



AKG-Treff 20./21.10.2016

Bericht der Arbeitskreise

Benchmark 2015

Personal
Finanzen
Medizincontrolling

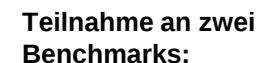
Arbeitsgemeinschaft
kommunaler
Groß-Krankenhäuser

akg





Keine Teilnahme



- Personalmanagement
- Finanzcontrolling



- Personalmanagement
- Medizincontrolling



Arbeitskreis Finanzen: 15 KH'ser
Arbeitskreis Personal: 20 KH'ser
Arbeitskreis MedCO: 12 KH'ser

Die Standorte sind alphabetisch sortiert
Die Kürzel der Standorte ergeben sich aus den jeweiligen KFZ-Kennzeichen

- Bereitstellung von aggregierten Strukturdaten für die AKG - Öffentlichkeitsarbeit
- Ablösung des DKI-Benchmarks
- Reduzierung des Datenerhebungsaufwandes
- Vermeidung von „Datenfriedhöfen“, Beschränkung auf „ohnehin“ vorhandener Daten
- Verständigung zu neuen steuerungsrelevanten Benchmark-Inhalten
- Datenauswertung möglichst direktem Online-Zugang für die Benchmark-Teilnehmer
- Transparenz, einfache Vergleichbarkeit



Themenfelder



Finanz- controlling

- Strukturdaten
- Benchmark absoluter Daten wie bisher
- Top-Level-Problematik
- Kennzahlen-Benchmark
- Ausblick



Personal- management

- Krankenquote
- Fluktuationsquote
- Fachquoten
- Altersdurchschnitt



Medizin- controlling

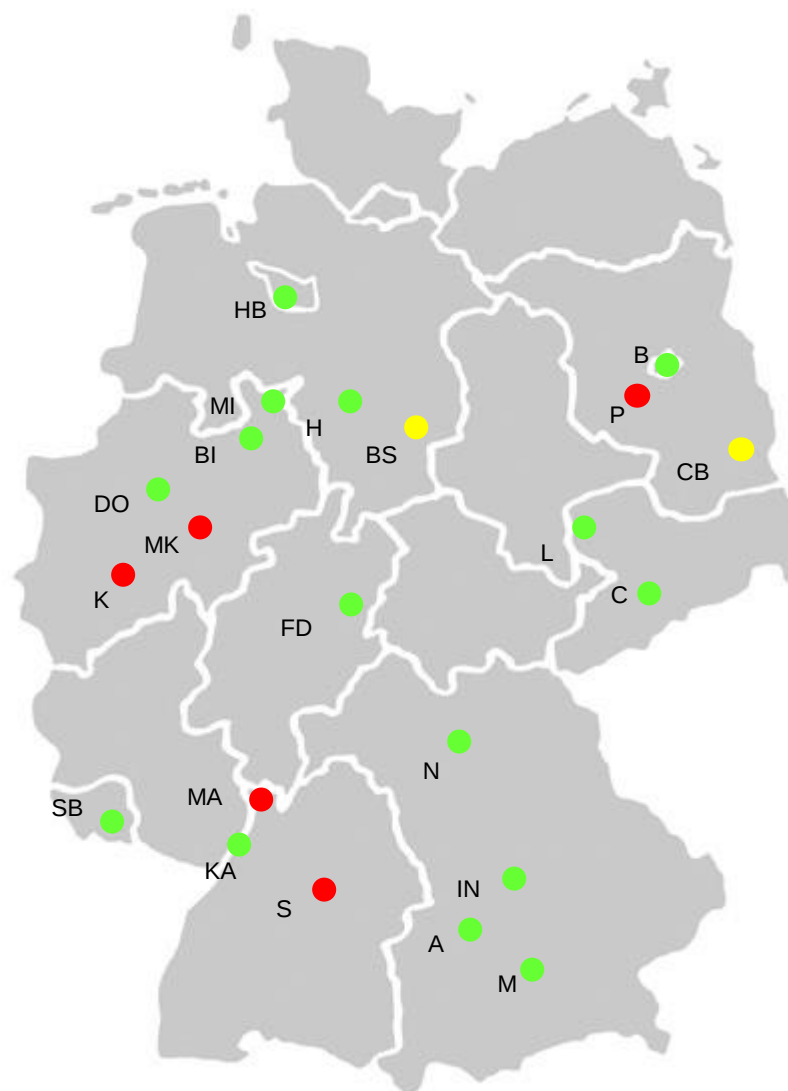
- Fälle
- Case-Mix-Punkte
- Case-Mix-Index
- Verweildauer



Teilnahme am Finanz-Benchmark

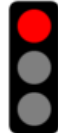
Datenerhebung Strukturdaten und vertraglich vereinbarte Benchmarkdaten

●	Augsburg	= A
●	Berlin	= B
●	Bielefeld	= BI
●	Braunschweig	= BS
●	Bremen	= HB
●	Chemnitz	= C
●	Cottbus	= CB
●	Dortmund	= DO
●	Fulda	= FD
●	Hannover	= H
●	Ingolstadt	= IN
●	Karlsruhe	= KA
●	Leipzig	= L
●	Lüdenscheid	= MK
●	Mannheim	= MA
●	Minden	= MI
●	München	= M
●	Nürnberg	= N
●	Potsdam	= P
●	Saarbrücken	= SB
●	Stuttgart	= S
●	Köln	= K



 **Lieferung
Strukturdaten und
Teilnahme am
Finanz-Benchmark**

 **Lieferung
Strukturdaten und
keine Teilnahme am
Finanz-Benchmark**

 **Keine Lieferung
Strukturdaten und
keine Teilnahme am
Finanz-Benchmark**



Die AKG vertrat in 2014 rund 6% des bundesdeutschen Krankenhausmarktes

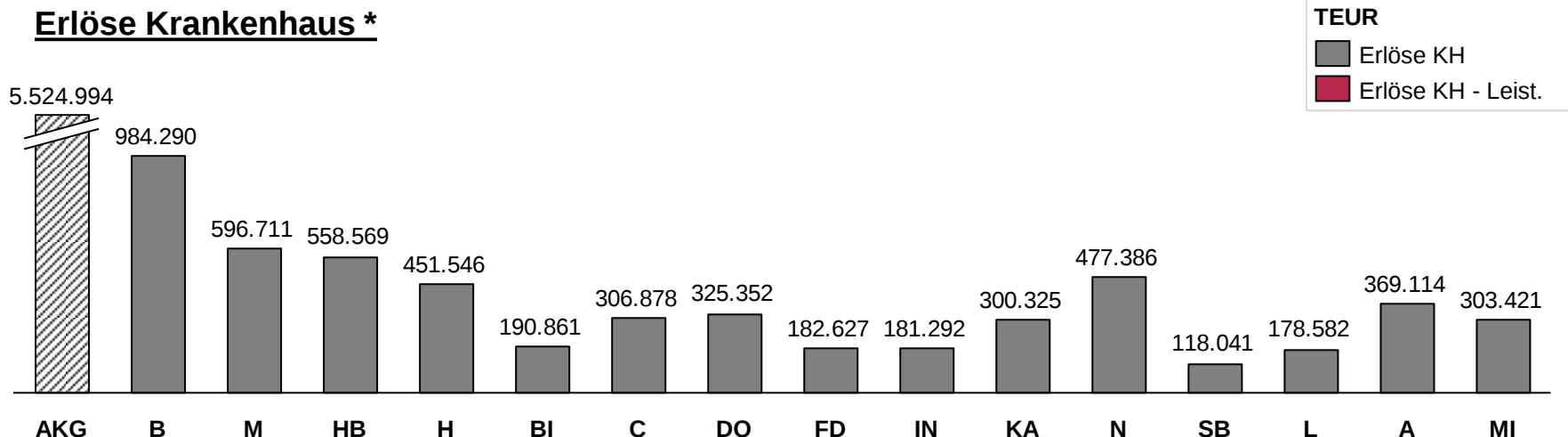
	2012	2013	2014	2015
Teilnehmende Standorte	20	20	22	17
Anzahl Betten	35.141	35.124	39.446	27.600
Anzahl Vollkräfte	82.009	82.335	94.140	60.887
Anzahl Auszubildende	6.585	6.651	7.477	5.148
Fallzahl vollstationär	1.396.687	1.406.355	1.595.666	1.337.920
Casemix vollstationär	1.536.677	1.559.509	1.744.948	k.A.
Anzahl amb. Patienten	2.774.852	2.863.105	3.211.373	2.404.329
Anzahl Notfälle	1.325.754	1.382.446	1.538.210	1.155.165
Umsatz in €	6.811.975.210	6.982436.543	7.989.917.061	6.408.757.000
Investitionen in €	516.471.241	537.608.490	618.873.874	428.657.000



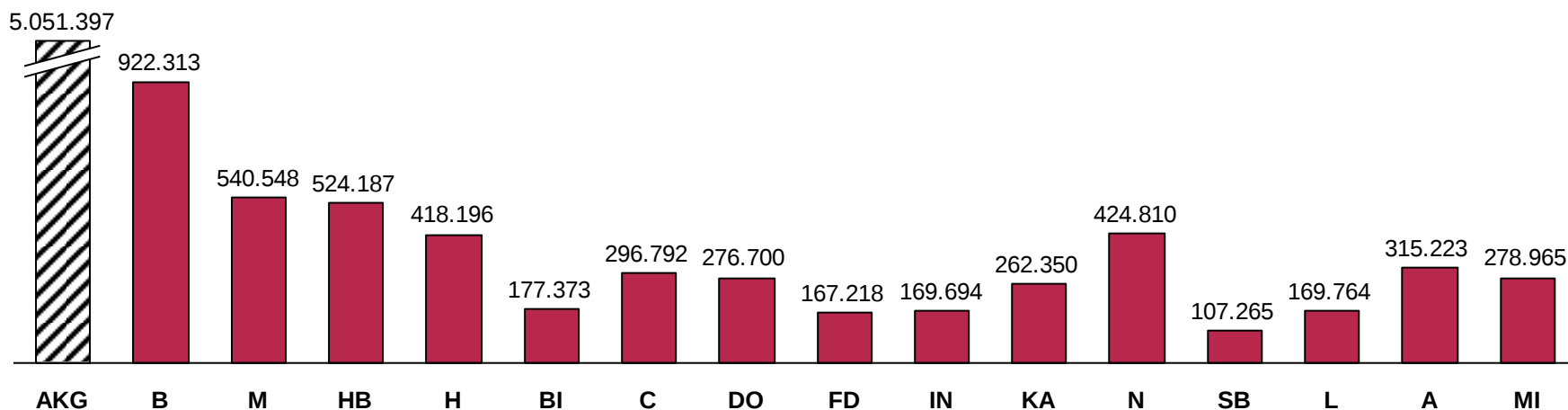
Wie es im DKI-Benchmark war....

Erlöse KH * und Erlöse aus Krankenhausleistungen ** je Standort

Erlöse Krankenhaus *



Erlöse aus Krankenhausleistungen **



* Erlöse KH: Summe aus Erträge Krankenhausleistungen, Wahlleistungen, Ambulanten Leistungen und Nutzungsentgelten

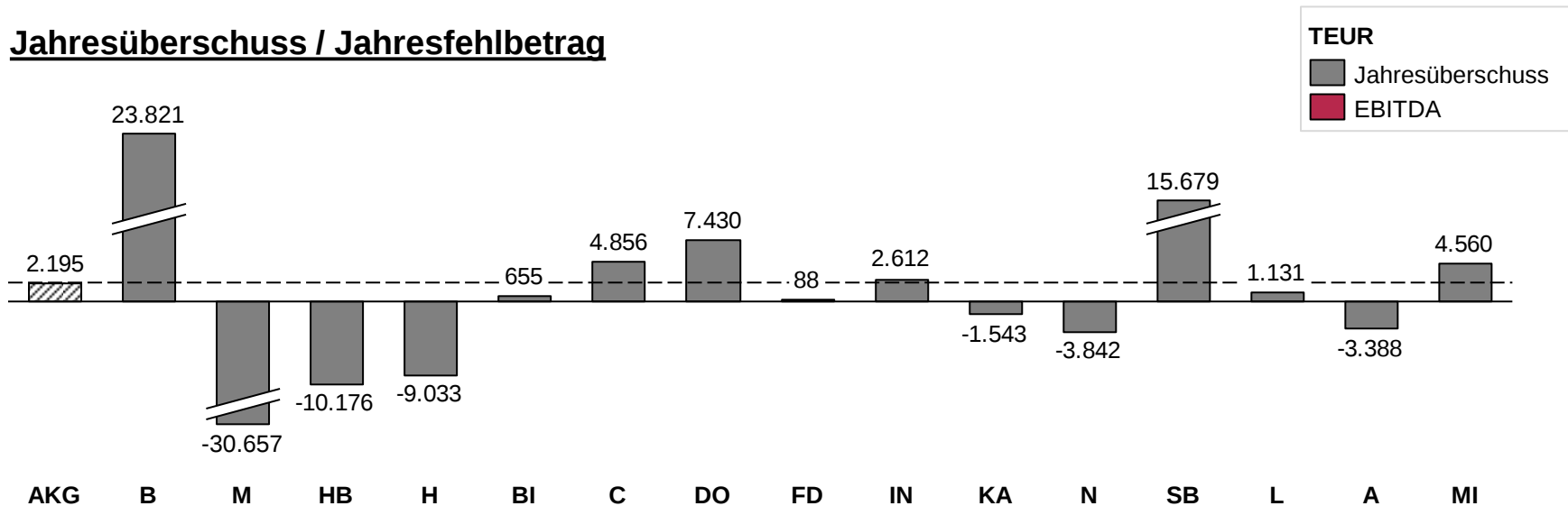
** Erlöse Krankenhausleistungen: Summe aus Erlöse aus DRG E1, E2-E3.3, Erlöse Psychiatrie, sonst. Erlöse aus Krankenhausleistungen



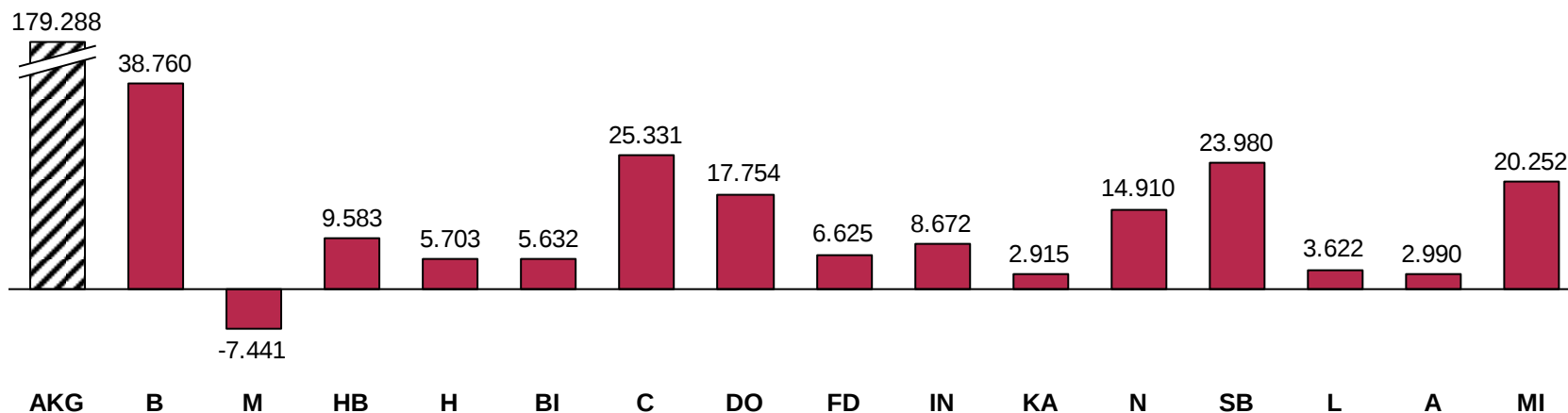
...aber nicht mehr (ausschließlich) sein sollte

