeschlossen. Vereinheitlichung innerhalb des Kantons, daher Einführung nicht vor 1994. Monatliche Auswertung. Dient der Qualitätssicherung und wirkt komplementär zur Produktivität.
Personal-Information: Produktivität nach Stellen sowie pro anwesende MitarbeiterInnen.		X	X	X		X			X		Personal-Einsatzplanung PEP	Monatliche Auswertung. Dient zur Qualitätssicherung und Optimierung der Mitarbeiter-Planung. Grosse finanzielle Auswirkungen bei Fehlplanungen. Steht in engem Bezug zu den Pflegekategorien und zur Pflegekategorie
MitarbeiterInnen-Förderung (Statische Kennzahlen)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Leitbild, Spitalpolitik, Abteilungs-Zielvereinbarung	Einführung 1994. Interne Stärke- und Schwäche-Analyse. Jährliche Auswertung von Soll- Ist- Vergleichen in Bezug zur Spitalpolitik und zu den Abteilungs- Zielvereinbarungen. Kann Korrekturen einleiten, oder zu neuen Zielvereinbarungen führen.
Controlling (Dynamische, externe Kennzahlen)												
Bettenbelegung: (Patienten, Ø Aufenthaltsdauer, Pflage tage, Belegung) Veränderungen zum: Budget sowie Vormonats- und Vorjahresvergleiche, pro Monat und auflaufend.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	Patienten-abrechnung Pameda. Budgetvereinbarung pro Abteilung.	Geht monatlich an die Spitalführung sowie alle Abteilungen. Steht in engem Bezug zum KORAS plus. Kann zu schnellen operativen Entscheidungen und Korrektur-Massnahmen führen. Dient auch als Grundlage für die mittel- und langfristige Planung.
Patienten ambulant: (OPS, Gebärtsaal, Notfall, Röntgen, Diverse). Veränderungen mit: Vormonats- und Vorjahresvergleichen, pro Monat sowie auflaufend.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	Patienten-abrechnung Pameda.	Geht monatlich an die Spitalführung sowie an alle Abteilungen. Wird mit der Entwicklung der operativen und chirurgischen Methoden (Tageakliniken) an Bedeutung gewinnen.
KORAS plus (Langnauer Modell)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	Betriebsbuchhaltung Bebu on line	Geht monatlich an die Spitalführung sowie an alle Abteilungen. Kennzahlen pro Abteilung mit Erträgen (inkl.n.verb.Erträge), variablen-, und fixen Kosten, Deckungsbeiträgen (pro: Pflgt., Patient,Taxpkt., gefahrene Km, Fahrt, Kg. Wäsche, Sitzplatz etc.).
Fallkosten: Veränderungen mit: Vormonats- und Vorjahresvergleichen		X	X	X		X	X	X	X	X	Patienten-abrechnung Pameda	Einführung Herbst 1993. Monatliche Auswertung. Dient dem Arzt zur Orientierung. Veränderungen pro Fall ersichtlich mit Aufenthaltsdauer, variablen Kosten, Anzahl Labor und Röntgen etc..
Controlling (dynamische interne Kennzahlen)												
Ertragsanalysen, sowie Analysen erbringender Kostenstellen nach Auf-traggeber (inkl. Taxpunkte und nicht verb. Erträge).		X	X	X		X	X	X			Patienten-abrechnung Pameda	Dient der Budgetierung sowie als Instrument für die monatlichen Abgrenzungen.

Was meinen die Betroffenen?

Jeden Monat erhalten die Kaderkräfte und der Verwaltungskommissions-Ausschuss des Bezirksspitals Langnau i.E. eine detaillierte Übersicht über die Leistungen und Kosten des Vormonats und allfällige Budgetabweichungen. Was meinen die Betroffenen dazu? Das *Schweizer Spital* befragte Walter Lüssi, bis vor kurzem Präsident der Verwaltungskommission, Dr. med. H.R. Hunziker, Chefarzt Medizin, und Schwester Monika Lempen, Leiterin Pflegedienst.

