DVKC
Management und Controlling in der Gesundheitswirtschaft

Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Mit Standards zum Erfolg

Entwicklungen aus dem BMG-Projekt des DVKC

Erfolgreich steuern mit der Mehrstufigen Bereichsergebnisrechnung

DKCT, 08.07.2022

AG Standards DVKC e.V.

Agenda

- Erfahrungsbericht zum CS 200
- Unterjährige Abgrenzungen
- Weiterentwicklungen: Arbeitsgruppen Psychiatrie / Psychosomatische Einrichtungen MVZ‘s

© DVKC e.V.

Warum implementieren wir den CS200 ?

Ziel	▪ Steuerung der Ergebnisse durch Etablierung einer akzeptierten Ergebnisverantwortung der Fachbereiche ▪ Vollständige Abbildung eines Periodenergebnisses nach Bereichen, um Ergebnisbeiträge sowohl der Primärleistungs- als auch der Unterstützungsbereiche zu kennen und zu steuern.
Problem	▪ Wie werden für das Krankenhaus zentrale Erlöse und Kosten verursachungsgerecht und unter Steuerungsgesichtspunkten auf Fachbereiche verteilt, ohne das Verantwortungsbewusstsein durch Methodendiskussion im Keim zu ersticken?

Lösungsansatz	▪ Anwendung eines zertifizierbaren Standards, ähnlich der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.
	▪ Technische Umsetzung dieses Standards in einem System, das
	  ▪ den Standard vollständig abbilden kann
	  ▪ größtmögliche Flexibilität bietet
	  ▪ möglichst viele Daten aus Subsystemen (SAP, KIS, RIS, Labor etc.) bündeln kann
	  ▪ Bezugsgrößen/Kennzahlen automatisiert aufbereitet
	  ▪ einen schnellen Roll-out auf weitere Krankenhäuser der Gruppe zulässt

© DVKC e.V.

Wie hat uns der CS200 überzeugt ?

CS 200 und sein Ansatz im Überblick

1. Fundiert & Evaluiert

Die Standards werden auf Basis **aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse** erarbeitet und durch die Anwender in der **Praxis evaluiert**

2. Vollständige Betrachtung

Es werden **alle Bereiche eines Krankenhauses** betrachtet, inkl. ambulanter Bereiche, Nebenbetriebe etc.

3. Wirtschaftliche Steuerung

Steuern bedeutet Führung auszuüben. **Wirtschaftlichkeit** ist **langfristig** nur bei **Deckung der Vollkosten** gegeben. Daher weist die MBE für definierte (Verantwortungs-) Bereiche mehrere Ergebnisstufen auf Vollkostenbasis aus.

4. Beeinflussbarkeit

Die MBE-Ergebnisstufen sind **nach abnehmender Beeinflussbarkeit** bezüglich Preis/Menge gegliedert.

5. „Wer bestellt, bezahlt“

Den (Verantwortungs-)Bereichen werden keine Kostenanteile zugerechnet, sondern **Leistungen in Rechnung gestellt**, die „bestellt“ wurden.

6. Fremdvergleich & Transparenz

Die Verrechnungspreise werden **soweit möglich am Markt eruiert** und nur in Einzelfällen aus Ist-Kosten hergeleitet. So werden die bereichs-spezifischen Ergebnisbeiträge ebenso sichtbar wie Wirtschaftlichkeitspotenziale

7. Vergleichbarkeit

Die Verrechnung der definierten Leistungen findet immer **an derselben Stelle** in der MBE statt, so dass **unabhängig von der konkreten Organisation** (In-/Outsourcing, interne Zuständigkeiten, Finanzierungsstrukturen, Fördermittel) eine Vergleichbarkeit hergestellt wird.

© DVKC e.V.