Jahresüberschuss und EBITDA je Standort

Jahresüberschuss / Jahresfehlbetrag

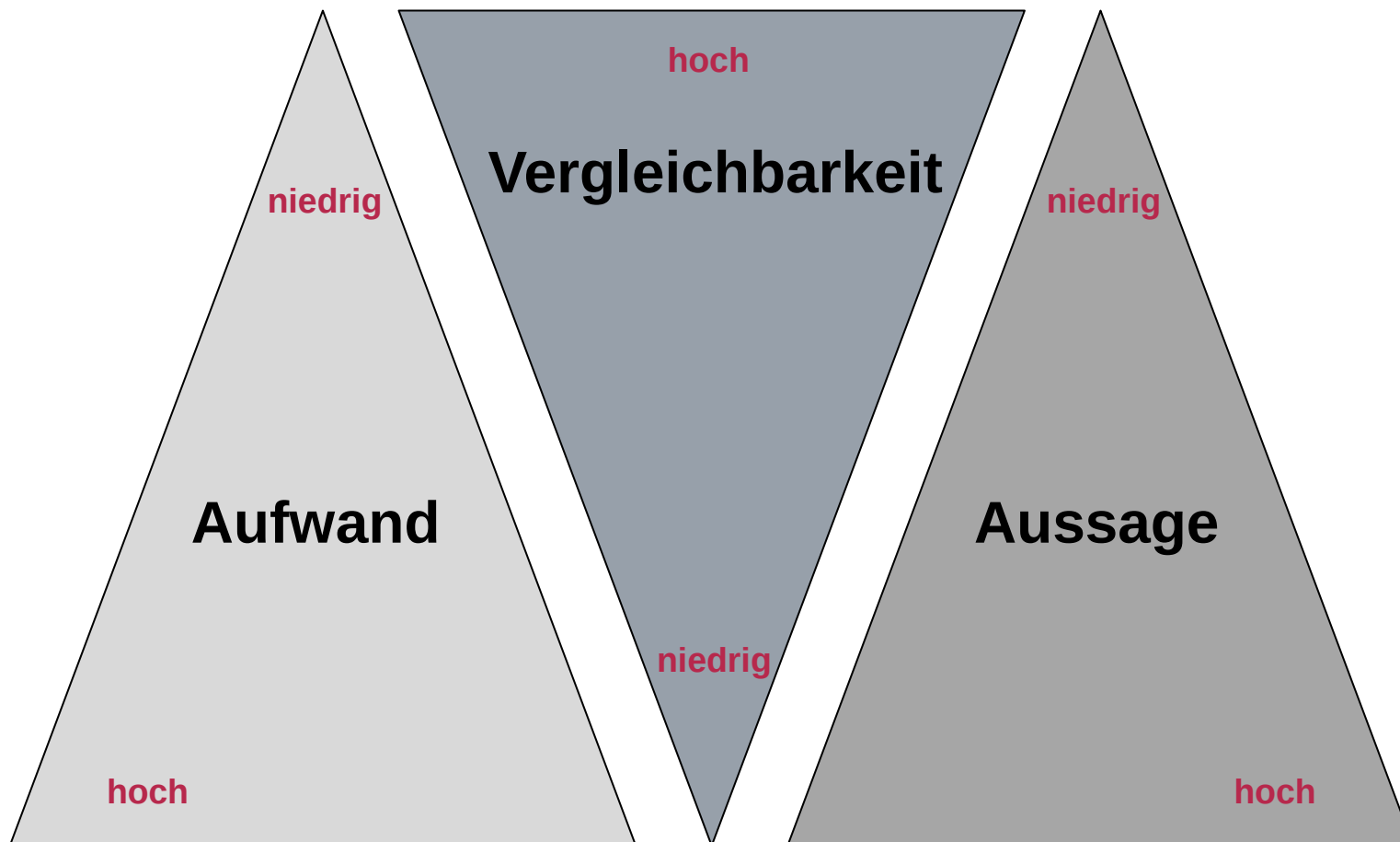


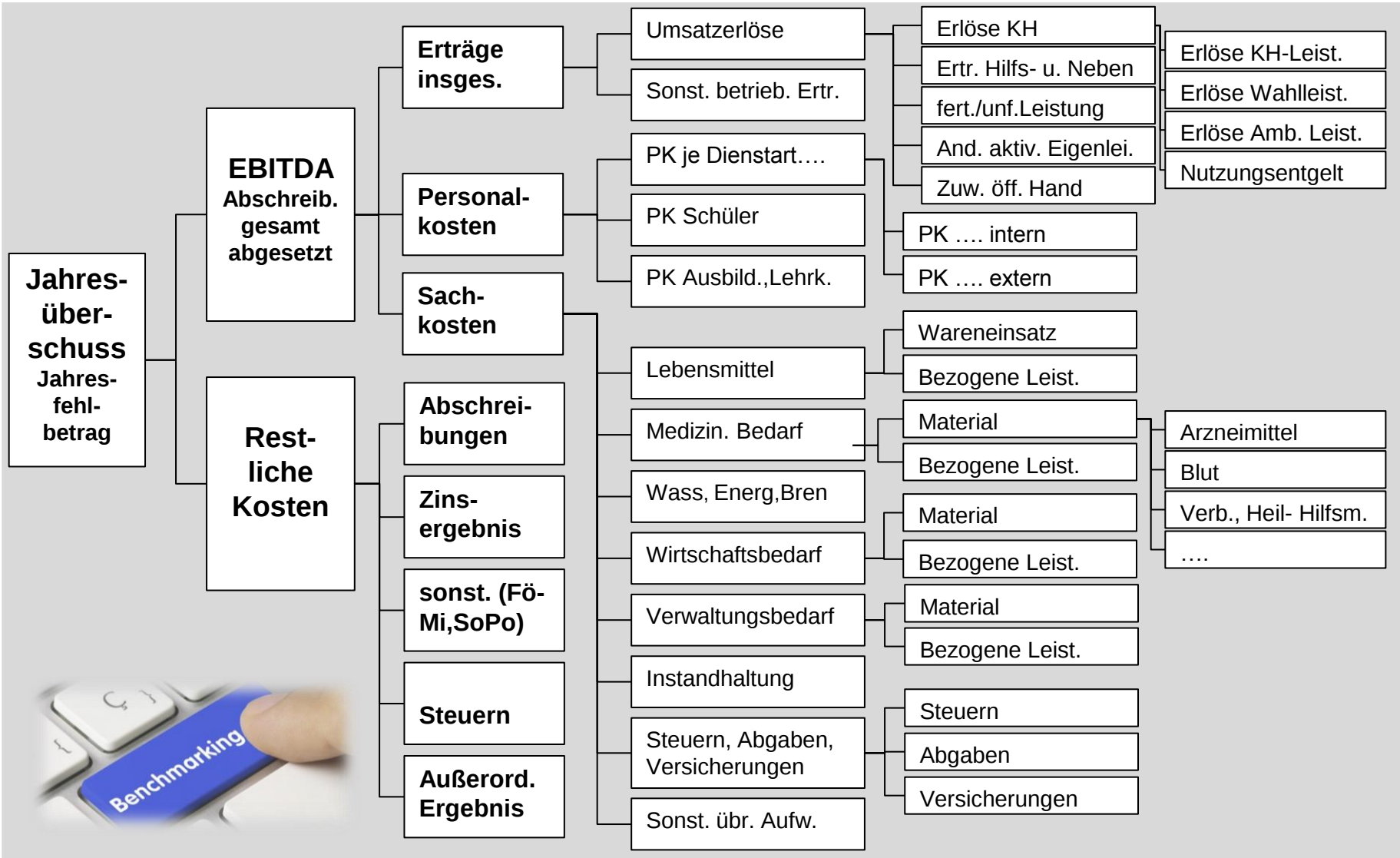
EBITDA





akg —

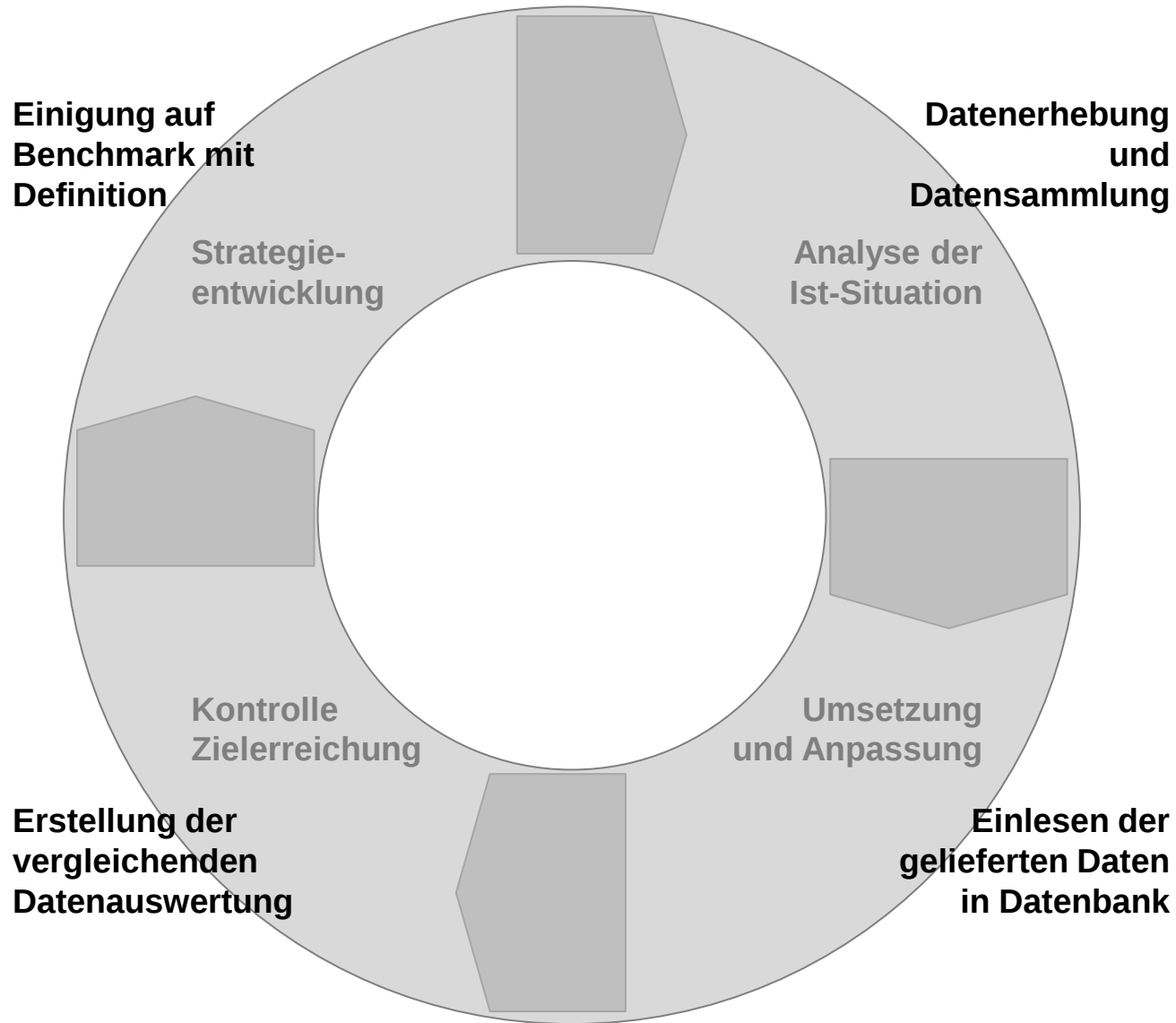
aggregiert**detailliert**





Benchmark - Kreislauf

Grundstruktur des Benchmarks bleibt





Kennzahlen – Set nach AKG Treffen FinanzCO am 13.10.2016

- Jahresüberschussquote
- EBITDA Quote
- Personalkostenquote inkl. Leasing (Weißer Bereich – ÄD, PD, MTD, FD)
- Materialquote des Medizinischen Bedarfs
- Instandhaltungsquote
- Erlösanteile im Aufriss
- Eigenkapitalquote
- Schnittkosten ÄD und PD ohne Leasing

Kennzahlen, die mit der erfassten Datengrundlage auch möglich, aber nicht geeint sind

- Personalproduktivitäts-Kennzahlen unter besonderer Berücksichtigung der Vollkräfteerfassung

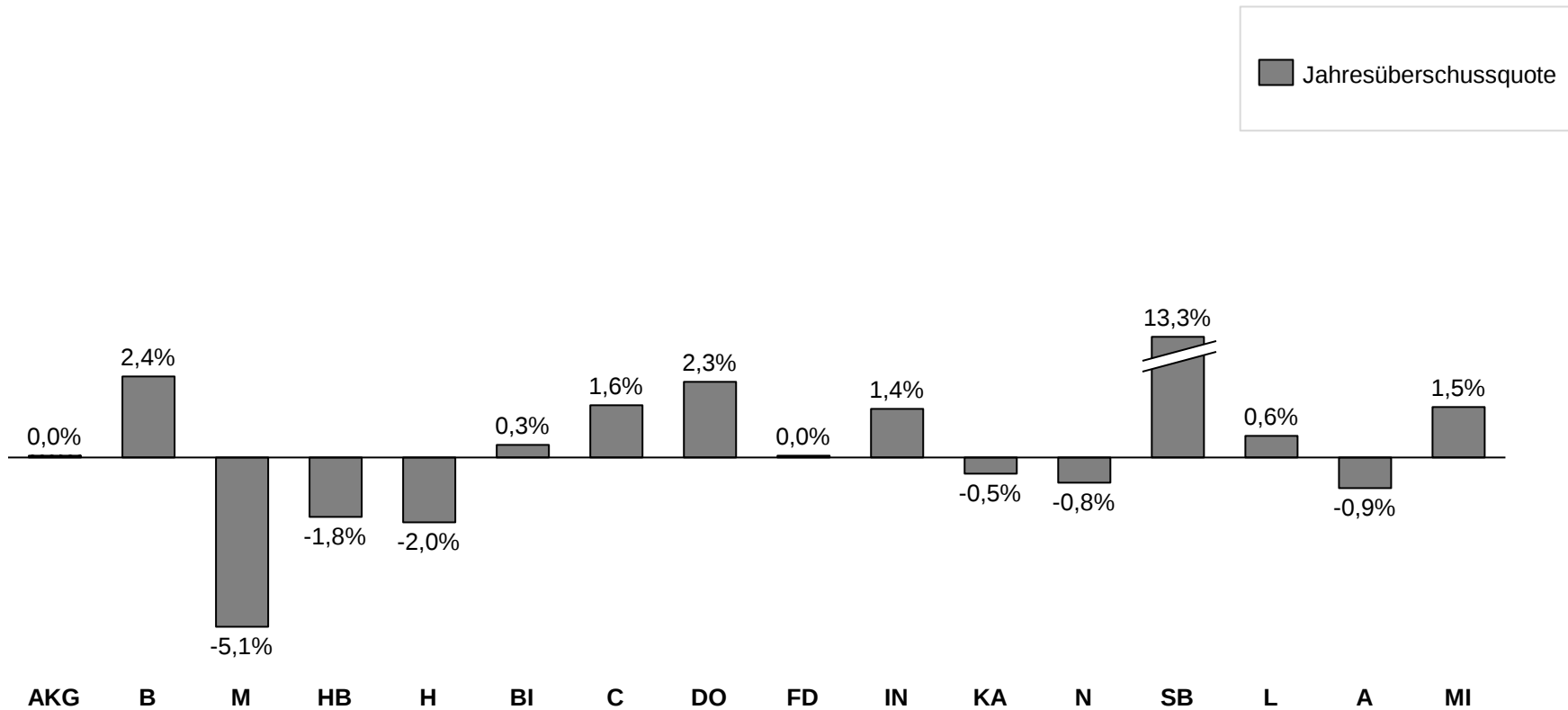
Vollkraft (VK):

- a. Sollstunden nach Wochen-Arbeitszeit, ausgegangen wird immer von einer 100% VK; die ausgezahlten Überstunden sind nicht in Mengen umgerechnet
 - b. Die vertraglich geschuldete Arbeitszeit wird um bewertete Überstunden ergänzt (VK + bezahlte Überstunden)
 - c. Die vertraglich geschuldete Arbeitszeit wird um bewertete und unbewertete Überstunden ergänzt (VK + bezahlte Überstunden + unbezahlte Überstunden)
- Datenvergleich auf Fachabteilungsebene



FinanzCO - Kennzahlenvergleich

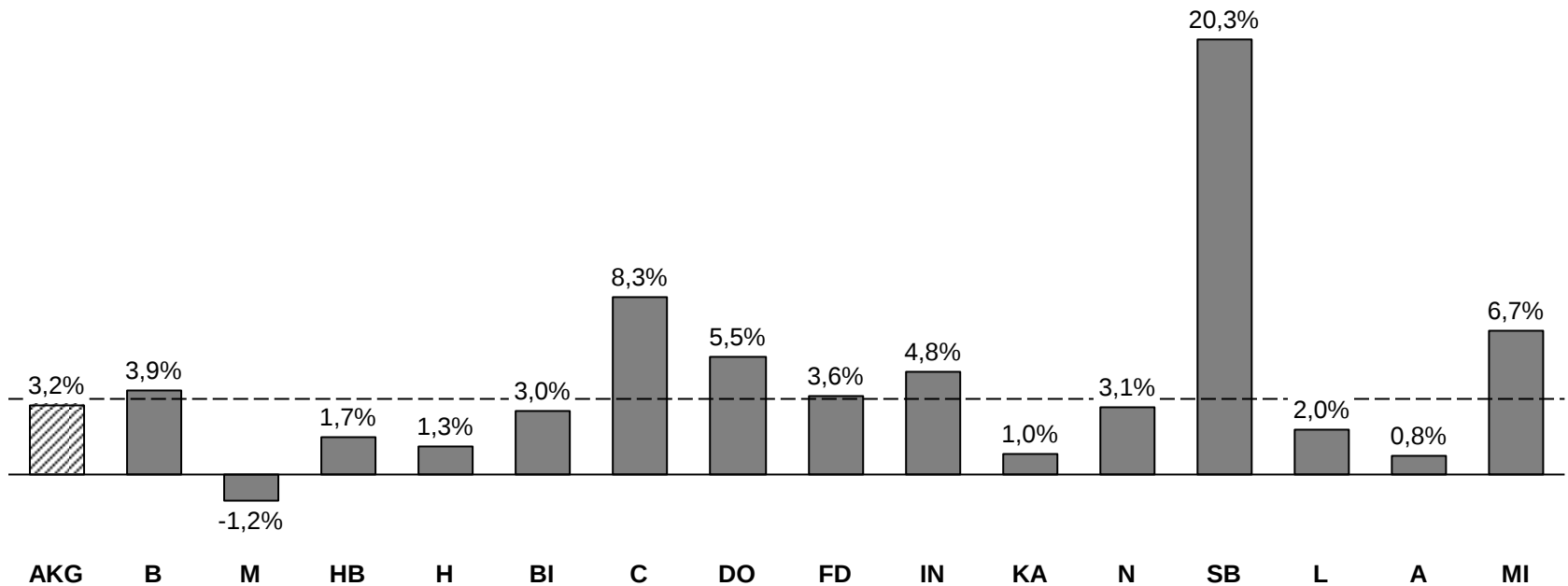
Jahresüberschussquote (Jahresüberschuss / Erlöse KH)