Schweizer Spital: Herr Lüssi, Sie sind Geschäftsmann in der Privatwirtschaft, und Sie haben bis vor kurzem die Verwaltungskommission eines öffentlichen Spitals präsi diert. Sind das für Sie zwei verschiedene Welten? Oder gelten für Sie im Spitalwesen die gleichen unternehmerischen, marktwirtschaftlichen Überlegungen und Grundsätze wie im Geschäftsleben?

Walter Lüssi: Ein Ingenieurbüro und ein Spital sind natürlich ganz verschiedene Welten. Die grundsätzlichen unternehmerischen Überlegungen sind aber für beide Unternehmen gültig: Es soll mit minimalem Aufwand die geforderte Qualität der Dienstleistung erbracht werden. Die geforderte Qualität im Spital zu definieren, ist recht subtil. Wieviel Zeit soll eine Krankenschwester für Gespräche mit einem Patienten aufwenden dürfen? Wieviel an ärztlichen Untersuchungen ist sinnvoll? Genügt eine Röntgenaufnahme, oder soll ein Computertomogramm erstellt werden, obschon bei einem Patienten der allgemeinen Abteilung dem Mehraufwand keine entsprechenden Mehreinnahmen gegenüberstehen? Es ist schon viel gewonnen, wenn man die Fragen überhaupt stellt und die Mitarbeiter dazu bringt, auch an die Kosten seite ihres Handelns zu denken.

Schweizer Spital: Sehen Sie im Controlling-System des Bezirksspitals Langnau ein taugliches Instrument für ein kostenbewusstes Spital-Management?

Walter Lüssi: Das Controlling-System, wie wir es im Spital Langnau eingeführt haben, gibt der verantwortlichen Behörde das erste Mal die Chance, rechtzeitig ins Geschehen einzugreifen und nicht erst im März des Folgejahres das Ergebnis zu erfahren und

dann die Schuldigen zu suchen und darüber zu beraten, was man im nächsten Jahr besser machen wolle. Seit der Einführung des monatlichen Controlling-Berichtswesens waren wir immer über die effektive Entwicklung im Verhältnis zum Budget orientiert. Der gewichtigste Effekt ist aber sicher der, dass die Behörde gar nicht selber aktiv werden musste, weil die Verantwortlichen im Spitalbetrieb Schwachstellen selber wahrnahmen und entsprechend reagierten. Es wurden auch sehr bald Bereiche gefunden, wo ganz klar Kosten eingespart werden konnten, ohne dass die Qualität der Dienstleistung darunter zu leiden hätte. So setzt man zum Beispiel die Teilzeitbeschäftigten im Pflegedienst gezielt nur dann ein, wenn ihre Leistung auch tatsächlich benötigt wird, nämlich dann, wenn der Patienten anfall gross ist oder um Absenzen des Stammpersonals auszugleichen. Kurz: Mit dem Controlling ist man orientiert und kann auch aktiv die Kosten beeinflussen.

Schweizer Spital: Herr Dr. Hunziker und Schwester Monika: Was bedeutet es für Sie als Arzt respektive als Krankenschwester, wenn Sie jeden Monat mit Aufwand und Ertrag Ihrer Kostenstelle konfrontiert werden?