Ausgangslage im Pilotkonzern

Ausgangslage / Probleme der Vergangenheit	Erste vorbereitende Schritte / Vereinheitlichung	Ausgangslage nach der Vereinheitlichung
▪ Uneinheitliche Stammdaten: Zuordnungsprobleme aktueller Sachverhalte in die KHBV-Struktur (Detailtiefe: Konten/Kostenstellen) ▪ Durch die unterschiedlichen Strukturen war ein Vergleich nach organisatorischen (Kostenstellen) und inhaltlichen (Kostenarten) Gesichtspunkten der Einrichtungen der Gruppe nur schwer bzw. nur mit erheblichem Aufwand möglich.	▪ Implementierung eines gruppenweit einheitlichen Konten-/Kostenstellenplans in Anlehnung an die KHBV zum 01.01.2020 • Erstellung abgegrenzter Monatsabschlüsse (Jahresabschluss light).	▪ Unterjährige Steuerungsverbesserung auf Krankenhausebene ▪ Bessere Vergleichbarkeit der Häuser untereinander ▪ Gleiche Ausgangssituation für die Implementierung des CS200.
Strukturell war damit die vereinfachte Implementierung des CS200 für mehrere Einrichtungen gegeben.		

Umsetzung (1/3)

Standardkonformes Kostenstellenstrukturmodell

- Vorlage_KST MBE CS 200
  - Primärleistungen
    - Medizinische Fachabteilungen
  - Sekundärleistungen
    - Diagnostik
      - Covidambulanz
      - Diagnostik Neurologie
      - Diagnostik Kinderdiabetologie
      - Diagnostik Kardiologie
      - Diagnostik Schlaflabor
      - Endoskopie
      - Externe Leistungen
      - Funktionsdiagnostik
      - Gefäßdiagnostik
      - Labordiagnostik
      - Patientenaufnahme_ZNA
      - Patientenaufnahme Kinder_ZNA
      - Radiologien
    - Therapie
      - Anästhesie
      - Apotheke
      - Arbeitstherapie
      - Diätberatung
      - OP-Bereich
      - Physikalische Therapie
      - Psychosoziale Medizin
      - Schmerzdienst
      - Sozialtherapie
      - Ergotherapie
      - Logopädie
      - Sporttherapie
      - Kunsttherapie
      - Musiktherapie
    - Pflege
      - Normalstation
      - Intensivstation
      - Teilstationäre Leistungen - Tageskliniken
  - Tertiärleistungen
    - Aufnahme_Pforte
    - International Services
    - Blutentnahmedienst
    - Krankentransporte
    - Med. Fallmanagement
    - Patientenbegleitdienst
    - Patientenbücherei
    - Patientenverwaltung_Abrechnung
    - Reinigungsdienst
    - Schreibdienst
    - Seelsorge
    - Sozialdienst und Patientenbetreuung
    - Speisenversorgung
    - Wäscheversorgung (Bettenaufbereitung)
    - Zentralsterilisation
  - Sonstige Leistungen
    - Ausbildung
    - Forschung und Lehre
    - Hilfs- und Nebenbetriebe
    - Konzernkonsolidierung
    - Notarztdienst
  - Infrastruktur
    - Gebäude
    - Energie (Wärme, Strom, Abfall, Wasser)
    - Med. Zentrallager
    - Verwaltung med. Infra.
    - Versorgung Druckluft_Sauerstoff
    - Werkstatt_allg.
    - Zentralarchiv
    - Zentrale Klimaanlage
    - Zentrallager
  - Gemeinkosten
    - Geschäftsführung
    - Shared Services
    - Sonstige
  - Abgrenzungen
    - Abgrenzung_allgemein
    - Budgetabgrenzung

Umsetzung (2/3)

Definition der Bereichsergebnisstufen im CS200

		Verrechnungsmethoden
	Externe Erlöse (aus externer Leistungserbringung)	Direkt / Erlösverteilung (EKMP)
+	Interne Erlöse (aus interner Leistungserbringung)	ILV
-	Direkte Personalkosten	Direkt
-	Verbrauchsbedingte Sachkosten	Direkt / ILV
=	**Bereichsergebnisstufe 1 (= BES 1)**	
-	Kosten für diagnostische und therapeutische Leistungen	Direkt / ILV
=	**Bereichsergebnisstufe 2 (= BES 2)**	
-	Kosten für sonstige patienten- und/oder fachabteilungsbezogene Leistungen	Direkt / ILV
=	**Bereichsergebnisstufe 3 (= BES 3)**	
-	Kosten für Nutzung der Infrastruktur	Direkt / ILV
=	**Bereichsergebnisstufe 4 (= BES 4)**	
+/-	Fördermittel / Zuschüsse / Spenden	Direkt / ILV / Umlage
=	**Bereichsergebnisstufe 5 (= BES 5)**	
-	Gemeinkosten (z.B. kaufmännisches / pflegerisches / ärztliches Management)	Umlage
=	**Bereichsergebnisstufe 6 (= BES 6)**	
+/-	Neutrales Ergebnis / Finanzergebnis / Steuern	Umlage
=	**Bereichsergebnisstufe 7 (= BES 7)**	