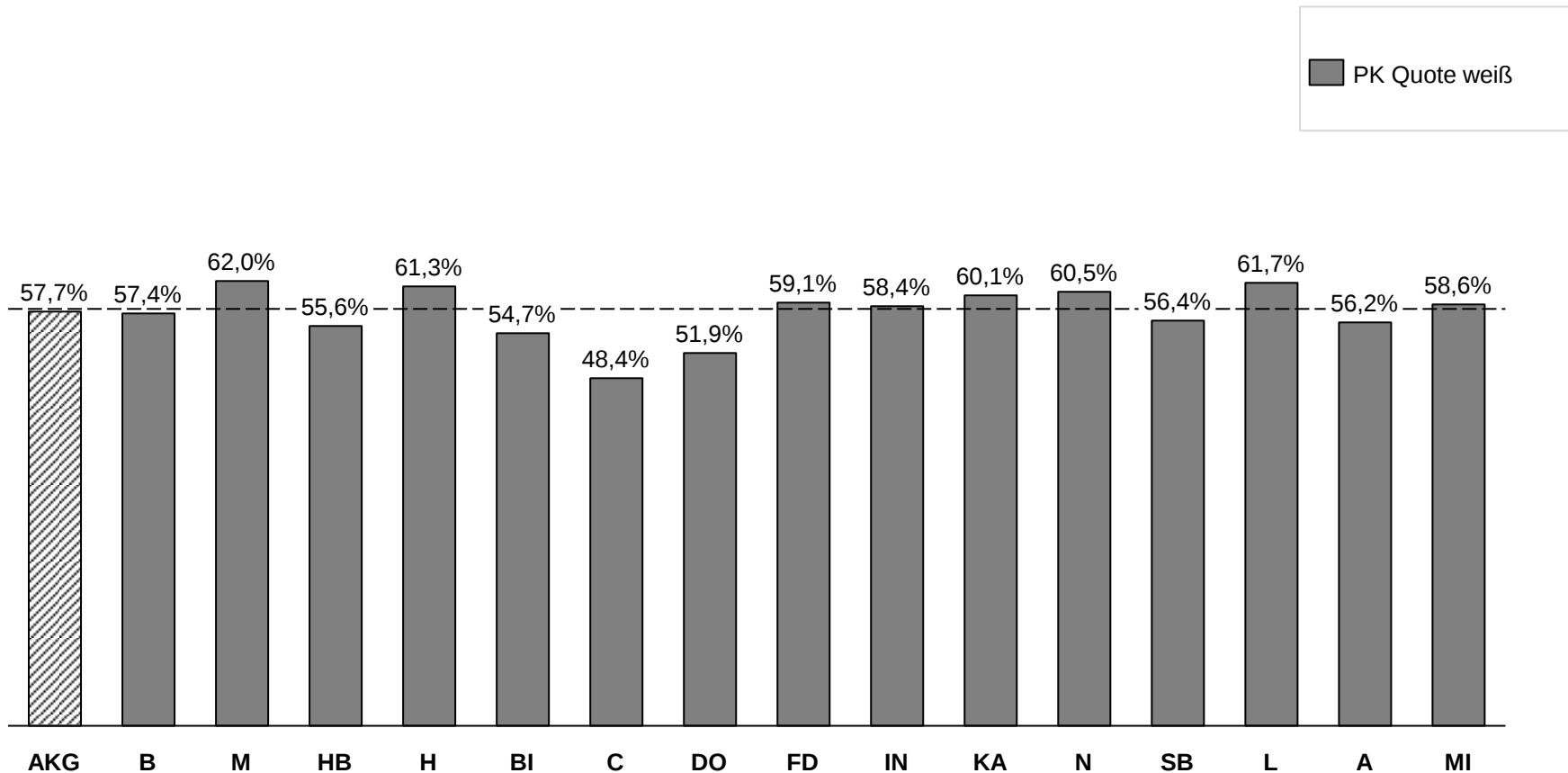


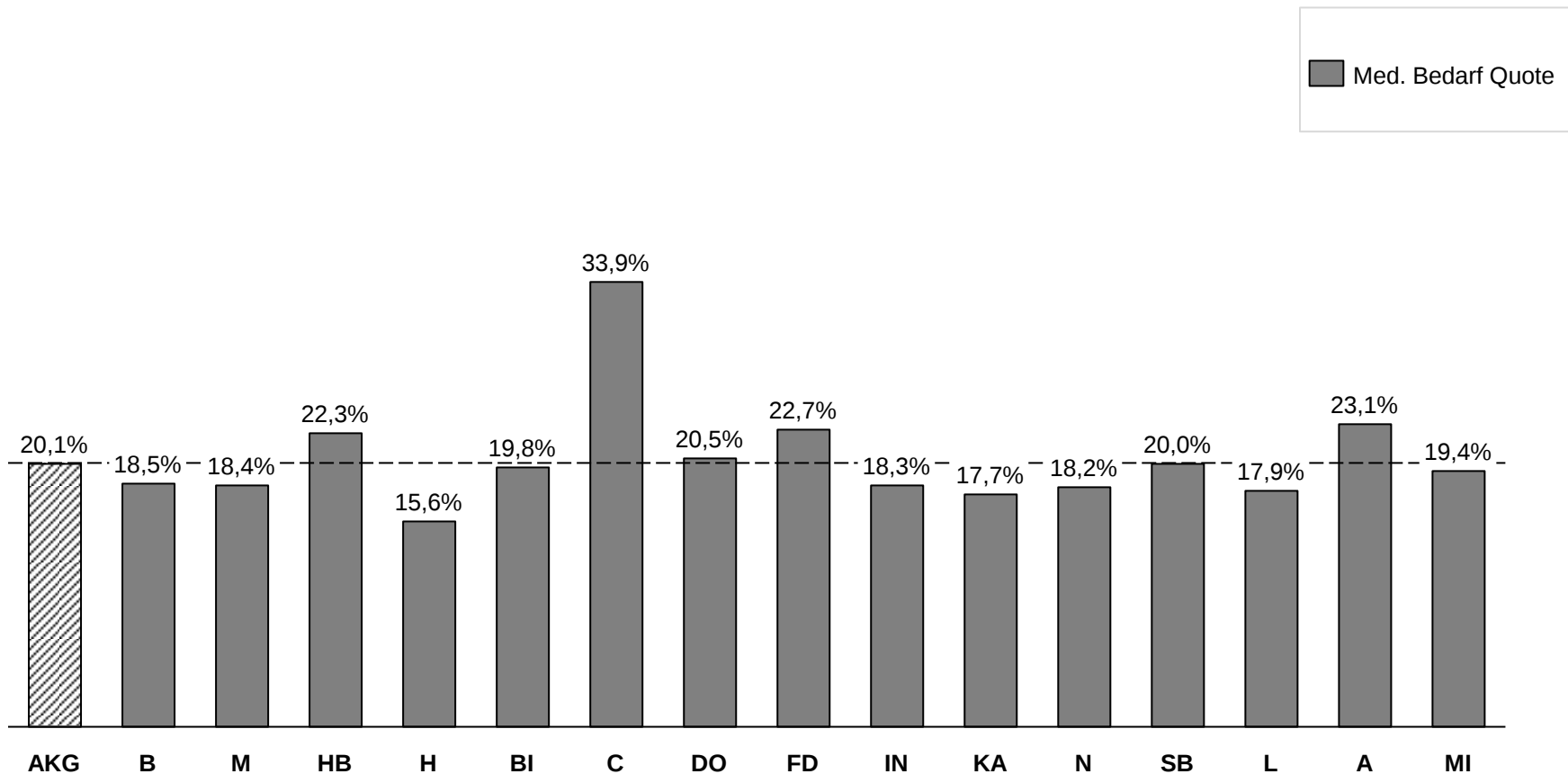


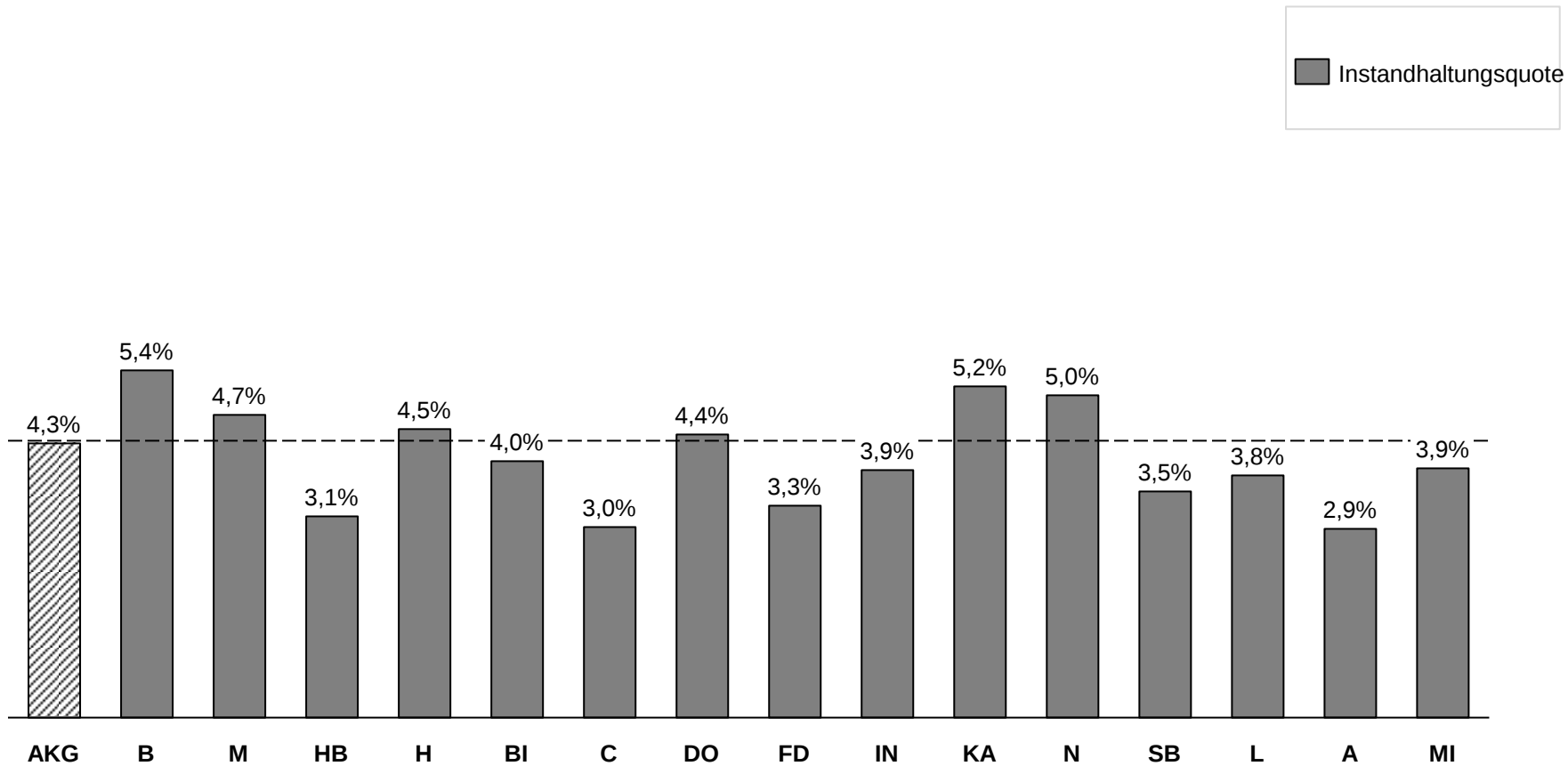
- Sehr hohe ergebniswirksame Abschreibungen.
- In 2005 Ausstieg aus der umlagefinanzierten Zusatzversorgung und Finanzierung über ein Darlehen mit hohen Zinsaufwendungen.