Dr. Hunziker: Die Präsentation der monatlichen Aufwand- und Ertragsrechnung und der Vergleich mit den Budgetzahlen für jene Kostenstelle innerhalb des Gesamtbetriebs, für die man selbst die Verantwortung trägt, wirkt stimulierend. Ganz im Gegensatz dazu fehlt die Motivation zur ernsthaften Auseinandersetzung mit Zahlen, die bereits der Vergangenheit - nämlich dem vergangenen Jahr - angehören und deren Zustandekommen, wenn sie sich auf den Gesamtbetrieb beziehen, nicht durchschaubar sind. Bei monatlicher Präsentation der «persönlichen» Zahlen kann man bei Abweichungen von den Erfahrungswerten einzelner Posten auf der Aufwand- und Ertragsseite den Ursachen nachgehen und eventuell rechtzeitig eine Korrektur anbringen. Ferner leistet jeder Kostenstellenverantwortliche dadurch, dass sich Aufwand und Ertrag seiner Abteilung innerhalb des Budgets bewegt, seinen sichtbaren Beitrag zur Einhaltung des Gesamtbudgets. Schliesslich wird durch Aufschlüsselung von Gesamtaufwand und -ertrag in verschiedene Posten ersichtlich, wo die

«grossen Zahlen liegen» und wo am effektivsten der Hebel, falls möglich und nötig anzusetzen ist zur Verbesserung der Betriebsrechnung.

Monika Lempen: Nur anfänglich empfand ich die monatliche Bekanntgabe der Kostenstellenergebnisse als eine Konfrontation mit Zahlen. Heute, etwa drei Jahre nach der Einführung des Controllings in unserem Betrieb, dient der «monatliche Kassensturz» als wichtiges Führungs- und Planungsinstrument. Die zuverlässige monatliche Standortbestimmung regte bald einmal zu organisatorischen Änderungen, zu neuen Zielsetzungen und Ideen an. Es entstand eine neue Mitarbeiterphilosophie. Die starke Mitarbeiterpartizipation, insbesondere die Einbindung der Abteilungsoberschwestern in die Controlling-Zielsetzungen, führte zur direkten Beeinflussung und Verbesserung der Controllingergebnisse.

Schweizer Spital: Was unternehmen Sie, wenn Sie feststellen, dass in dem Bereich, für den Sie Verantwortung tragen, das Budget nicht eingehalten wird?

Dr. Hunziker: Der Handlungsspielraum ist leider nicht sehr gross. Kurzfristig können auf der Ertragsseite keine zusätzlichen Patienten «beschafft», es kann auch die Aufenthaltsdauer nicht verlängert oder eine ertragsgünstigere prozentuale Verteilung zwischen Allgemein- und Halbprivat-/Privatpatienten realisiert werden. Bei längerfristig gleichbleibenden Tendenzen ist jedoch nach den Ursachen für die Budgetprobleme zu fragen (wandern Patienten in die Konkurrenzspitäler ab und wenn ja, warum? Nimmt das Missverhältnis zwischen Allgemein- und Halbprivat-/Privatpatienten zu?) und daraus resultierend nach möglichen Gegenmassnahmen zu suchen.

Monika Lempen: Mögliche Massnahmen bei Budgetabweichungen sind: Überprüfung und gegebenenfalls Abbau von Ferien- und Überzeitguthaben; Miteinbezug des Patientenforecast, zum Beispiel Geburten, in die Mitarbeiter einsatzplanung; bei Gesuchen um unbezahlten Urlaub auf Monate mit voraussichtbaren Personalüberschüssen hinweisen; flexible Handhabung und Entgegenkommen beim individuellen Wunsch nach Reduktion des Beschäftigungsgrades; Neuanschaffungen auf Monate mit voraussichtlich besseren Abteilungsergebnissen verschieben.

Les indicateurs de gestion

Le pouls de l'entreprise?

Quels indicateurs, avec quelle périodicité, à qui et à quel coût? Autant de question à se poser pour faire des indicateurs de gestion un outil efficace et non pas de la paperasserie inutile.

Les responsables de l'hôpital de district de Langnau en sont arrivés à faire la distinction entre indicateurs statiques et indicateurs dynamiques. Les premiers sont collectés une fois par an pour les statistiques de la VESKA et servent également aux comparaisons cantonales. Ces chiffres sont essentiels aux décisions visant à développer le potentiel stratégique de l'établissement.