Umsetzung (3/3)

Standardkonformes Kontenstrukturmodell nach Bereichsergebnisstufen

- Ergebnis gesamt
  - BES 1
    - 1.1 Erlöse aus externer Leistungserbringung
      - 1.1.1 Erlöse aus stationären Leistungen
      - 1.1.2 Erlöse aus ambulanten Leistungen
      - 1.1.3 Sonstige Erlöse der Einrichtung
      - 1.1.4 sonstige betriebliche Erträge
      - 1.1.5 Erträge aus Mieten und Leasing
    - 1.2 Erlöse aus interner Leistungserbringung
      - KORE_BES1_ILV_E
    - 1.3 Kosten
      - 1.3.1 Personalkosten (interne)
      - 1.3.2 Personalkosten (externe)
      - 1.3.3 Sachkosten-Verbrauch und Overhead
  - BES 2
    - 2. Diagnostische und therapeutische Leistungen
      - 2.1 Labordiagnostik
      - 2.2 bildgebende Diagnostik (Radiologie)
      - 2.3 Sonstige Diagnostik
      - 2.4 Endoskopie
      - 2.5 Dialyse
      - 2.6 OP & Anästhesie
      - 2.7 Ambulanz, Konsile, gem. Bereiche
      - 2.8 Pflege
      - 2.9 Apotheke
  - BES 3
    - 3. Sonstige patienten- und,oder fachabteilungsbezogene Leistungen
      - 3.1 Speisenversorgung
      - 3.2 bezogene Leistungen Wirtschaftsbedarf
      - 3.3 Sterilgutversorgung
      - 3.4 Sozialdienst, Patientenbetreuung
      - 3.5 Bettenmanagement
      - 3.6 Aufnahme,Pforte
      - 3.7 Med. Fallmanagement
      - 3.8 Seelsorge
      - 3.10 Zentraler Schreibdienst
      - 3.11 Patientenverwaltung,-abrechnung
      - 3.12 Hol- und Bringedienst
      - 3.13 Case Management
  - BES 4
    - 4. Nutzung Infrastruktur
      - 4.1 Bereitstellung
      - 4.2 Bewirtschaftung
      - 4.3 Nutzung Infrastruktur und Overhead
  - BES 5
    - 5. Fördermittel, Zuschüsse, Spenden
      - 5.1 Erträge aus Fördermitteln nach dem KHG
      - 5.2 Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand sowie Zuwendungen Dritter
      - 5.3 Erträge aus der Einstellung von Ausgleichsposten aus Darlehensförderung und für Eigenmittelförderung
      - 5.4 Erträge aus der Auflösung von Sonderposten, Verbindlichkeiten nach dem KHG und Ausgleichsposten aus D
      - 5.5 Auflösung von Ausgleichsposten und Zuführungen der Fördermittel nach dem KHG zu Sonderposten oder Ve
      - 5.6 Auflösung des Ausgleichspostens aus Darlehensförderung
      - 5.7 Auflösung des Ausgleichspostens für Eigenmittelförderung
      - 5.8 Zuführungen der Fördermittel nach dem KHG zu Sonderposten oder Verbindlichkeiten
      - 5.9 Zuführung zu Ausgleichsposten aus Darlehensförderung
      - 5.10 Zuführung von Zuweisungen oder Zuschüssen der öffentlichen Hand zu Sonderposten oder Verbindlichkeite
      - 5.11 Zuführung der Nutzungsentgelte aus anteiligen Abschreibungen medizinisch-technischer Großgeräte zu Ver
      - 5.12 Abgang Anlagevermögen-gefördert
      - 5.13 Sicherstellungszuschlag
      - 5.14 Sonstige Erträge
  - BES 6
    - 6. Gemeinkosten
      - Arbeitsmedizin
      - Ärztlicher Direktor
      - Unternehmenssteuerung
      - Datenschutz
      - Einkauf
      - Finanzbuchhaltung
      - Geschäftsführung
      - Hygiene
      - Inhouse Consulting
      - Mitarbeitervertretung
      - Personalabteilung
      - Pflegedienstleitung
      - Projektmanagement
      - Qualitäts- und Risikomanagement
      - Schadensfälle
      - Unternehmenskommunikation
      - Verträge, Recht, Compliance
      - Verwaltung
      - Zentralarchiv
      - Zentrallager
  - BES 7
    - 7. EAT
      - 7.1 Neutrales Ergebnis
      - 7.2 Finanzergebnis-exkl. Investitionsdarlehen