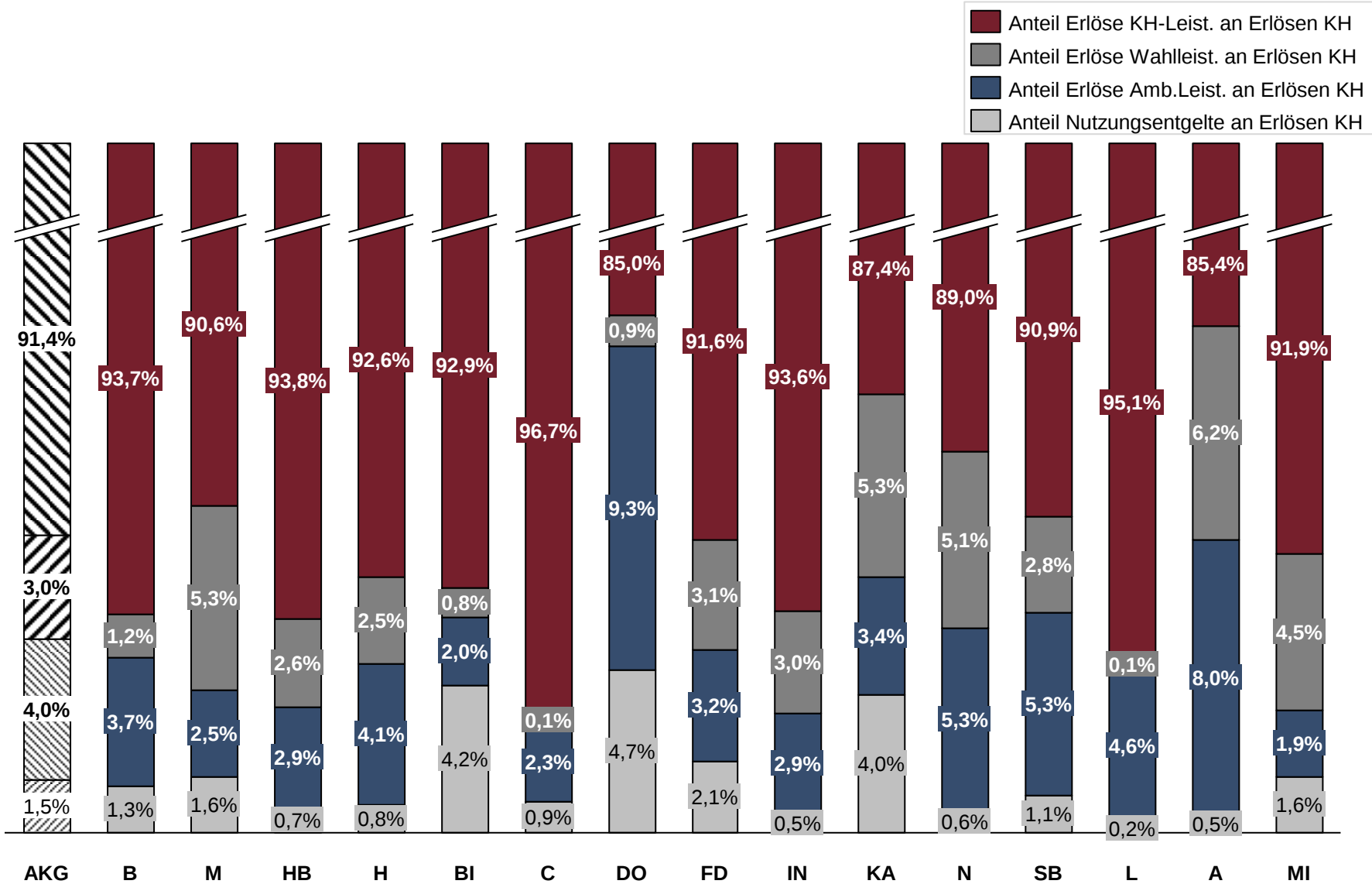
■ EBITDA Quote

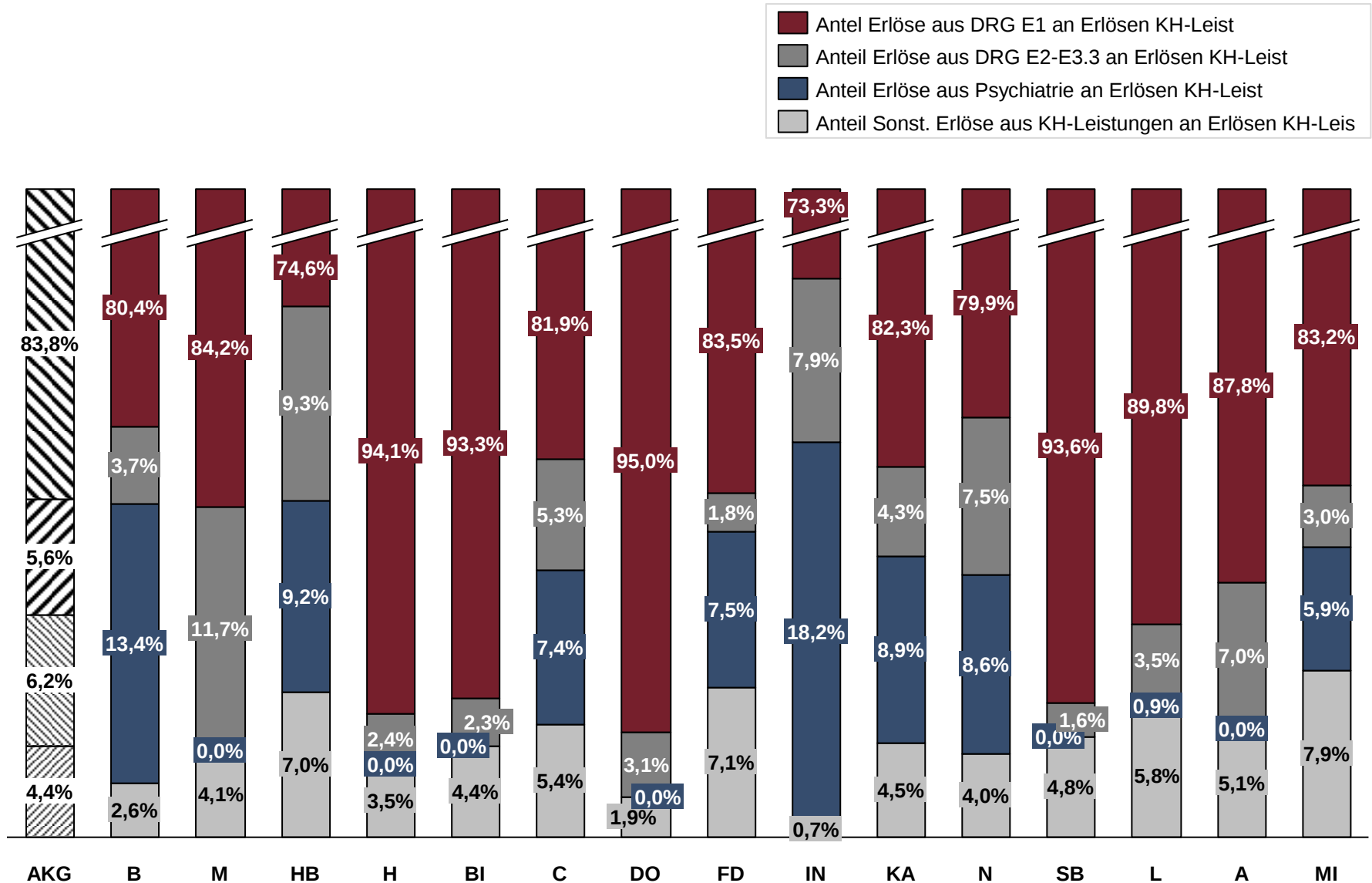


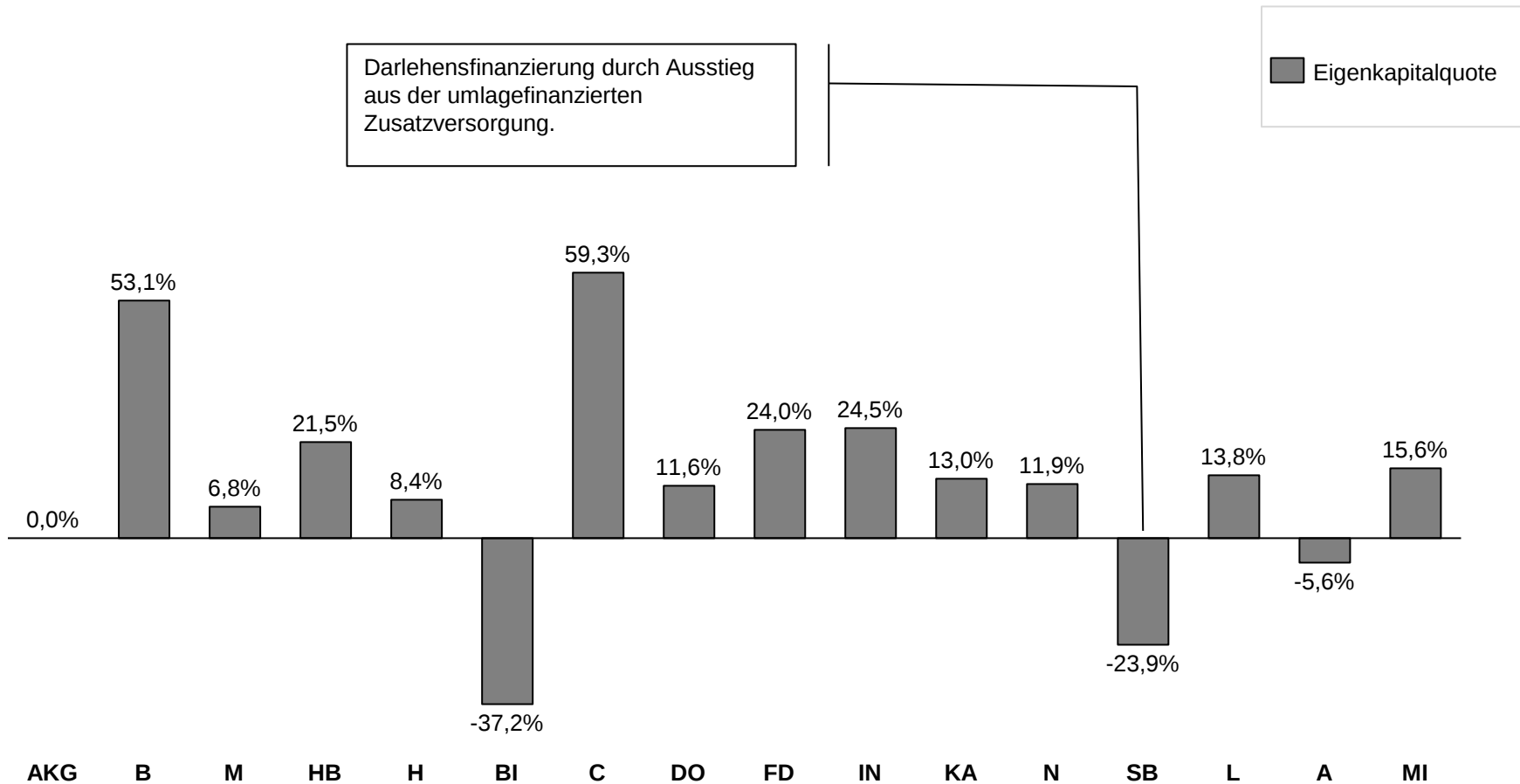


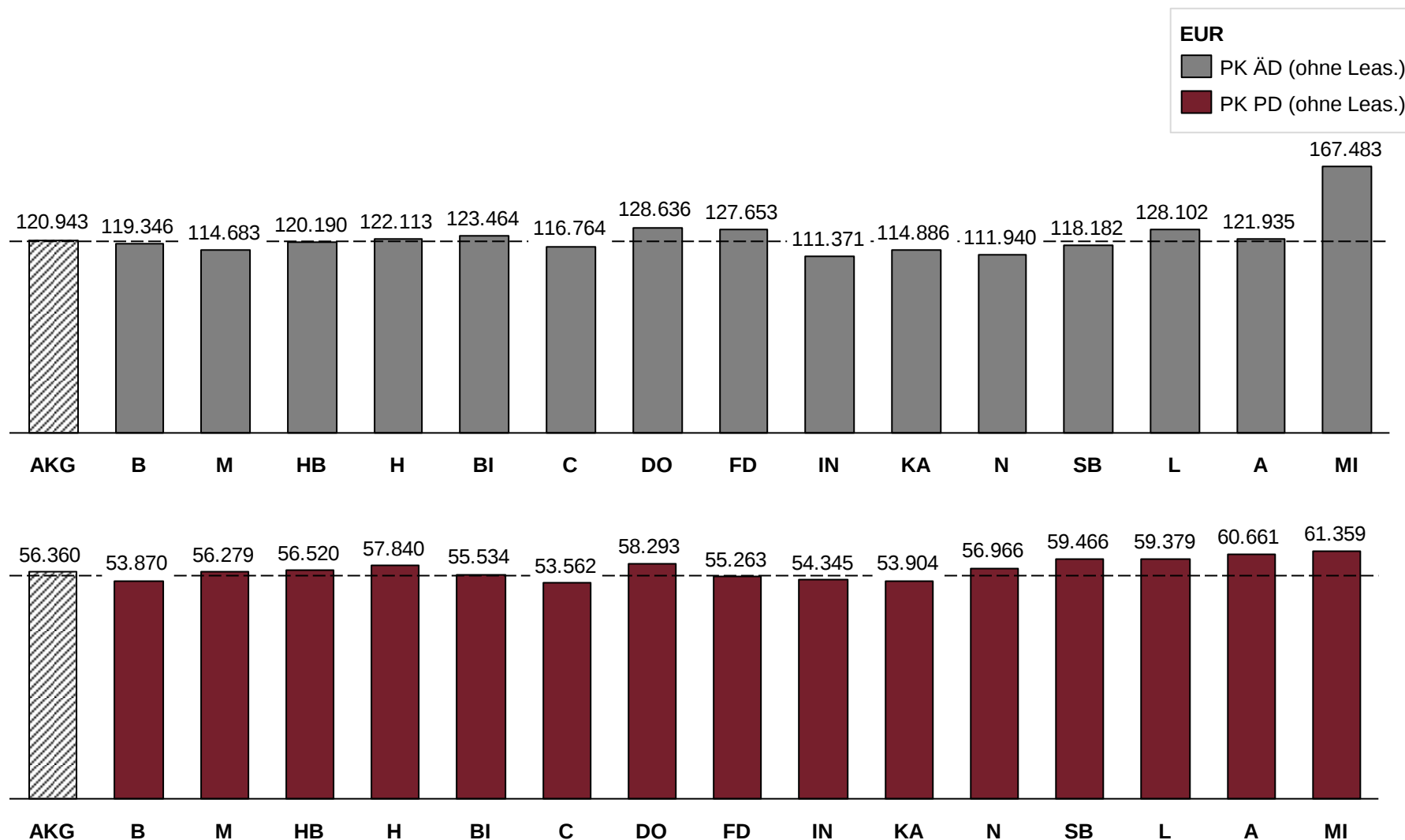










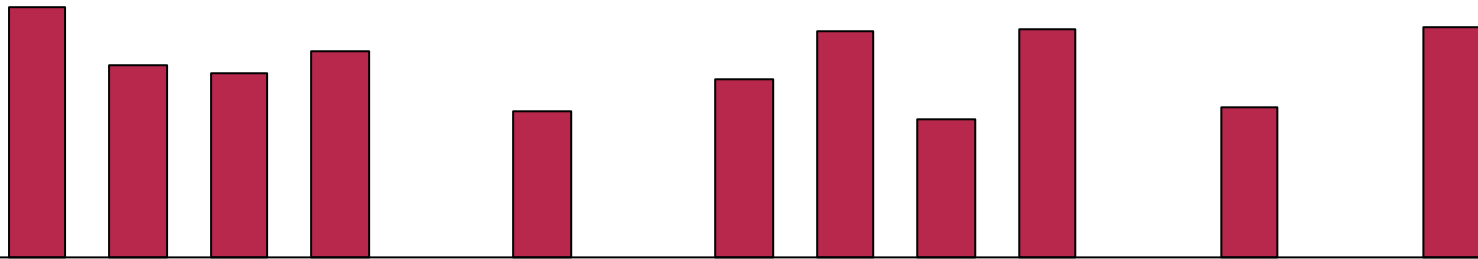




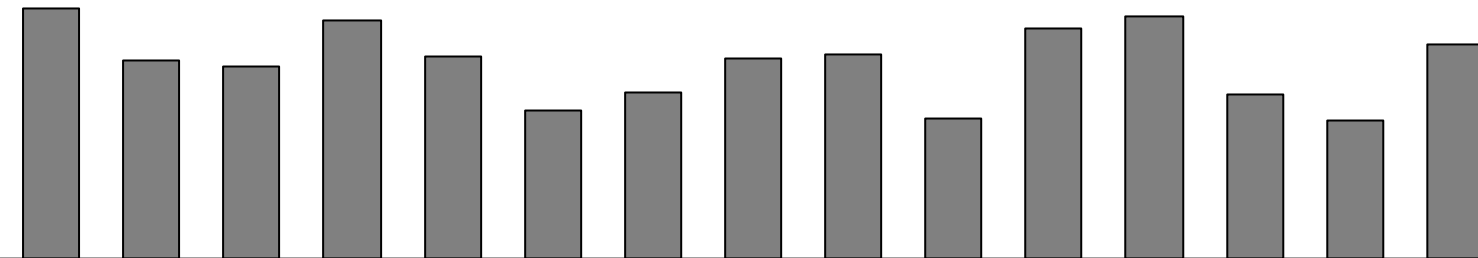
Personalproduktivitätskennzahlen im FinanzCO

Belegungstage und Casemix-Punkte (Anlage 1a) je Vollkraft* Pflegedienst (ohne extern)

BT je VK
CMP je VK



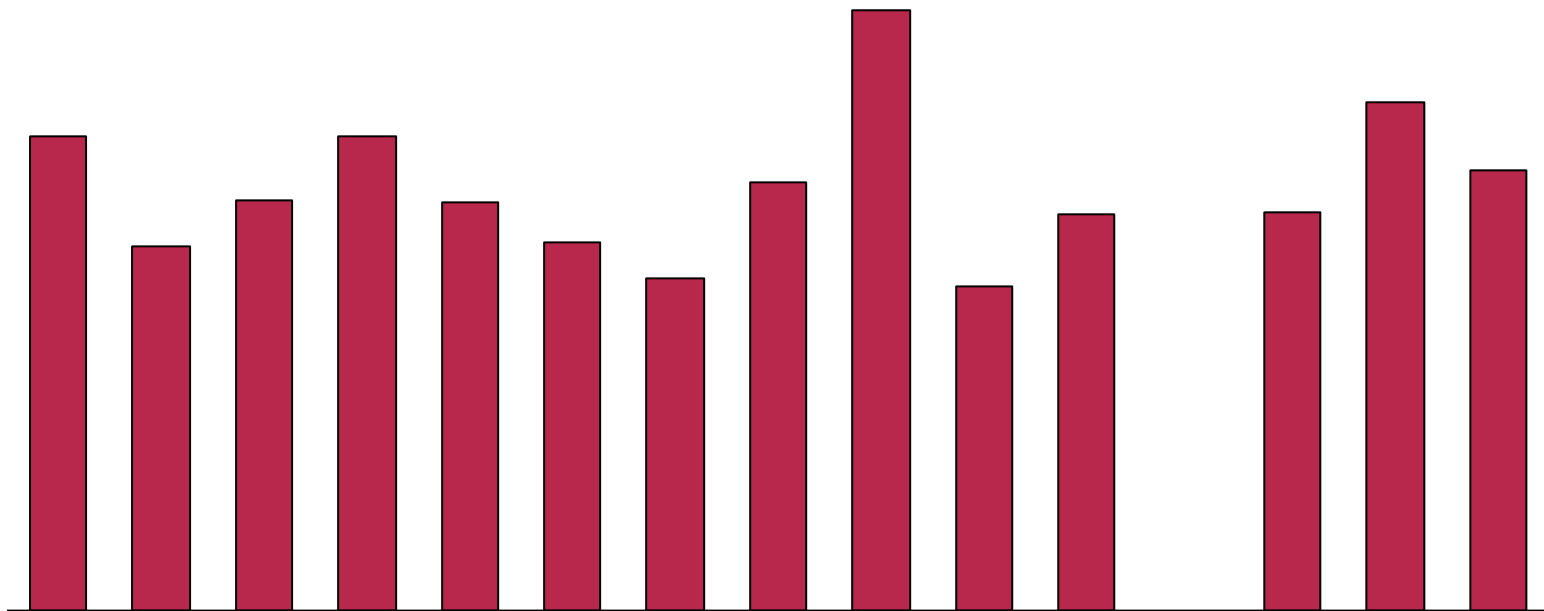
Es handelt sich um mögliche Produktivitätskennzahlen
→ Sie sind nicht plausibel und nur als Beispiel gedacht



Es handelt sich um mögliche Produktivitätskennzahlen
→ Sie sind nicht plausibel und nur als Beispiel gedacht



 CMP je VK



Es handelt sich um mögliche Produktivitätskennzahlen
→ Sie sind nicht plausibel und nur als Beispiel gedacht

- **Arbeitsstruktur des AK: 3 AK-Treffen pro Jahr**
 - 1. Treffen: Weiterentwicklung Benchmark / Benchmarkstruktur
 - 2. Treffen: Fachthemenschwerpunkt (z.B. ILV, Erlösverteilung, Kalkulation)
 - 3. Treffen: Auswertung Benchmarkergebnisse

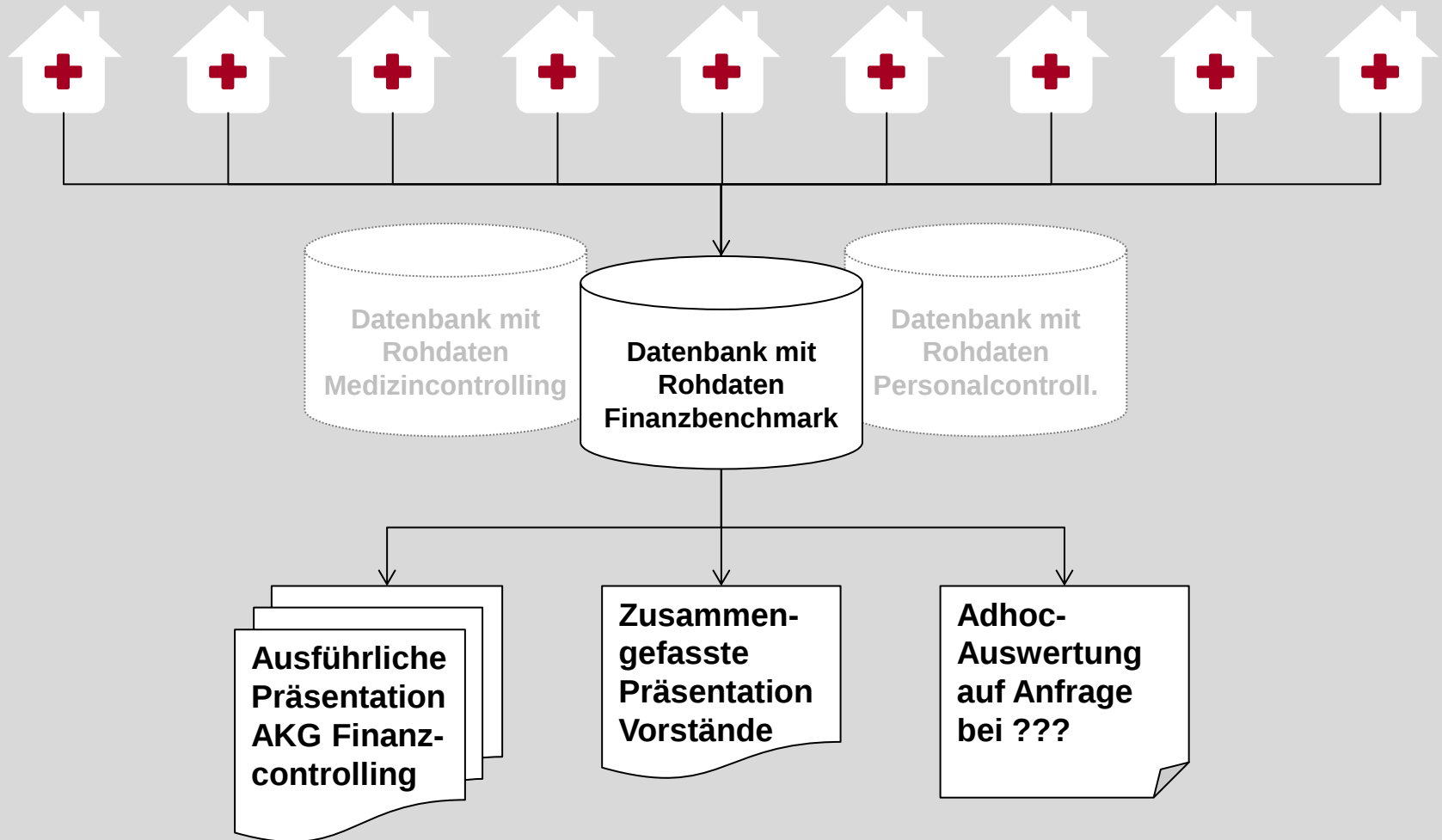
- **Inhaltliche Weiterentwicklung der AK-Arbeit**
 - Definition „steuerungsrelevanter“ Kennzahlen für den Benchmark
 - Identifikation von „guten Vorgehensweisen“ und Möglichkeiten zur Übertragbarkeit
 - Ausbau der Benchmarkplattform um „Struktur- / Prozessdaten“ für Vergleich von Vorgehensweisen
 - Schaffung einer Struktur für „ad-hoc Abfragen“ (Prüfung)

- **Vorschlag zur technischen Infrastruktur**
 - Gemeinsame Nutzung der technischen Plattform für alle Arbeitskreise



Abstimmung zwischen den Arbeitskreisen

Datenlieferung technisch zusammenführen





Zeitplan Benchmark 2017 (für Geschäftsjahr 2017)

Tätigkeiten im Überblick	2016		2017												Verantwortliche
	Nov.	Dez.	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	
01. AKG-Treffen	▲ 13.10.				▲				▲						Alle Standorte
02. Abstimmung der Inhalte/Kennzahlen des Benchmarks	▲ 13.10.														Alle Standorte
03. Erstellung eines Datenbeschreibungs-Handbuchs					01.01. - 28.02.										Koordinator Finanz Benchmark
04. Vertragsunterzeichnung					06.03. - 23.04.										Alle Standorte
05. Vertragsabgabe						▲ 23.04.									Alle Standorte
06. Erstellung des Fragebogens zur Datenabfrage					23.01. - 05.03.										Koordinator Finanz Benchmark
07. Datenabfrage								01.04. - 31.05.							Alle Standorte
08. Datenrücklauf								▲ 31.05.							Alle Standorte
09. Datenauswertung und -prüfung									01.06. - 25.06.						Koordinator Finanz Benchmark
10. Präsentationserstellung										26.06. - 23.07.					Koordinator Finanz Benchmark
11. Vorstellung aktueller Stand, per Email		▲		▲			▲	▲							Koordinator Finanz Benchmark
12. Präsentation des Benchmarks beim AKG-Treffen									▲ 01.07.						Leitung AKG-Finzen
13. Präsentation des Benchmarks beim Treffen der Geschäftsführer													▲ 30.10.		Geschäftsführer Vivantes
14. Druck und Versand des Benchmarks														▲ 20.11.	Koordinator Finanz Benchmark