Les indicateurs dynamiques, quant à eux, sont comparables aux résultats des examens de radiologie ou de laboratoire qui servent de base au diagnostic médical. Ils mesurent le pouls de cet organisme vivant qu'est l'hôpital. Comparés à des valeurs de référence, ils permettent la correction.

Ces «valeurs de référence» sont cependant difficilement comparables entre établissements. Car même avec des structures identiques, les critères de mesure varient. On ne saurait comparer, par exemple, les indicateurs de productivité de l'hôpital de Langnau à ceux d'une autre institution, car la répartition des soins dans les diverses unités n'est pas la même. En règle générale, la valeur de référence se cristallise automatiquement pour chaque département sur la base de son exploitation spécifique et de l'expérience acquise au cours des périodes précédentes.

Les indicateurs dynamiques se distinguent des indicateurs statiques par le fait qu'ils sont orientés sur une réalité physique et des données d'exploitation et qu'ils doivent représenter avec transparence les circuits dominants et les mécanismes régulateurs de l'hôpital.

Ils sont publiés à un rythme mensuel et distribués dans les départements con-

cernés, où ce sont moins les chiffres eux-mêmes qui ont de l'importance, mais les variations par rapport aux mois précédents. Lors de l'analyse de ces variations, on tient compte également des relations et influences sur la statistique des autres indicateurs.

Internes et externes

Parmi les indicateurs dynamiques, on distingue encore deux catégories: les indicateurs internes et les indicateurs externes.

Les indicateurs internes servent au Controlling et ne seront publiés que sporadiquement, en cas d'écarts importants. C'est le cas, par exemple, lorsque les recettes réelles s'écartent des recettes budgétisées, alors que les journées de malade et la proportion des patients privés et demi-privés sont conformes aux prévisions. Ainsi, un tableau réparti journées de malade, recettes et coûts de la journée en 12 catégories de financement et permet d'analyser la structure de la taxe hospitalière en fonction des recettes pour chaque département. On peut ainsi saisir les recettes mensuelles en fonction du budget, analyser leur structure et répondre à des questions concernant chaque département par rapport à l'ensemble de l'exploitation.

Les indicateurs externes sont partie intégrantes de la structure de direction, d'information et d'organisation de l'hôpital de district de Langnau et sont diffusés dans le cadre de rapports mensuels. L'évaluation mensuelle des indicateurs donne à la direction de l'établissement les impulsions nécessaires pour soit, adapter les objectifs aux chan-

gements intervenus, soit prendre des mesures qui assurent la correction en cours d'exploitation des écarts indésirables entre les résultats, les objectifs et le budget.

Les indicateurs doivent être saisis et exploités systématiquement, afin de garantir la transparence et de rendre possible la comparaison entre les périodes. Cette systématique permet aux cadres de s'habituer progressivement à la représentation statistique. En outre, leur diffusion doit être assortie d'un commentaire.

Le rapport mensuel indique l'occupation des lits, la durée de séjour et le nombre de malades, globalement et par département, en comparaison avec le mois précédent, et le même mois de l'année précédente. On enregistre également la variation des journées de malade par rapport aux mêmes périodes de l'année précédente, globalement et par département.

Les principaux indicateurs mensuels

En plus de l'évaluation mensuelle des résultats par centre de profit, prestation et centre de charge, les principaux indicateurs sont la comparaison avec les prévisions d'occupation des lits, de durée de séjour, de journées de malade, journées de malade par département en section commune, privée et demi-privée, nourrissons; des informations touchant le personnel, nombre de postes, de jours de soins par poste, les absences, le nombre de patient par employé, les accidents, maladies, grossesses, congés de formation, les avoirs vacances et avoirs en jours de congés.