Beispielhafte Herausforderungen bei unterjähriger Anwendung

Erlöszuordnungen	▪ Anteilige Erlöszuordnung bei hausinternen Verlegungen ▪ Erlösrisiken durch erwartete Prüfungen des Medizinischen Dienstes ▪ Budgeteffekte bei noch nicht vorliegender Vereinbarung mit den Kostenträgern (Ausgleiche, Zu-/Abschläge etc.) ▪ Zuordnung von Erlösen aus dem Pflegebudget bei fehlender Vereinbarung. ▪ (Pandemie bedingte Erlöse für die Freihaltung von Kapazitäten)
Kostenzuordnungen	▪ Zuordnung erwarteter aber noch nicht eingegangener Rechnungen ▪ Periodenfremde Aufwendungen durch Rechnungskorrekturen vergangener Jahre.
Lösungsansätze	▪ Sind zum Teil detailliert im Standard und den begleitenden Dokumenten erläutert. ▪ Können aus dem Wesen der Standardgrundsätze abgeleitet werden. ▪ Können durch Spielräume bei den Vorgaben selbst erarbeitet werden (vgl. Austausch der Pilotierer)

© DVKC e.V.

Parametrierung der Ablaufschritte der MBE-Erstellung nach CS200

Ablaufschritte

Parameter

Ablaufvariante: Ablauf DVKC_EKE

Konfiguration | Schritt-Vorschau

Filter (aktiv) | Suchen | Neuen Schritt erstellen | Konfiguration prüfen | Kostenstellen-Struktur | Kontenstruktur | Erweiterte Einstellungen | Umlageparameter