Themenfelder



Finanzcontrolling

- Strukturdaten
- Benchmark absoluter Daten wie bisher
- Top-Level-Problematik
- Kennzahlen-Benchmark
- Ausblick



Personalmanagement

- Krankenquote
- Fluktuationsquote
- Fachquoten
- Altersdurchschnitt



Medizincontrolling

- Fälle
- Case-Mix-Punkte
- Case-Mix-Index
- Verweildauer



- Am Benchmark „Personalstrukturdaten 2015“ haben 20 Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser teilgenommen
- Die Kennzahlen beschreiben die Personalstruktur von rund 87.000 Beschäftigten der verschiedenen Dienstarten:
 - 14.000 Ärzte
 - 47.000 Pflege- und Funktionskräfte
 - 14.000 Kräfte im med.- technischen Dienst
 - 12.000 Beschäftigte im patientenfernen Bereich



- Es kann aufgrund von Rundungen zu Abweichungen zwischen dargestellten und gelieferten Daten kommen

Augsburg	= A
Berlin	= B
Bielefeld	= BI
Braunschweig	= BS
Bremen	= HB
Chemnitz	= C
Cottbus	= CB
Dortmund	= DO
Fulda	= FD
Hannover	= H
Ingolstadt	= IN
Karlsruhe	= KA
Leipzig	= L
Mannheim	= MA
Minden	= MI
München	= M
Nürnberg	= N
Potsdam	= P
Saarbrücken	= SB
Stuttgart	= S

Die Sortierung der Standorte wurde ohne Wertung aus dem System vorgenommen



Facharztquote:

- Anteil der aktiv beschäftigten leitenden CÄ, LOÄ, OÄ und FÄ (i.S.v. EGr. IV und III und II TVöD oder vergleichbar; ggf. auch AT) im Verhältnis zu allen aktiv beschäftigten ÄrztInnen (CA, LOA, OA, FA, AA; Tarifbeschäftigte oder AT), (Stand per 31.12. eines Jahres)

Pflegefachquote:

- Anteil der aktiv beschäftigten dreijährig-examinierten Pflegekräfte (i.S. ab EGr. 7a TVöD oder vergleichbar) im Verhältnis zu allen aktiv Beschäftigten im Pflegedienst (DA 02), (Stand per 31.12. eines Jahres)

Durchschnittsalter:

- Durchschnittsalter aller aktiv Beschäftigten der jeweiligen DA, (Stand per 31.12. eines Jahres)

Fluktuationsquote:

- Gemäß Schlüterformel: Abgänge/(Beschäftigte zum 01.01 + Zugänge); es werden alle Austritte berücksichtigt unabhängig vom Austrittsgrund

Bezahlte Krankenquote:

- Anteil der bezahlten Krankheitstage (mit Entgeltfortzahlung, ohne Mutterschutz, ohne unbezahlte Kuren, aber inkl. Kuren in der Entgeltfortzahlung) im Verhältnis zu den gesamten Sollarbeitstagen aller aktiv Beschäftigten der jeweiligen DA (ohne Langzeiterkrankte, ohne Entgeltfortzahlung), Krankheitstage sind volle Tage

Krankenquote inkl. Langzeitranke:

- wie bezahlte Krankenquote inkl. Langzeitranke ohne Entgeltfortzahlung

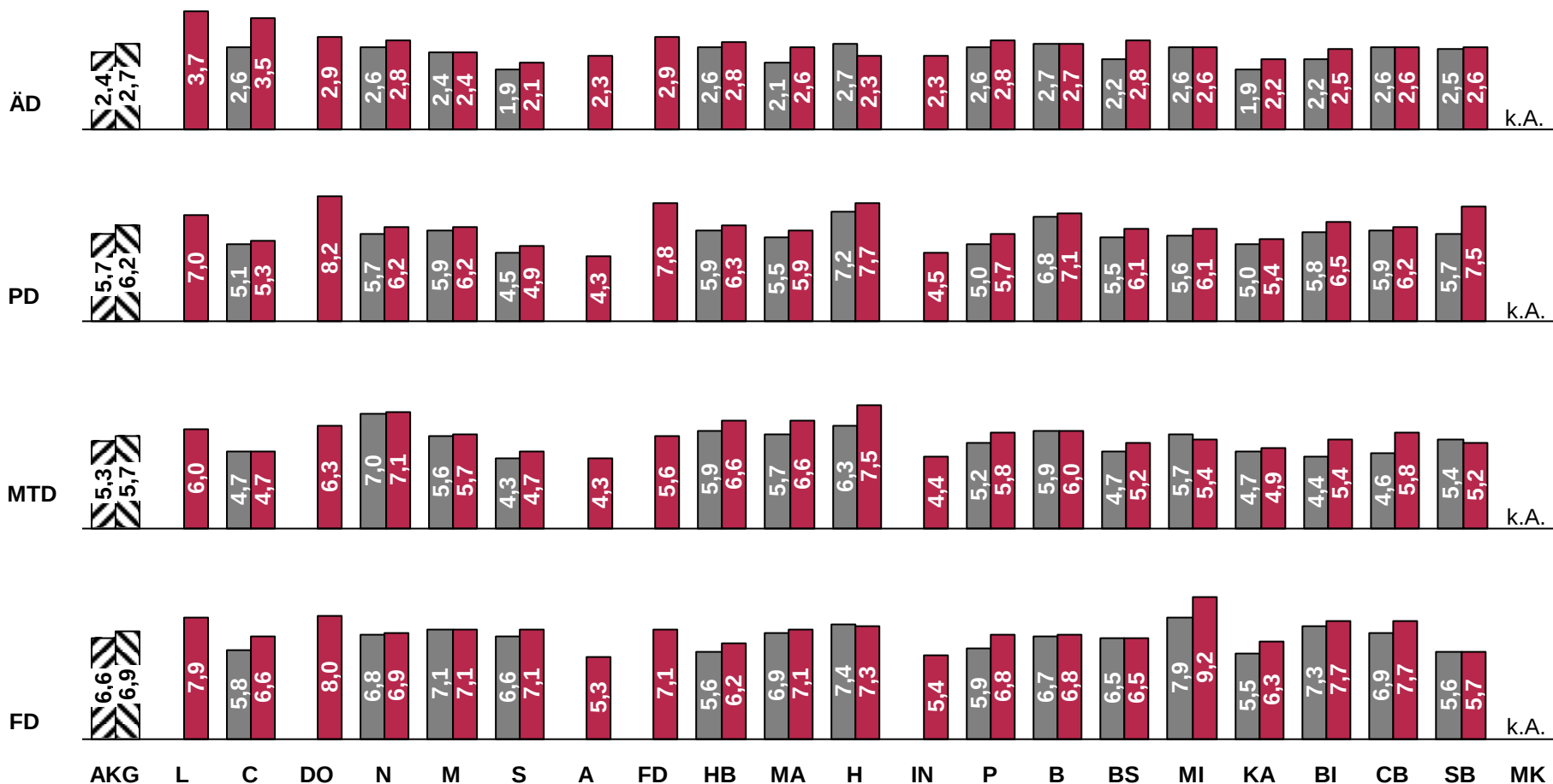
Beschäftigte:

- Berücksichtigt wurden Beschäftigte, unabhängig von ihrer arbeitsvertraglichen Sollarbeitszeit (Kopfzahlen; keine Vollkräfte)



Tendenziell leichter Anstieg und damit verbundene Personalkostensteigerung
→ mögl. Maßnahme: Entwicklung eines zielgerichteten Arbeitsfähigkeitsmanagements

%
2014
2015

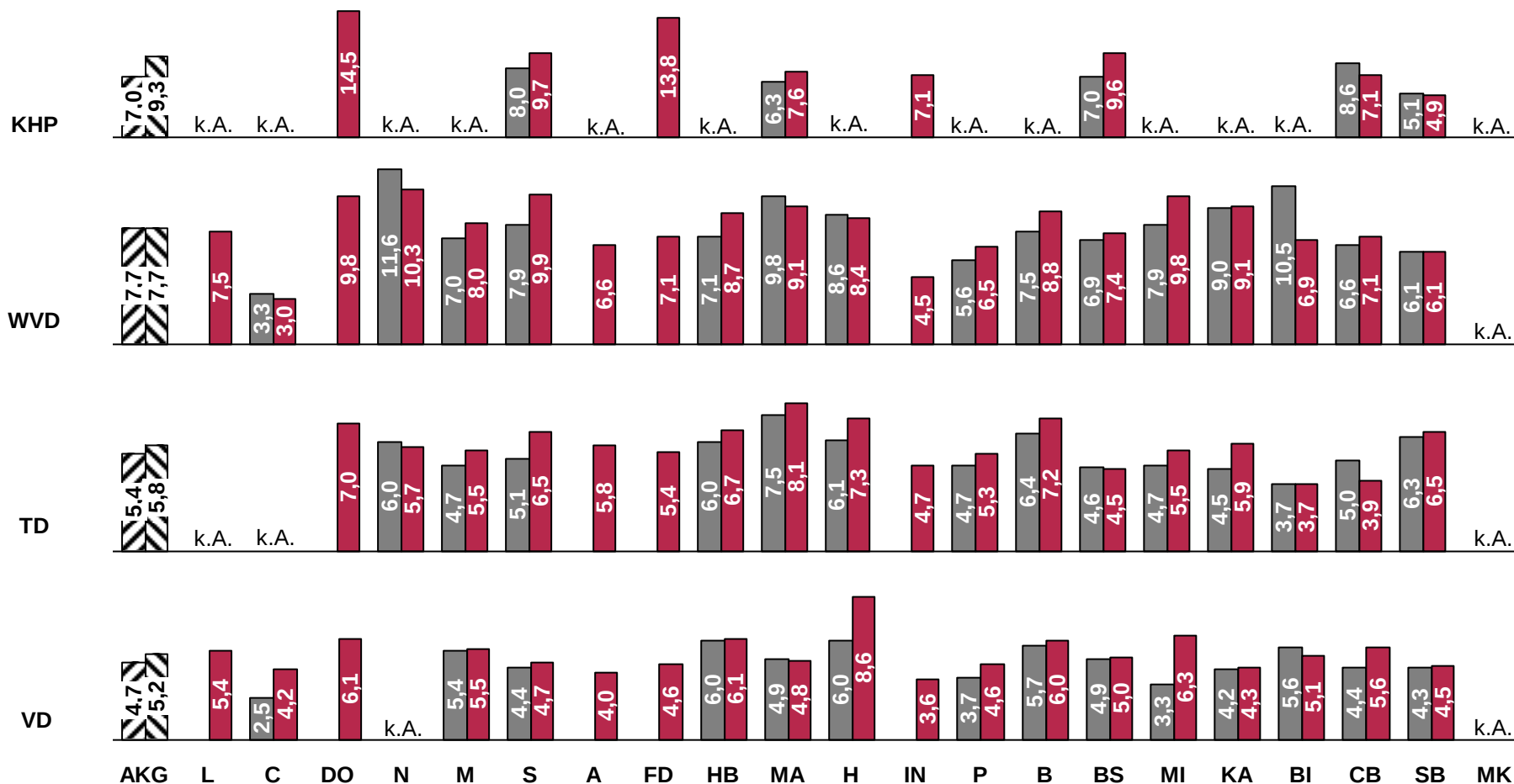


* Anteil der bezahlten Krankheitstage (mit Entgeltfortzahlung, ohne Mutterschutz, ohne unbezahlte Kuren, aber inkl. Kuren in der Entgeltfortzahlung) im Verhältnis zu den gesamten Sollarbeitstagen aller aktiv Beschäftigten der jeweiligen DA (ohne Langzeiterkrankte, ohne Entgeltfortzahlung), Krankheitstage sind volle Tage



Tendenziell leichter Anstieg und damit verbundene Personalkostensteigerung
→ mögl. Maßnahme: Entwicklung eines zielgerichteten Arbeitsfähigkeitsmanagements

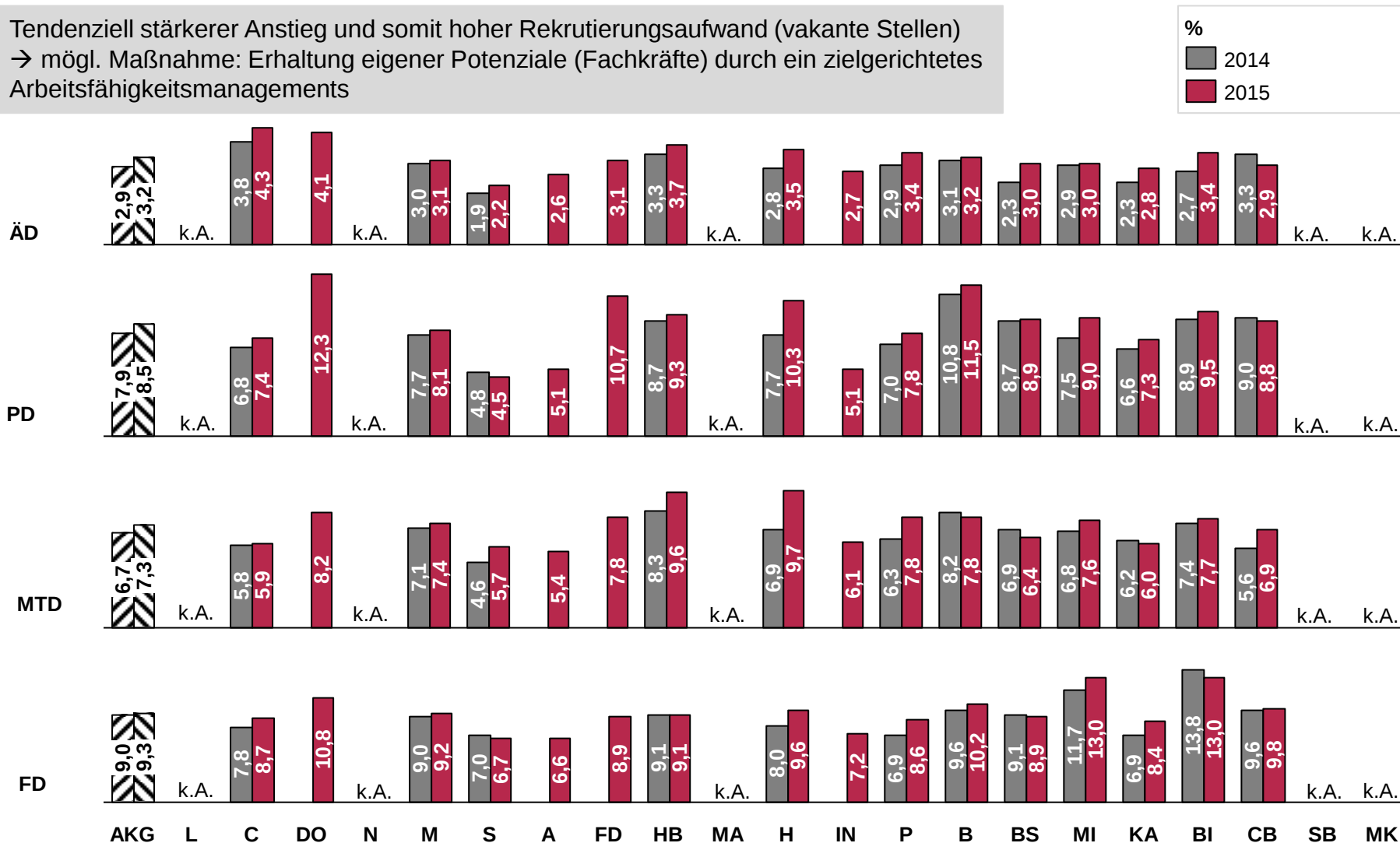
%
2014
2015



* Anteil der bezahlten Krankheitstage (mit Entgeltfortzahlung, ohne Mutterschutz, ohne unbezahlte Kuren, aber inkl. Kuren in der Entgeltfortzahlung) im Verhältnis zu den gesamten Sollarbeitstagen aller aktiv Beschäftigten der jeweiligen DA (ohne Langzeiterkrankte, ohne Entgeltfortzahlung), Krankheitstage sind volle Tage



Tendenziell stärkerer Anstieg und somit hoher Rekrutierungsaufwand (vakante Stellen)
→ mögl. Maßnahme: Erhaltung eigener Potenziale (Fachkräfte) durch ein zielgerichtetes Arbeitsfähigkeitsmanagements

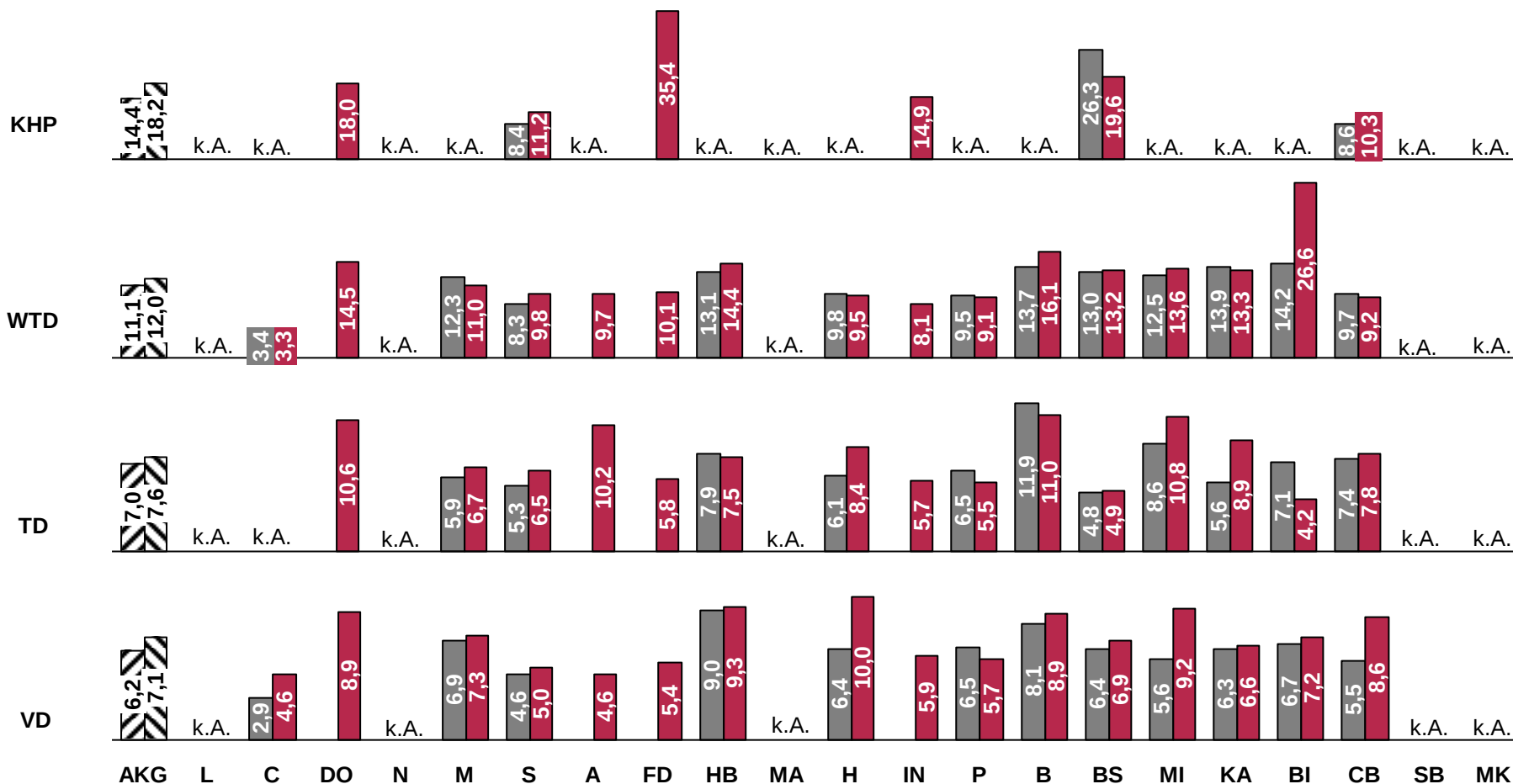


* wie bezahlte Krankenquote inkl. Langzeitkranke ohne Entgeltfortzahlung



Tendenziell stärkerer Anstieg und somit hoher Rekrutierungsaufwand (vakante Stellen)
→ mögl. Maßnahme: Erhaltung eigener Potenziale (Fachkräfte) durch ein zielgerichtetes Arbeitsfähigkeitsmanagements