La planification des postes introduites à la demande du personnel depuis janvier 1993, permet d'affiner les données de planification et de productivité. La nouveauté consiste dans le fait que les postes planifiés sont en relation exacte avec les absences réelles par suite de maladie (grossesses et accidents) et de formation, et avec l'évolution des avoirs congés et vacances. Pour les chefs de service, ces données sont beaucoup plus concrètes, du fait que l'on parle de collaborateurs effectivement présents par jour et non pas de notion abstraite de postes. Dans le budget des frais de personnel, il est possible aussi de se référer à des chiffres de productivité basés sur l'expérience, puisque le nombre de postes est défini par les prévisions de journées de malade.

En outre, on prévoit d'introduire une statistique mensuelle par catégorie de soins et, pour les médecins, une évaluation mensuelle des coûts par cas, qui leur permettra de mettre en évidence les cas à l'origine des modifications de la durée de séjour moyenne et de saisir dans quelle catégorie le coût moyen a augmenté ou diminué. Cette statistique donnera aussi la moyenne des examens de laboratoire et de radiologie.

Les indicateurs font partie du système de régulation et doivent être solidement intégrés dans l'entreprise. Un tel système doit être conçu de façon à pouvoir réagir rapidement aux modifications internes et externes. C'est un organisme vivant à concevoir comme un réseau cybernétique, où les divers secteurs, stratégiquement et opérationnellement autonomes, sont aussi des composantes de l'ensemble et doivent communiquer régulièrement. Cette structure d'entreprise en réseau est illustrée dans le diagramme publié dans le texte allemand.

Agents de communication interne

Les expériences faites à l'hôpital de district de Langnau montrent que la communication entre et à l'intérieur des départements peut être considérable-

ment améliorée grâce aux indicateurs. Depuis l'introduction de ces rapports mensuels, le potentiel de conflit n'a pas forcément diminué, mais contrairement à ce qui se passait précédemment s'est limité aux aspects factuels. Les problèmes ne sont plus simplement occultés et attribués à la rigidité du système de santé. Une volonté de changer ce qui peut l'être se manifeste. Bref, on constate une attitude en général plus positive.

Le risque existe évidemment qu'on ne finisse, la routine aidant, par négliger

l'indispensable travail d'analyse des chiffres. En outre, la "factualisation" d'une communication fondée sur des chiffres n'a pas pour but d'éliminer les composantes relationnelles (malentendus, antipathies, etc.) qui existent entre cadres et collaborateurs. Dans un hôpital plus qu'ailleurs, l'approche humaine doit être préservée en dépit du controlling et des chiffres. Nous ne devons pas craindre les machines, les ordinateurs, les indicateurs, mais plutôt les hommes qui se mettent à penser et à se comporter comme elles.

Charles Kleiber

Docteur en sciences politiques et sociales
Directeur général, Service des hospices cantonaux, Lausanne

Holdings hospitaliers – chances et risques



Congrès suisse des hôpitaux
27 et 28 octobre 1993, Berne

Programme, renseignements et inscription:
Centre de formation Aarau
Tél. 064/24 00 25, Fax 064/24 11 25



Nous sommes les seuls à pouvoir vous apporter

- Une gamme de plus de 60 services pour l'entretien et le nettoyage hospitaliers.
- Une expérience de plus de 20 ans dans plusieurs centaines d'hôpitaux, d'établissements médico-sociaux, de laboratoires, etc., dans 15 pays en Europe, aux Etats-Unis et au Brésil.

Wir allein können Ihnen bieten

- Eine breite Palette von mehr als 60 Dienstleistungen für die Wartung und Reinigung von Kliniken und Krankenhäusern.
- Eine mehr als 20jährige Erfahrung in Hunderten von Kliniken, Krankenhäusern, Pflegeheimen, Laboratorien usw. . . , in 15 europäischen Ländern, dazu in U.S.A. und Brasilien.

Hospital service®

Société suisse pour les services hospitaliers

Rue Lect 29
CH-1217 Meyrin 1/Genève
Tél. 022 / 785 59 00
Fax 022 / 785 59 63

Avenue des Baumettes 7
CH-1020 Renens 1/Lausanne
Tél. 021/636 31 31
Fax 021/636 31 41