aktiv	Schrit	Name	E.	R.	Abgebende KST-Ebene	Umlageziel KST-Ebene	KTO-Ebene	Präfix EK	Präfix AK	Iterationen	Ziel-KTO verwenden	KoA Wechsel
▪	2	EKMP-Zugang			Vorlage_KST MBE CS 200	Vorlage_KST MBE CS 200 -		ILV_EKMP_ZU	ILV_EKMP_ZU			
▪	4	EKMP-Abgang			Vorlage_KST MBE CS 200	Vorlage_KST MBE CS 200 -		ILV_EKMP_AB	ILV_EKMP_AB			
▪	5	Auflösung Abgr. MDK-Risiko akt. Jah			Vorlage_KST MBE CS 200 - Abgrenzungen - Abgrer	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	6	Auflösung Abgr. Sonstige Erträge			Vorlage_KST MBE CS 200 - Abgrenzungen - Abgrer	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	7	Auflösung 0079308000 Per. Fremd. A			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	8	Verteilung MDK-Risiko auf FAB			Vorlage_KST MBE CS 200 - Abgrenzungen - Abgrer	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	9	Verteilung Freihaltepauschale			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	10	Auflösung Abgr. Med.Bedarf			Vorlage_KST MBE CS 200 - Abgrenzungen - Abgrer	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	11	Auflösung Abgr. bez. Leistungen Med.			Vorlage_KST MBE CS 200 - Abgrenzungen - Abgrer	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	12	Auflösung Abgr. ext. PK PD			Vorlage_KST MBE CS 200 - Abgrenzungen - Abgrer	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	13	Auflösung Abgr. Sonstige Umsatzerlö			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	14	Auflösung Abgr. Wirtschaftsbedarf			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	15	Auflösung Abgr. Instandhaltung			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	16	Auflösung Abgr. Verwaltungsbedarf			Vorlage_KST MBE CS 200 - Abgrenzungen - Abgrer	Vorlage_KST MBE CS 200	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	17	Ausgleich LBFW			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis					
▪	18	Auflösung Abgr. FDA			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	19	Auflösung Abgr. SPZ			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	20	Auflösung Abgr. Dialyse			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	21	Auflösung Abgr. KV-Erlöse			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	22	Auflösung Abgr. Zuschläge			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	23	Auflösung Abgr. Zu- Abschlag §5 Abs			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	24	Auflösung Abgr. WL			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	25	Auflösung Abgr. VST			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	26	Auflösung Abgr. AOP			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	28	Auflösung Abgr. DRG-Erlös			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis				▪	
▪	29	Pflegeentgelt von FAB auf Abgrenzun			Vorlage_KST MBE CS 200	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis					
▪	30	Verteilung Pflegeentgelt			Vorlage_KST MBE CS 200 - Abgrenzungen - Abgrer	Vorlage_KST MBE CS 200		ILV_Pflegeentg	ILV_Pflegeentg			
▪	31	(Erlös-)Ausgleiche auf Budgetabgrenz			Vorlage_KST MBE CS 200 - Gemeinkosten - Share	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis					
▪	33	Umbuchung Hygienezuschlag			Vorlage_KST MBE CS 200 - Primärleistungen - Med	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis					
▪	34	Umbuchung FDA auf Budgetabgrenzu	▪		Vorlage_KST MBE CS 200 - Primärleistungen - Med	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis					
▪	35	Umbuchung Ausbildungszuschlag			Vorlage_KST MBE CS 200 - Primärleistungen - Med	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis					
▪	36	Umbuchung Rechnungszuschläge auf			Vorlage_KST MBE CS 200 - Primärleistungen - Med	Vorlage_KST MBE CS 200 -	_US_MBE CS 200 - Ergebnis					

© DVKC e.V.

Was haben wir bisher erreicht ?

Berechnung	▪ Besonderheiten der Erlöskorrekturen bzw. –zuordnungen konnten größtenteils umgesetzt werden (standardkonforme Verteilung des MD-Risikos steht noch aus) ▪ Abgrenzungsbuchungen wurden nach Umsatzvolumen von der Abgrenzungskostenstelle weiter verrechnet ▪ Jahresabscchluss sowie weitere abgegrenzte Quartalsabschlüsse vollständig verteilt ▪ erstmals berechnen wir auch für Leistungsbereiche der Diagnostik, Pflege usw. ein Bereichsergebnis.
Darstellung	▪ Bericht nach dem BES-Schema des CS200 ist erstellt und bildet den Jahres- sowie den abgegrenzten Quartalsabschluss **vollständig** und verursachungsgerecht ab. ▪ Durch etwas höheren Einmalaufwand bei der erstmaligen Erstellung ist der Bericht einfach auf andere Häuser des Konzerns übertragbar.
Validierung	▪ Durch die Implementierung des CS200 wurden/werden Verbesserungspotentiale in der Datenerfassung in den Primärsystemen transparent und wurden/werden angegangen. ▪ Validierungsschritte der Verrechnungen (Ergebnisse der Ablaufschritte) werden im Pilothaus aktuell durchgeführt.

© DVKC e.V.