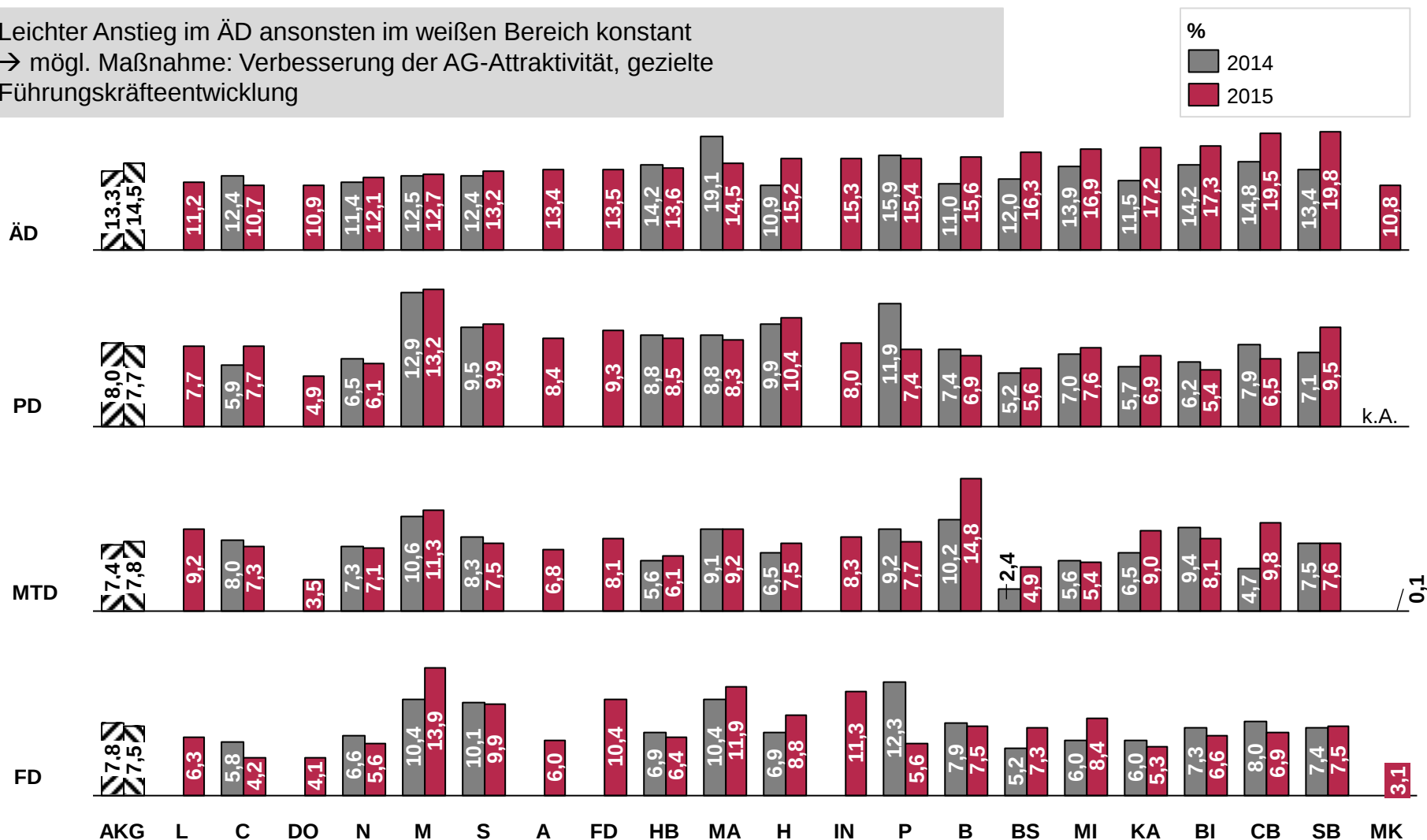
%
2014
2015



* wie bezahlte Krankenquote inkl. Langzeitkranke ohne Entgeltfortzahlung



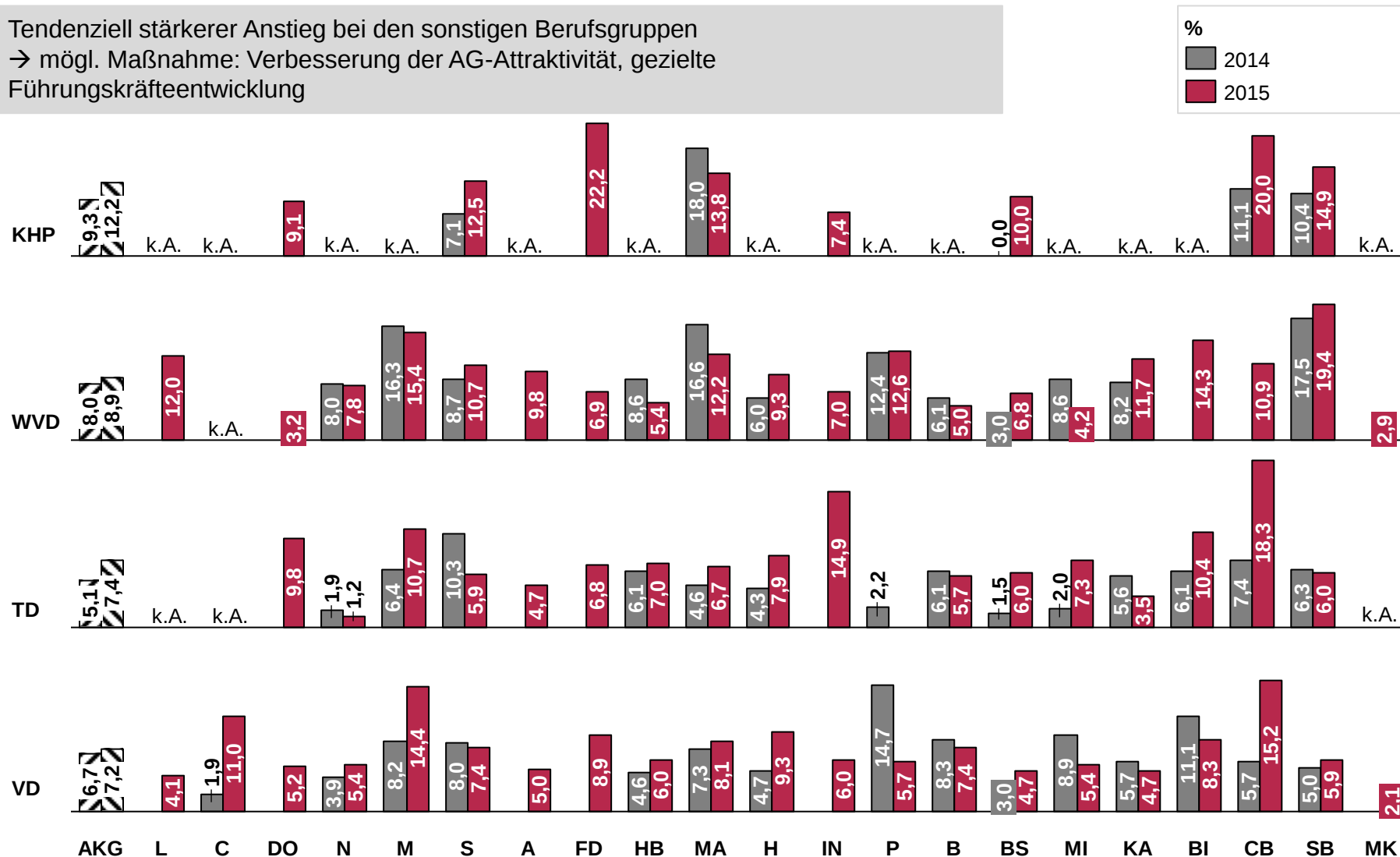
Leichter Anstieg im ÄD ansonsten im weißen Bereich konstant
→ mögl. Maßnahme: Verbesserung der AG-Attraktivität, gezielte Führungskräfteentwicklung



* Gemäß Schlüterformel: Abgänge/(Beschäftigte zum 01.01 + Zugänge); es werden alle Austritte berücksichtigt unabhängig vom Austrittsgrund



Tendenziell stärkerer Anstieg bei den sonstigen Berufsgruppen
→ mögl. Maßnahme: Verbesserung der AG-Attraktivität, gezielte
Führungskräfteentwicklung

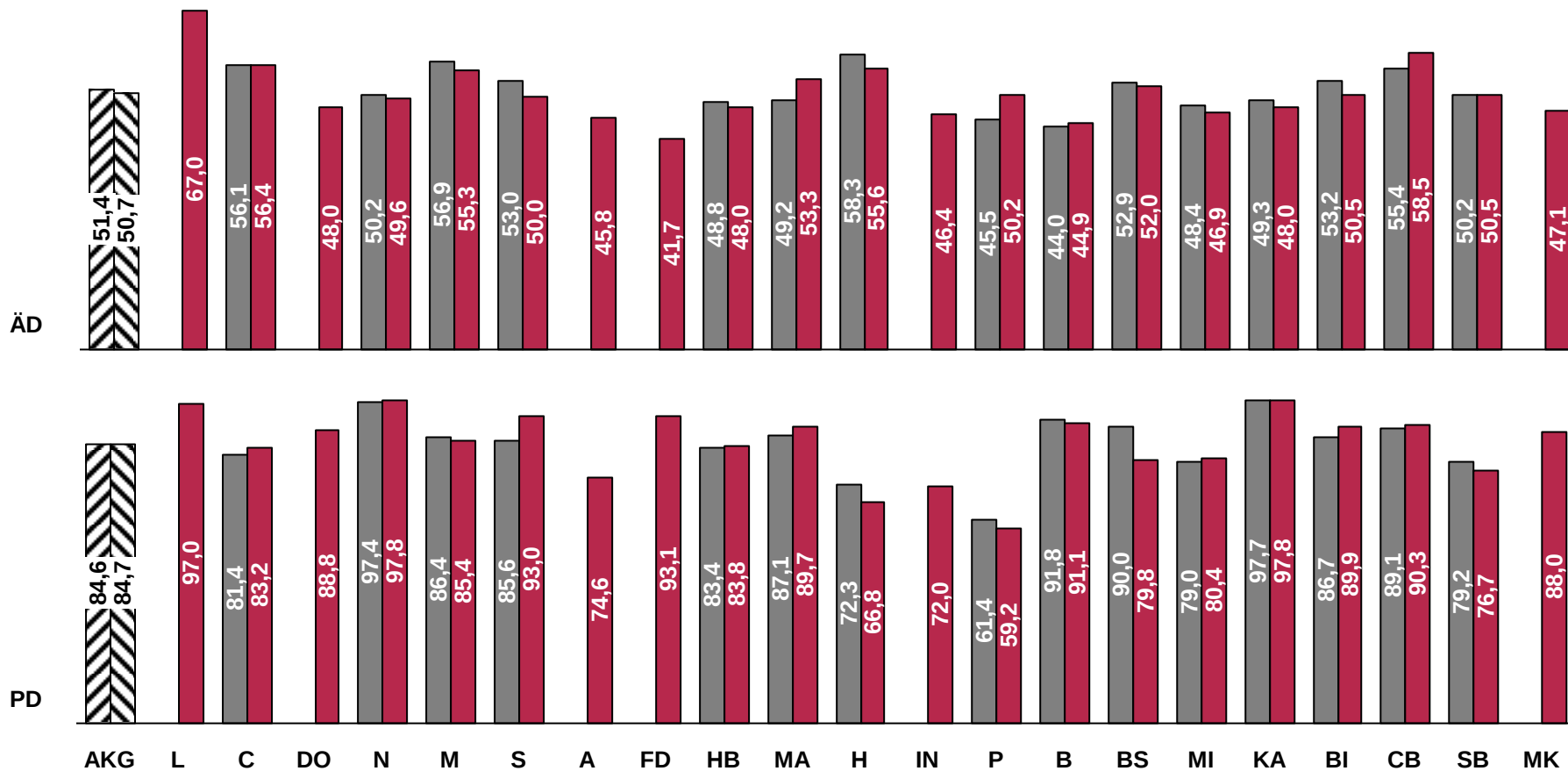


* Gemäß Schlüterformel: Abgänge/(Beschäftigte zum 01.01 + Zugänge); es werden alle Austritte berücksichtigt unabhängig vom Austrittsgrund



Tendenziell leicht gesunken im ÄD und konstant im Pflegedienst
→ mögl. Maßnahme: Flexibelerer Einsatz = Erhöhung Qualifizierungsmix;
Kostensenkung = Reduzierung Qualifizierungsmix als Personalstrategie

%
2014
2015



* Anteil der aktiv beschäftigten leitenden CÄ, OÄ und FÄ (i.S.v. EGr. IV und III und II TVöD oder vergleichbar; ggf. auch AT) im Verhältnis zu allen aktiv beschäftigten Ärztinnen

** Anteil der aktiv beschäftigten dreijährig-examinierten Pflegekräfte (i.S. ab EGr. 7a TVöD oder vergleichbar) im Verhältnis zu allen aktiv Beschäftigten im Pflegedienst (DA 02)



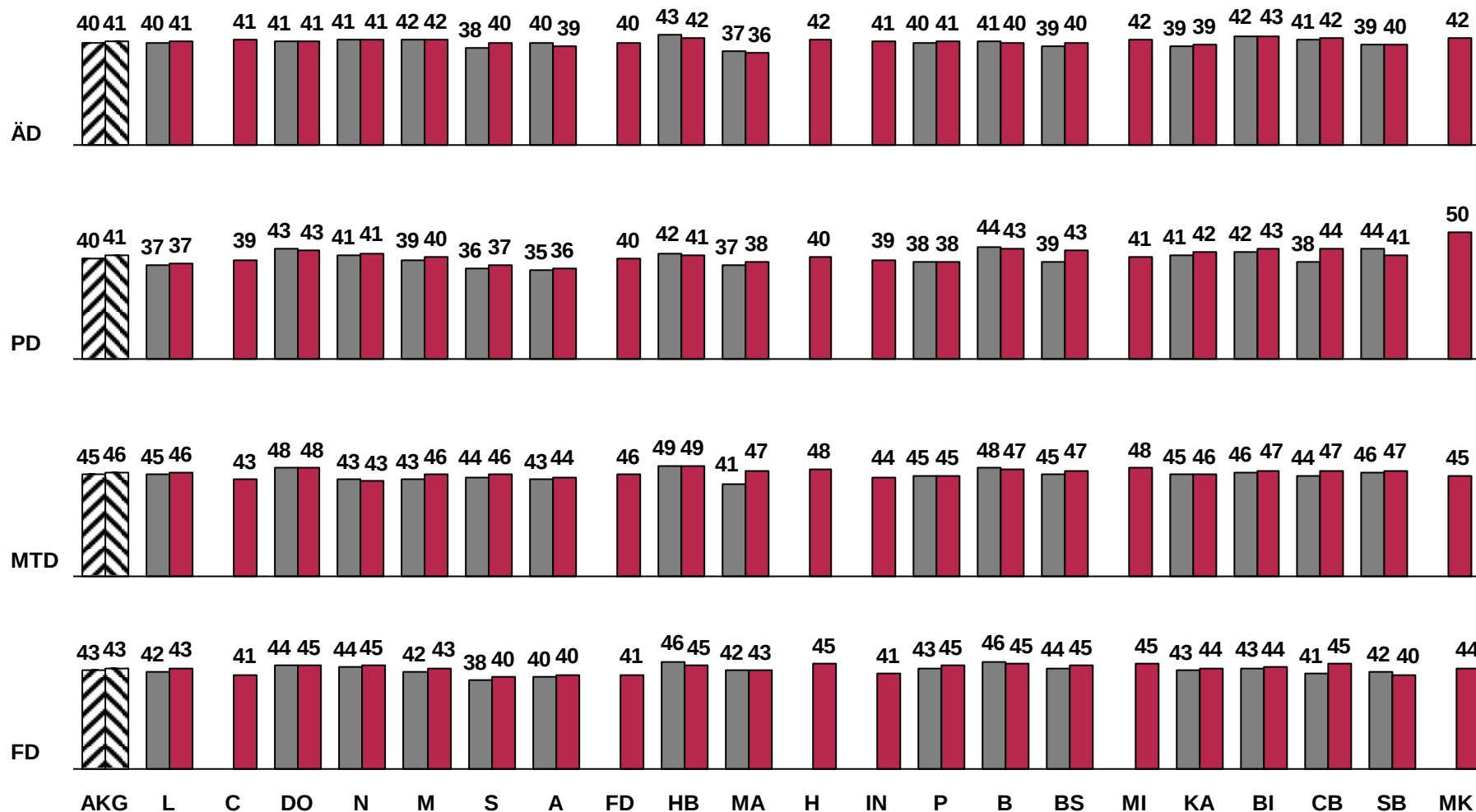
Berufsübergreifend „Wir werden älter“

→ mögl. Maßnahmen: Bildung altersgemischter Teams, Einrichtung altersgerechter Arbeitsplätze und adäquate Gesundheitsangebote

Jahre

2010

2015





Berufsübergreifend „Wir werden älter“

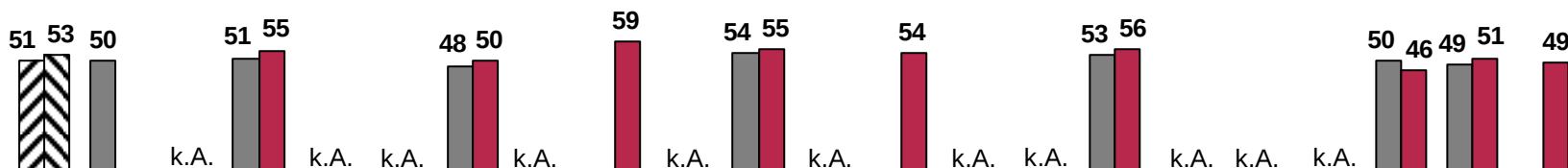
→ mögl. Maßnahmen: Bildung altersgemischter Teams, Einrichtung altersgerechter Arbeitsplätze und adäquate Gesundheitsangebote

Jahre

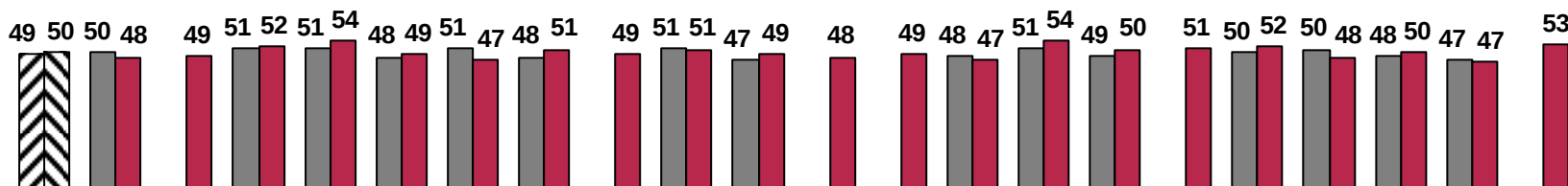
2010

2015

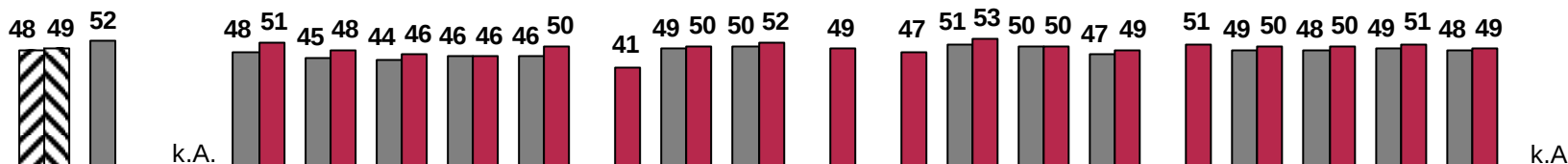
KHP



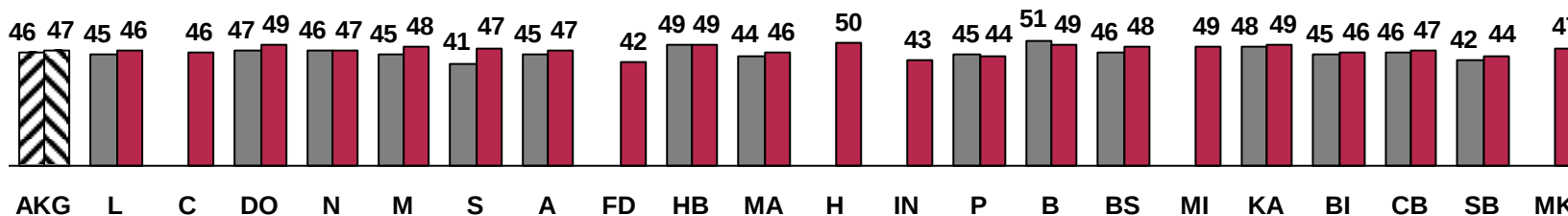
WVD



TD



VD



Themenfelder



Finanzcontrolling

- Strukturdaten
- Benchmark absoluter Daten wie bisher
- Top-Level-Problematik
- Kennzahlen-Benchmark
- Ausblick



Personalmanagement

- Krankenquote
- Fluktuationsquote
- Fachquoten
- Altersdurchschnitt



Medizincontrolling

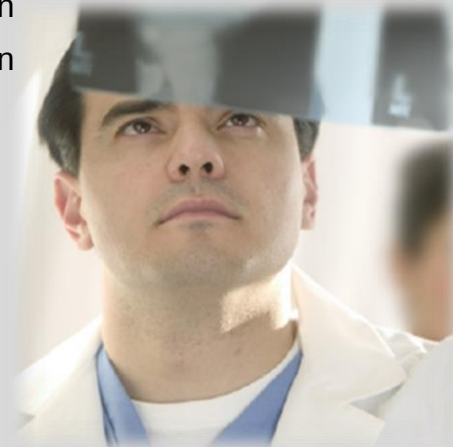
- Fälle
- Case-Mix-Punkte
- Case-Mix-Index
- Verweildauer



- Am Benchmark „Medizincontrolling 2015“ haben 12 Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser teilgenommen

Augsburg	ja	Bielefeld	nein
Braunschweig	ja	Bremen	nein
Fulda	ja	Cottbus	nein
Karlsruhe	ja	Dortmund	nein
Mühlenkreiskliniken	ja	Köln	nein
München	ja	Lüdenscheid	nein
Nürnberg	ja	Leipzig	nein
Potsdam	ja	Mannheim	nein
Stuttgart	ja	Chemnitz	nein
Saarbrücken	ja	Berlin	nein
Hannover	ja		
Ingolstadt	ja		

AK-Sprecher:
Dr. Christoph Wittmann, Nürnberg



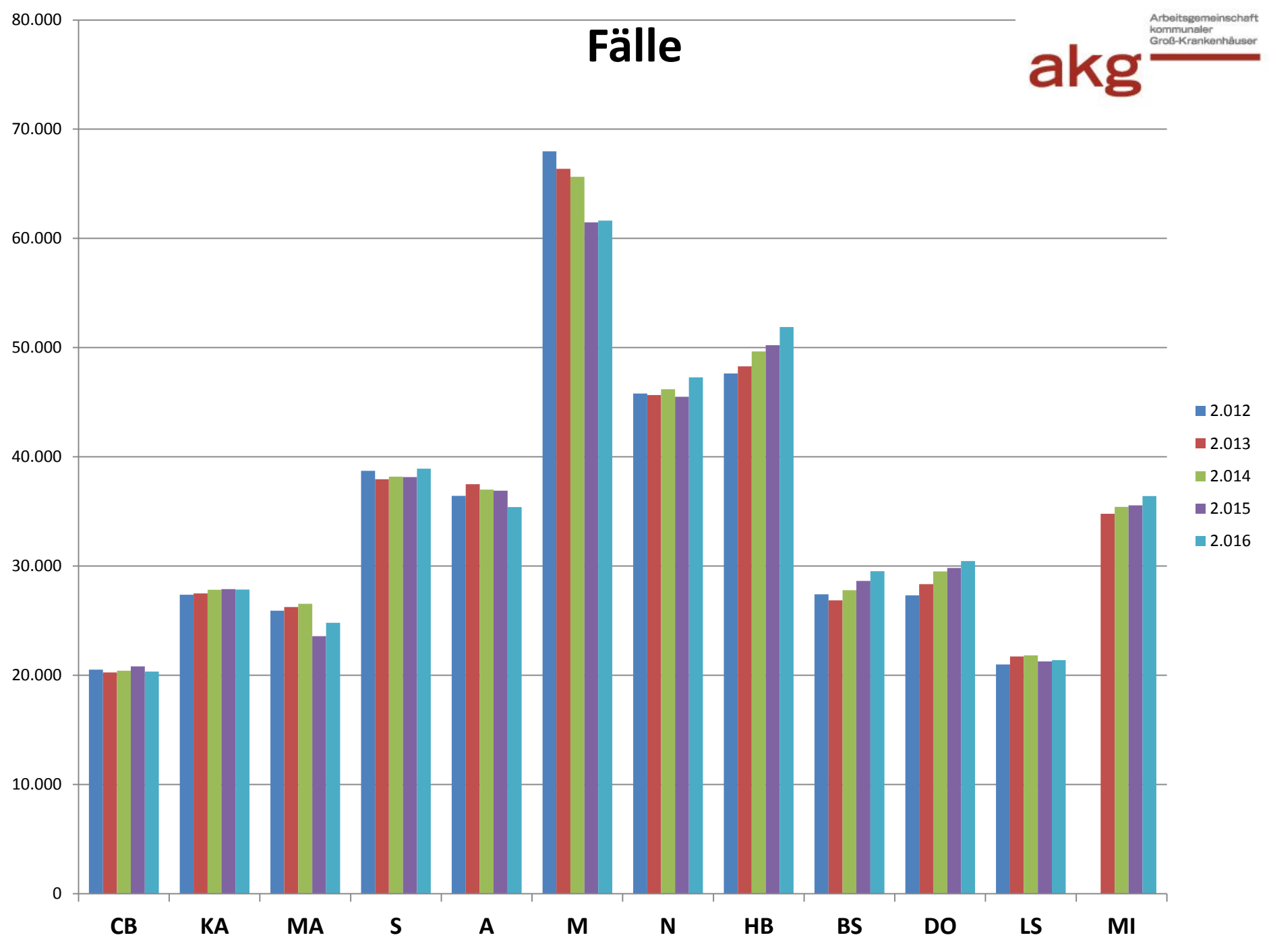
Augsburg	= A
Braunschweig	= BS
Bremen	= HB
Cottbus	= CB
Dortmund	= DO
Karlsruhe	= KA
Lüdenscheid	= MK
Mannheim	= MA
Minden	= MI
München	= M
Nürnberg	= N
Stuttgart	= S