Ergebnisbericht nach CS200

Contilia Gruppe

MBE nach CS200

Bereichsergebnis	Abteilung 1	Diagnostik A	Station 1	Personalabt.
1.1 Erlöse aus externer Leistungserbringung	2.188.000	2.000	282.000	0
1.2 Erlöse aus interner Leistungserbringung	3.000	619.000	242.000	262.000
1.3 Kosten	-617.000	-572.000	-355.000	-262.000
Veränderung in BES 1	1.575.000	48.000	169.000	0.000
Ergebnis BES 1	**1.575.000**	**48.000**	**169.000**	**0.000**
2.1 Labordiagnostik	-10.000	0	0	0
2.2 bildgebende Diagnostik (Radiologie)	-33.000	0	0	0
2.3 Sonstige Diagnostik	-8.000	0	0	0
2.4 Endoskopie	-235.000	0	0	0
2.6 OP & Anästhesie	-157.000	0	0	0
2.7 Ambulanz, Konsile, gem. Bereiche	-111.000	0	0	0
2.8 Pflege	-854.000	0	0	0
Veränderung in BES 2	-1.408.000	0	0	0
Ergebnis BES 2	**167.000**	**48.000**	**169.000**	**0.000**

© DVKC e.V.

Ergebnisbericht nach CS200

Ergebnis BES 2	**167.000**	**48.000**	**169.000**	**0.000**
3.1 Speisenversorgung	0	0	-76.000	0
3.2 bezogene Leistungen Wirtschaftsbedarf	-8.000	-12.000	-14.000	0
3.3 Sterilgutversorgung	-28.000	0	0	0
3.4 Sozialdienst, Patientenbetreuung	-10.000	0	0	0
3.5 Bettenmanagement	-13.000	0	0	0
3.6 Aufnahme,Pforte	-65.000	0	0	0
3.7 Med. Fallmanagement	-33.000	0	0	0
3.8 Seelsorge	0.000	0	0	0
3.11 Patientenverwaltung,-abrechnung	0.000	0	0	0
3.12 Hol- und Bringedienst	-23.000	-1.000	-2.000	0
Veränderung in BES 3	-180.000	-13.000	-92.000	0
Ergebnis BES 3	**-13.000**	**36.000**	**77.000**	**0.000**
4.2 Bewirtschaftung	-1.000	-65.000	-11.000	0
4.3 Nutzung Infrastruktur und Overhead	-20.000	-31.000	-34.000	0
Veränderung in BES 4	-21.000	-96.000	-46.000	0
Ergebnis BES 4	**-35.000**	**-60.000**	**31.000**	**0.000**
5.4 Erträge aus der Auflösung von Sonderposten	9.000	85.000	1.000	0
5.14 Sonstige Erträge	3.000	0.000	0	0
Veränderung in BES 5	12.000	85.000	1.000	0
Ergebnis BES 5	**-23.000**	**25.000**	**32.000**	**0.000**

© DVKC e.V.

Ergebnisbericht nach CS200

Ergebnis BES 5	**-23.000**	**25.000**	**32.000**	**0.000**
Personalabteilung	-6.000	-3.000	-5.000	0
Rest (aus Übersichtlichkeitsgründen gekürzt)	-38.000	-16.000	-26.000	0
Veränderung in BES 6	-44.000	-19.000	-31.000	0
Ergebnis BES 6	**-67.000**	**6.000**	**1.000**	**0**
7.1 Neutrales Ergebnis	28.000	0	1.000	0
7.2 Finanzergebnis-exkl. Investitionsdarlehen	-9.000	-90.000	-1.000	0
Veränderung in BES 7	19.000	-90.000	0.000	0
Ergebnis BES 7 = EAT	**-48.000**	**-84.000**	**1.000**	**0**

Erstellt mit BIC 3 am 28.09.2021 MBE_CS200 Seite 1 von 1

© DVKC e.V.

Was waren/sind Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung

Austausch der Pilotierer	▪ Plattform für die Pilothäuser, die durch die Projektgruppe des DVKC moderiert wird ▪ Gegenseitige Unterstützung („Geteiltes Leid...“) ▪ Feedbackmöglichkeiten an die Projektgruppe => Schärfung des Standards aus Praxissicht ▪ Gemeinschaftsgefühl, bei etwas neuem dabei zu sein (Menschen, die mich verstehen)
Technische Umsetzungsplattform	▪ Automatisierbarkeit der unterjährigen Anwendung. ▪ ABER: Einmalaufwand (personell/finanziell) ist nicht zu unterschätzen, aber meines Erachtens notwendig. ▪ Vorteil eines Konzerns, Ressourcen zur Verfügung stellen zu können
„Chefsache “ CS200	▪ Standard-Status des CS200 mit Zertifizierungsoption überzeugt Skeptiker, die bislang die Methodendiskussion mit den Bereichsverantwortlichen scheu(t)en. ▪ Entscheidung des Vorstands öffnet auch intern Türen (kein Controllingspielzeug)

© DVKC e.V.