Die Sortierung der Standorte wurde ohne Wertung aus dem System vorgenommen

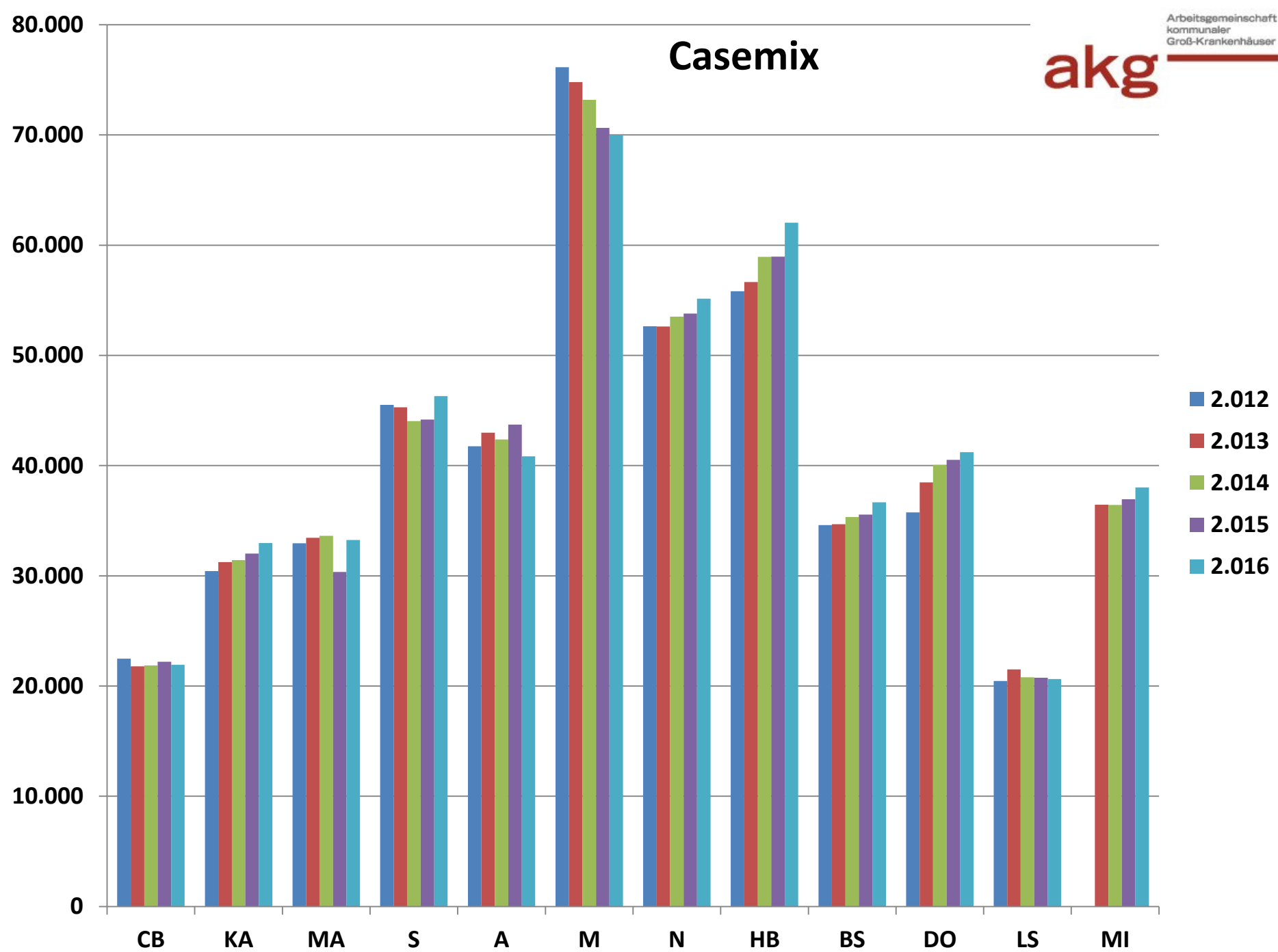
§21 Daten Leistungsbenchmark

Grundlage:
Halbjahresdaten
2012 bis 2016

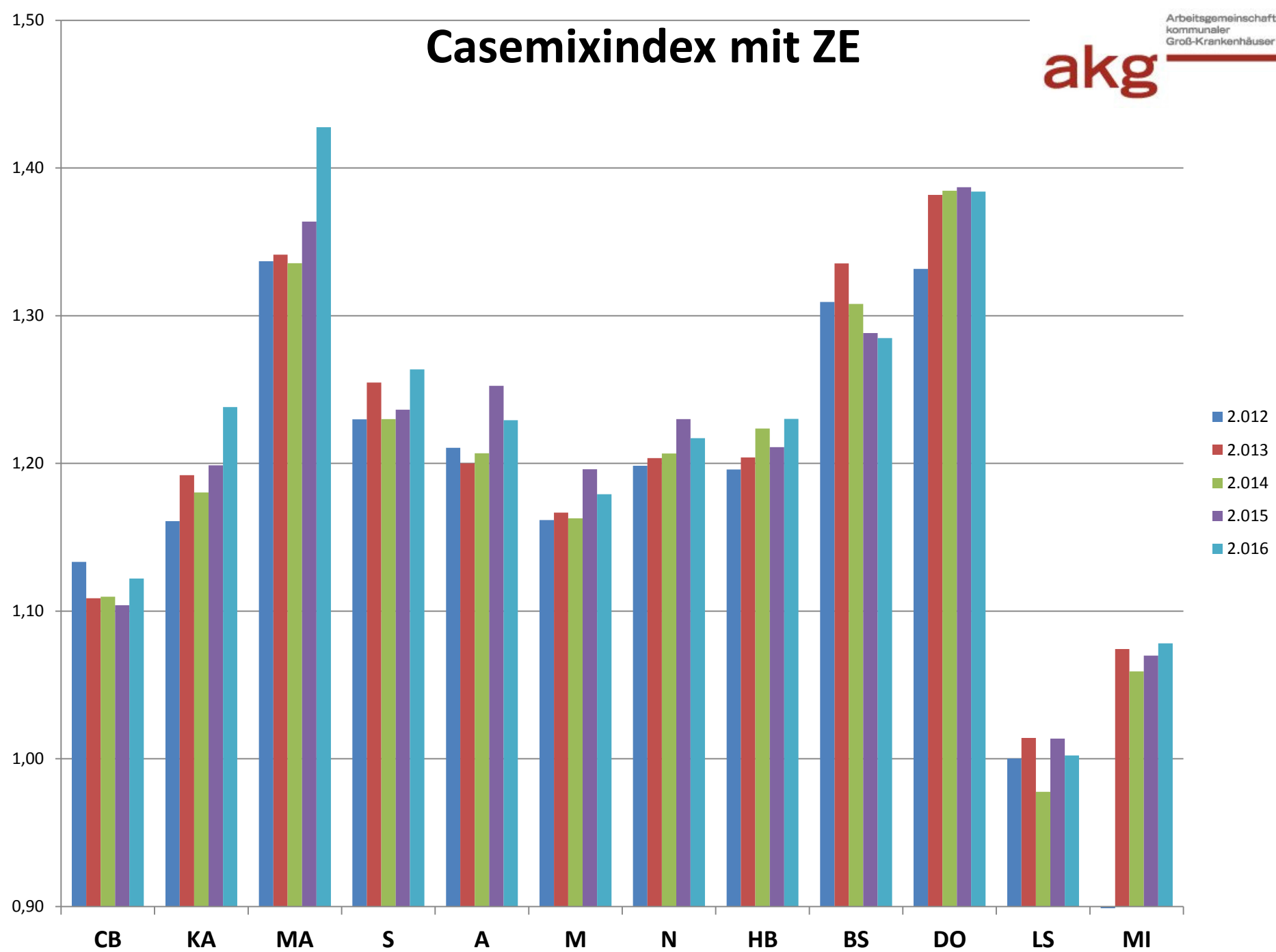
Fälle



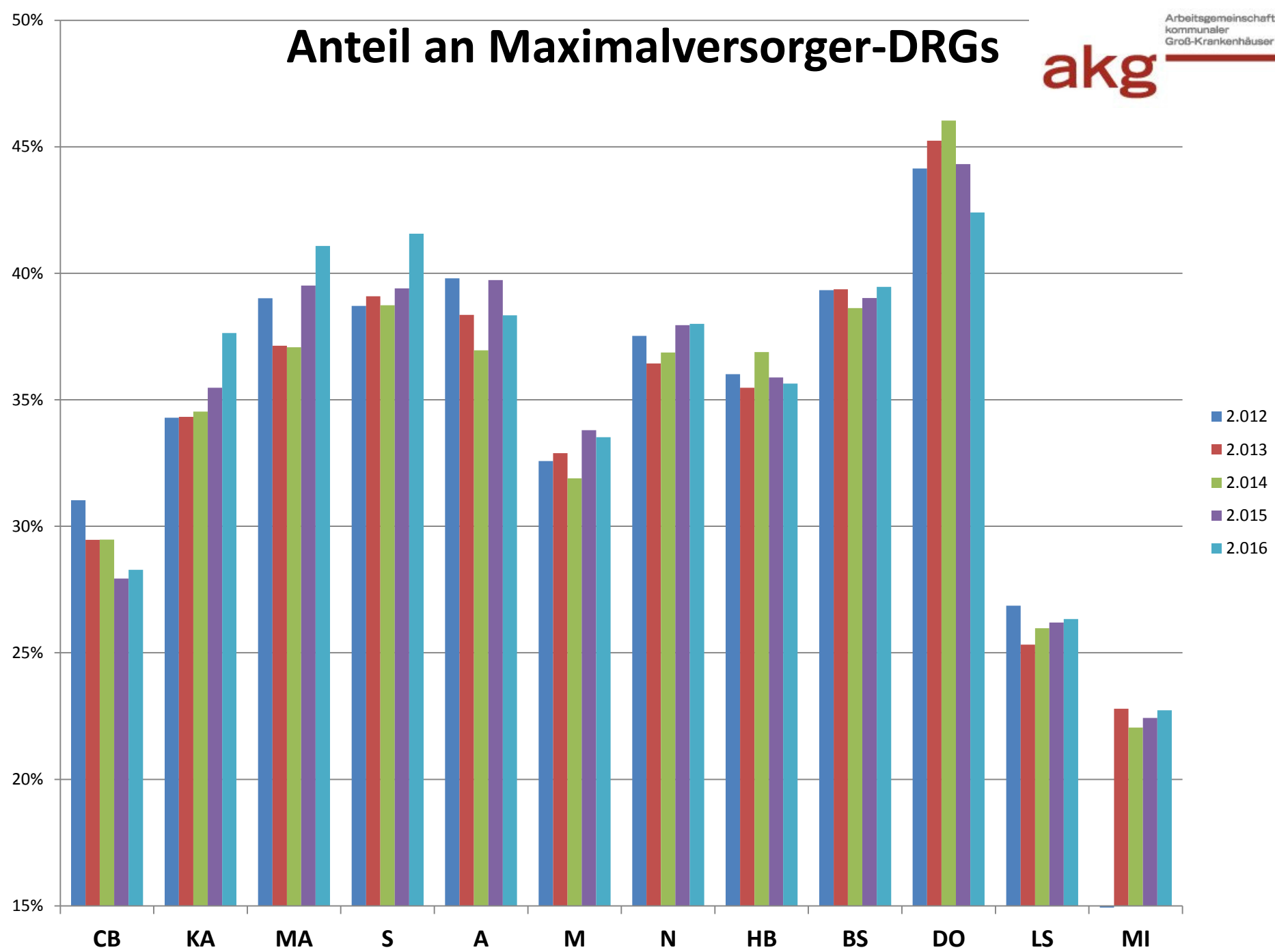
Casemix



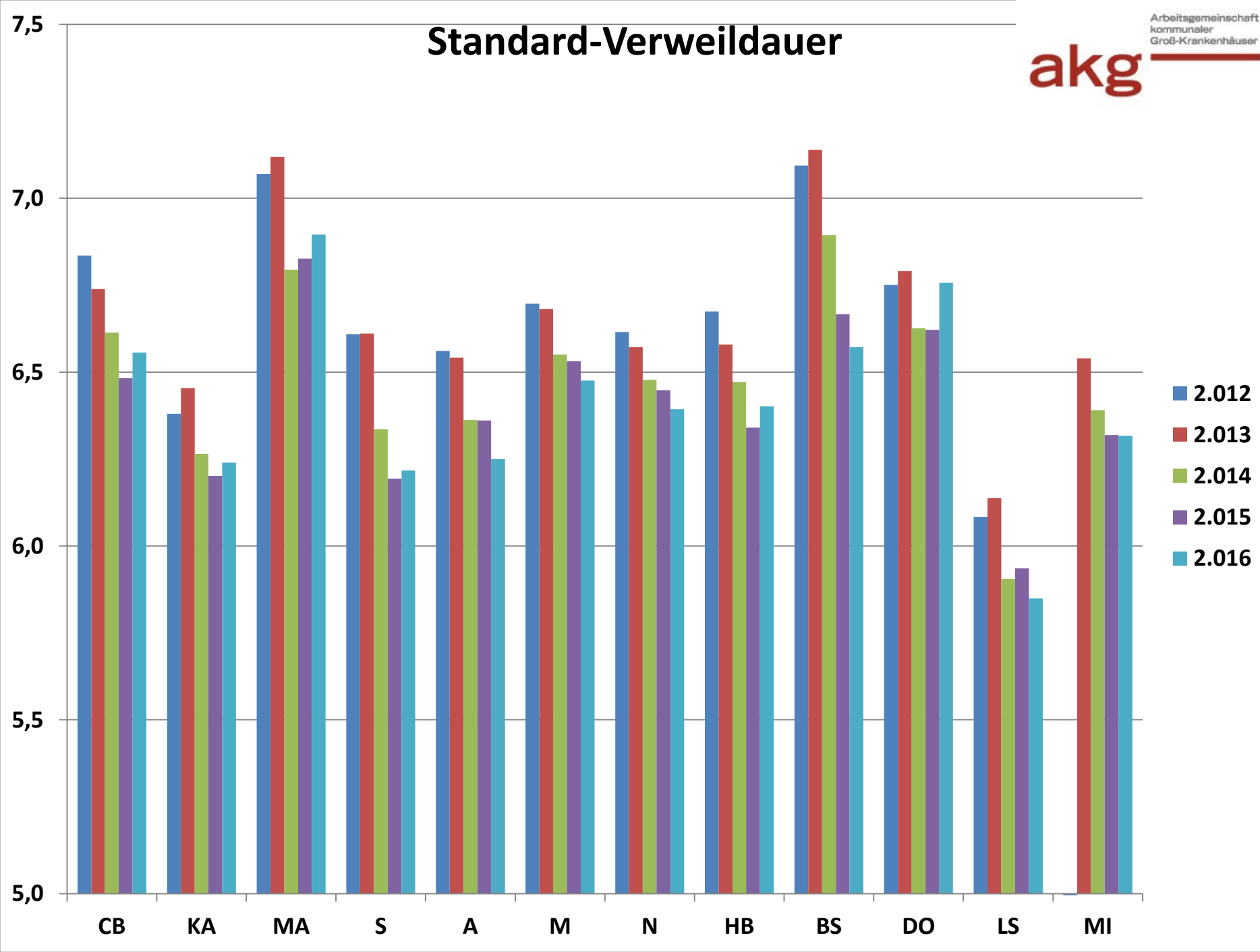
Casemixindex mit ZE



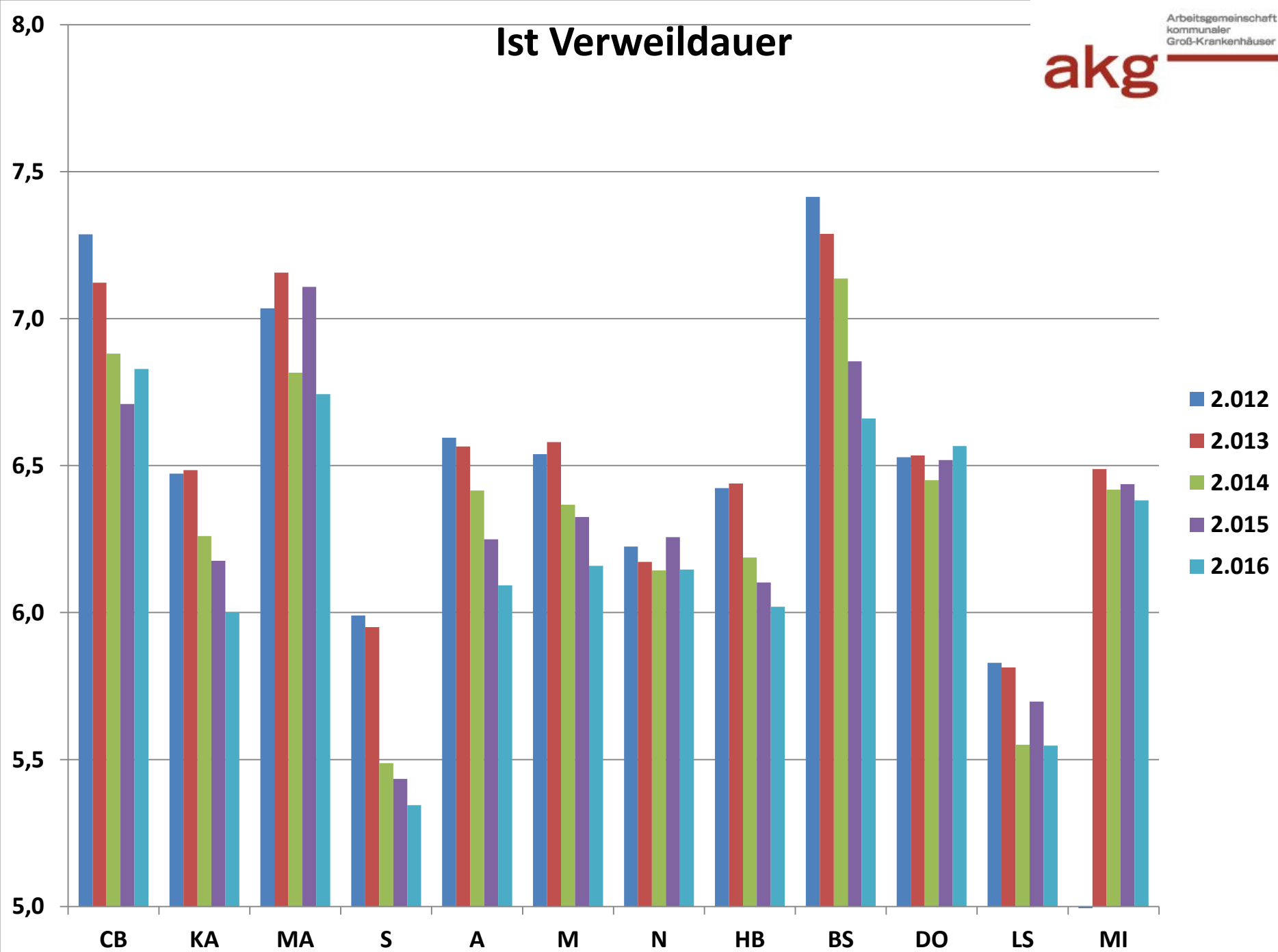
Anteil an Maximalversorger-DRGs



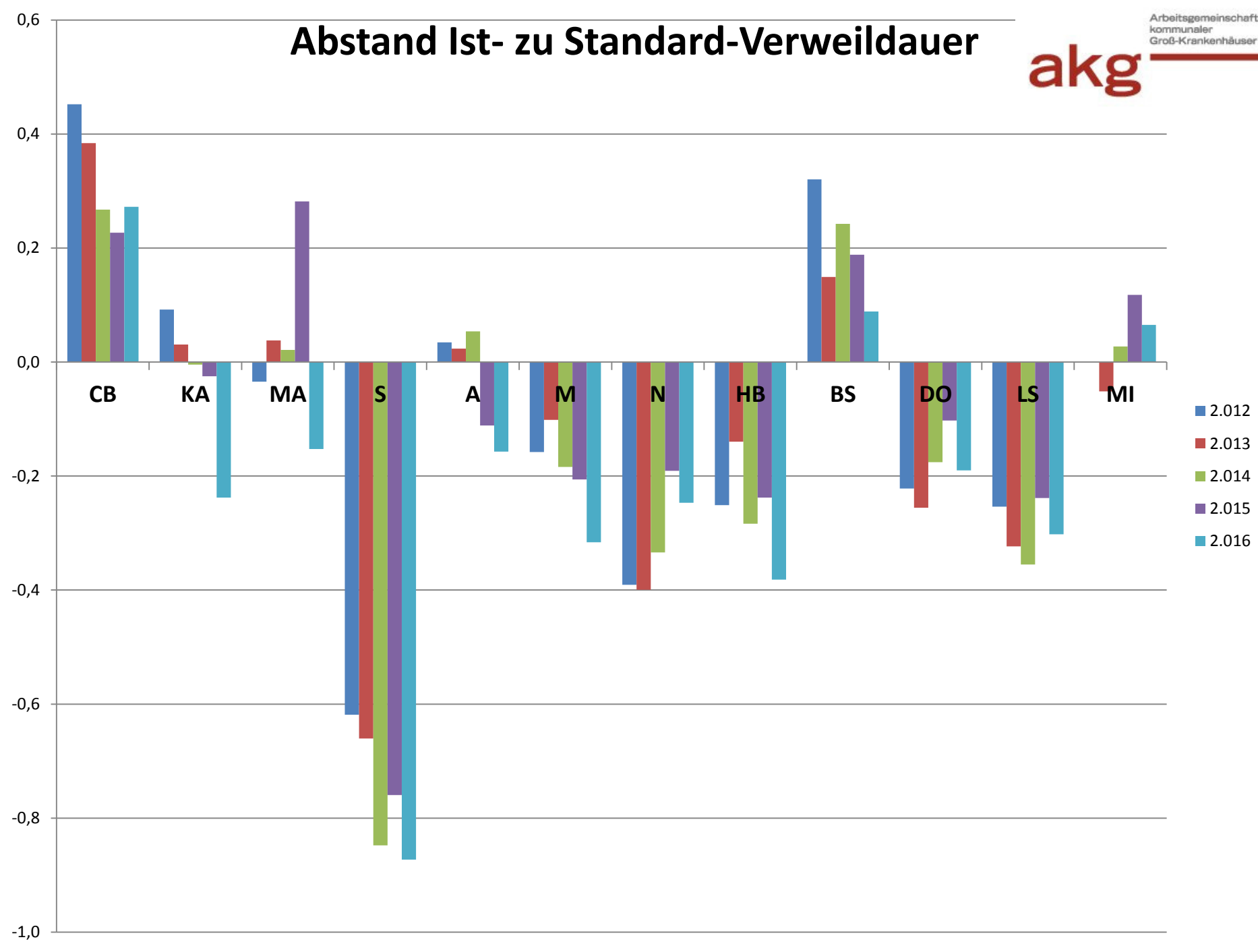
Standard-Verweildauer



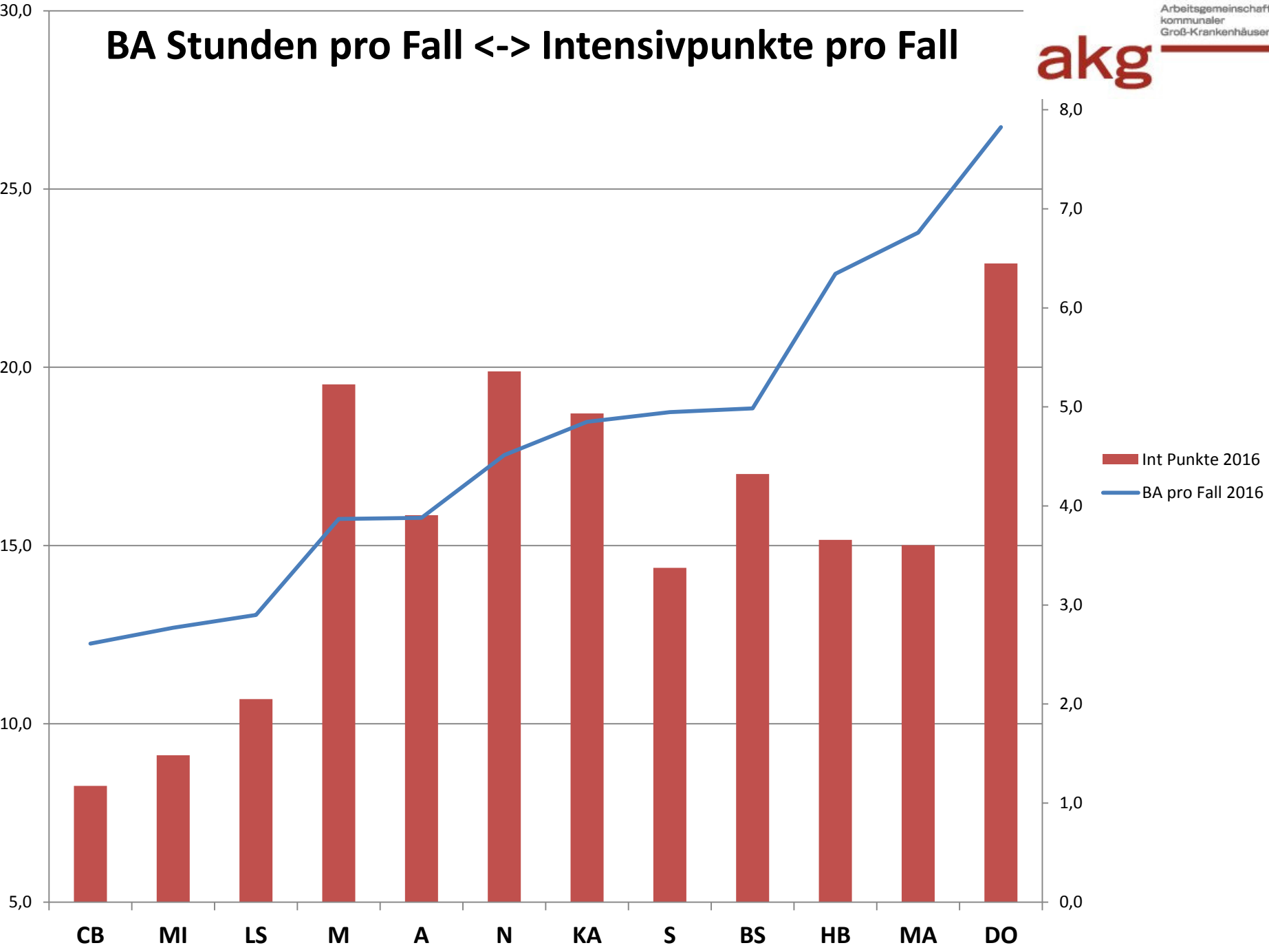
Ist Verweildauer



Abstand Ist- zu Standard-Verweildauer



BA Stunden pro Fall <-> Intensivpunkte pro Fall



Altersentwicklung