Unser Zwischenfazit aus Steuerungssicht

Steuerungsgrundsatz	▪ Der Steuerungsgrundsatz „Wer bestellt, bezahlt“ (und zwar einen stabilen Preis je in Anspruch genommener Leistung) ist gut und transparent umsetzbar.

Dezentralisierung der Verantwortung	▪ Die Dezentralisierung der Ergebnisverantwortung – nicht nur auf Fachabteilungen – bietet neue Möglichkeiten der Ergebnissteuerung.
	▪ Nicht dezentral steuerbare Ergebniskomponenten können separat betrachtet werden:
	  ▪ Ausweis eines eigenen Verantwortungsbereichs „GF“ oder „Budget“.
	  ▪ Möglichkeit, Zielvereinbarungen auf unterschiedlichen Bereichsergebnisstufen (BES) zu definieren

Monitoring der Erfolge	▪ Automatisierung ermöglicht unterjährige Steuerung mit der echten Chance, Erfolge durch Verhaltensänderungen kurzfristig zu realisieren.

© DVKC e.V.

Ausblick: Wo wollen wir als nächstes hin?

Verbesserung der Leistungserfassung bei Sekundärleistungen	▪ Standard wurde in erster Betriebsleitungssitzung vorgestellt, Chancen und noch bestehende Probleme diskutiert. Breite Bereitschaft (Arztdienst, Pflege), mitzuarbeiten. ▪ Grundsätze des Standards sowie das Prinzip „Wer bestellt, bezahlt“ stoßen auf große Akzeptanz.
Frequenz	▪ Bereitstellung einer quartalsweise Bereichsergebnisrechnung als internes Steuerungsinstrument.
Entscheidungsgrundlage	▪ Einbeziehung der Ergebnisse bei Investitionsentscheidungen, wo Fördermittel nicht ausreichen ▪ Einbeziehung der Ergebnisse in Kapazitätszuordnungen (z. B. elektive OP-Kapazitäten bei Ressourcenknappheit)
Nutzung notwendiger weiterer Unterstandards	▪ Der CS200 in der Psychiatrie ▪ Der CS200 im MVZ
Skalierung	▪ Dann Roll-out auf weitere Krankenhäuser

© DVKC e.V.

Agenda

- Erfahrungsbericht zum CS 200
- Unterjährige Abgrenzungen
- Weiterentwicklungen: Arbeitsgruppen Psychiatrie / Psychosomatische Einrichtungen MVZ‘s

© DVKC e.V.

Warum unterjährige Abgrenzungen?

Ziel	▪ Unterjährige Ergebnisrechnungen enthalten der Berichtsperiode zurechenbare Erträge und Aufwendungen. ▪ Periodenabschlüsse stellen einen Jahresabschluss „light“ dar.
Probleme	▪ Erlöse werden unterjährig mit anderen Werten abgerechnet, als sie ergebniswirksam sein werden (Zahlbeträge vs. Budgeterlöse inkl. Ausgleichen für das lfd. Geschäftsjahr) ▪ Erlöse für bereits erbrachte Leistungen sind bei Buchungsschluss noch nicht fakturiert. ▪ Rechnungen kommen unterjährig und betreffen nicht nur die Berichtsperiode. ▪ Rechnungen für die Berichtsperiode kommen nach Buchungsschluss.

Lösungsansatz	▪ Zahlbetragsausgleiche und Forderungen für ausstehende Abrechnungen werden bereits unterjährig abgegrenzt.
	  ▪ Prio 1: Kostenstellengenaue Differenzbuchung
	  ▪ Prio 2: Differenzbuchung auf Abgrenzungskostenstelle und nachträgliche Verteilung in der MBE.
	▪ Jahresrechnungen werden bereits bei der Buchung auf Monate aufgeteilt.
	▪ Ausstehende Rechnungen werden gegen Rückstellung abgegrenzt.
	  ▪ Prio 1: Kostenstellengenau, wenn z.B. im Rechnungsfreigabeworkflow ersichtlich.
	  ▪ Prio 2: Buchung auf Abgrenzungskostenstelle und nachträgliche Verteilung nach bislang gebuchten Beträgen (Äquivalenzziffer)

© DVKC e.V.

Beispiel Pflegebudget

Ziel	▪ Extern wirkende Steuerungsimpulse werden auch intern gesetzt. ▪ Bedeutet z.Zt. : Über Pflege am Bett darf auch in der MBE kein Ergebnis erzielt werden.
Probleme	▪ Pflegeentgelte werden i.d.R. auf Fachabteilungen fakturiert/gebucht, die Pflegepersonalkosten werden auf Stationen gebucht. ▪ Der fakturierte Pflegeentgeltwert * Pflegeleistung entspricht nicht dem anteiligen Pflegebudget auf Basis der dem Krankenhaus entstandenen Kosten. Neutralisierung erfolgt erst durch Ausgleichsbuchungen am Jahresende und Vereinbarung mit den Kassen.
Lösungsansatz	▪ In einem Umbuchungsschritt werden zunächst alle Pflegeerlöse auch einer Budgetkostenstelle gesammelt. ▪ In einem ILV-Schritt werden den Stationen Erlöse i.H. der dortigen Personalkosten für Pflege am Bett (ggf. zzgl. Pflegeentlastender Maßnahmen) zugewiesen. ▪ Differenzen verbleiben auf der Budgetkostenstelle, liegen auf dem „Deckel“ des Geschäftsführers und belasten die MBE der einzelnen Stationen/Abteilungen nicht. => Reduktion der Methodendiskussion und bessere Vergleichbarkeit zwischen Abteilungen und bei der Betrachtung von Zeitverläufen.

© DVKC e.V.

Diskussion

Dargestellte Themen	▪ Erlösabgrenzungen nicht fakturierter Fälle. ▪ Erlösabgrenzungen bei abweichenden Zahlbeträgen. ▪ Spezialfall Pflegebudget ▪ Kreditorische Rechnungsabgrenzungen
Weitere Themen	▪ Erlösabgrenzungen PEPP-Entgelte ▪ Erlösverteilung bei internen Verlegungen ▪ MD-Rückstellungen: Unterjährige Bildung und Inanspruchnahme ▪ FDA
Feuer Frei	▪ ... ▪ ... ▪ ...

© DVKC e.V.

Agenda

- Erfahrungsbericht zum CS 200
- Unterjährige Abgrenzungen
- Weiterentwicklungen: Arbeitsgruppen Psychiatrie / Psychosomatische Einrichtungen MVZ‘s

© DVKC e.V.

Konkretisierung des Standards CS200 für den BPflV-Bereich

Ziel	▪ Grundsätze des CS200, der aus Sicht der somatischen Akutversorgung erstellt wurde, wird um Besonderheiten der psychiatrischen/psychosomatischen Versorgungsaspekte ergänzt.
Zusammensetzung	▪ Controller/Fachleute aus vier psychiatrischen Einrichtungen unterschiedlicher Träger. ▪ Mitglieder der Arbeitsgruppe, die den CS200 entwickelt haben. ▪ Board-Mitglieder des DVKC.
diskutierte Themen und Anpassungen	▪ Aufsplittung der Personalkosten nach psychiatriespezifischen Dienstarten und PPP-RL spezifische Unterdienstarten. ▪ Differenzierte Darstellung der psychiatriespezifischen Erlösarten. ▪ Erlösabgrenzungen in unterjährigen Abschlüssen ▪ Umgang mit Ausgleichen in unterjährigen Abschlüssen => Fakturasicht vs. Budgetsicht.

© DVKC e.V.

„Straßen? Wo wir hinfahren brauchen wir keine ... Straßen!“

Dr. E. Brown