

TIP MAGAZIN

HERBST 2022



Fokusthema Planung

Ganzheitliche Konzeption
und volle Integration

MD-Reformgesetz und ambulantes Potenzial

Was jetzt zu tun ist

A photograph of a business meeting. A man in a blue suit and glasses is smiling and looking towards a woman in a blue top who is also smiling. They are in a bright office setting with large windows in the background.

Finanzplanung mit TIP HCe

- Ganzheitliches Konzept
- Transparenz und Flexibilität
- Dezentrale Planung
- Integration ins Data Warehouse

dedalusgroup.de

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

bald geht ein weiteres herausforderndes Jahr zu Ende. Es ist schwierig, sich nicht in einem Gefühl des Dauerkrisenmodus zu verlieren. Umso mehr blicken wir voller Freude auf unsere beiden TIP DAYS in Bern und Düsseldorf zurück, die nach der zweijährigen Pause eine sehr willkommene Abwechslung boten. Dass wir so viele TeilnehmerInnen wie noch nie vor Ort begrüßen konnten, zeigt, dass die Veranstaltungen als Branchentreff gerne zur Weiterbildung und Vernetzung genützt werden. Impressionen und Auszüge aus dem Vortragsprogramm finden Sie in diesem Heft.

Die Durchführung von Operationen und anderen Leistungen in Ambulanzen und Tageskliniken ohne stationären Aufenthalt ist eine der Initiativen, um die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen. Der Ansatz bietet viel Potential und stellt gleichzeitig die Krankenhäuser vor einige Herausforderungen, die zeitnah gelöst werden müssen. Daher widmen wir uns aktuell diesem Thema und bieten neben der Darstellung der gesetzlichen Lage in Deutschland auch Anregungen für eine möglichst gute Vorbereitung und aktuelle Handlungsnotwendigkeiten.

Eine verlässliche Planung ist die Grundlage für wirtschaftliche Steuerung und bietet unserem Handeln Orientierung. Aufgrund der vielen Beteiligten ist der jährliche Planungsprozess von Leistungen, Personal, Finanzen und Investitionen allerdings eine enorme und zeitaufwändige Herausforderung. Um Sie hier bestmöglich zu unterstützen, werden die Planungsmodule von TIP HCe neu aufgesetzt. Das zentrale Modul, die neue Finanzplanung in WIF 3 und das Planungstool PLATO, stellen wir Ihnen hier vor.

Wir haben auch wieder einige interessante Projekte zusammengestellt, um Ihnen Ideen und Anregungen für Ihre BI-Projekte zu liefern. In diesem Heft präsentieren wir die TIP HCe-Projekte der Kunden Katholische Hospitalvereinigung Weser-Egge, Katholisches Klinikum Ruhrgebiet Nord, St. Claraspital und Spital Davos.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und bleiben Sie gesund!



Martina Aigmüller

Marketing Kommunikation
TIP HCe



06



31



44



IMPRESSUM

Dedalus HealthCare GmbH
Konrad-Zuse-Platz 1-3
53227 Bonn
Deutschland

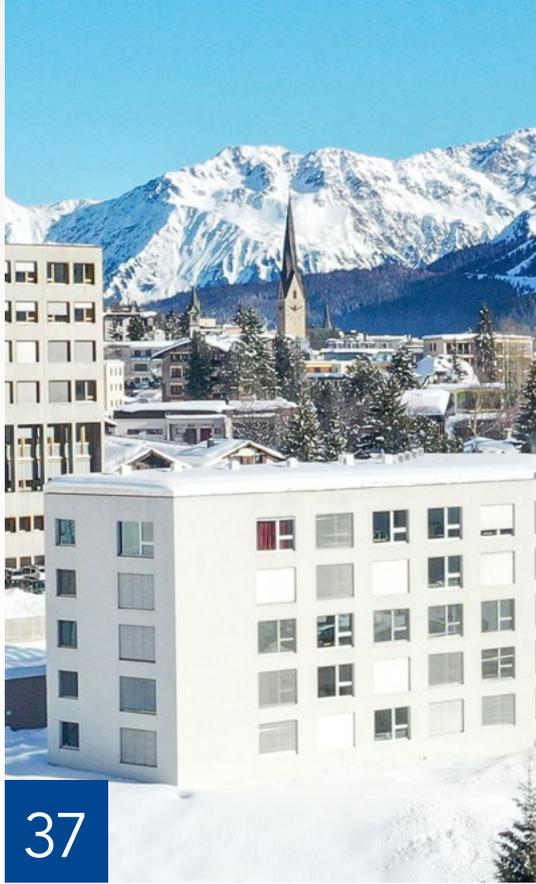
WEB
www.tiphce.com
www.dedalusgroup.de
www.dedalusgroup.com

REDAKTION
Mag. Martina Aigmüller, MSc.
LAYOUT
Michael Gruber B.A.

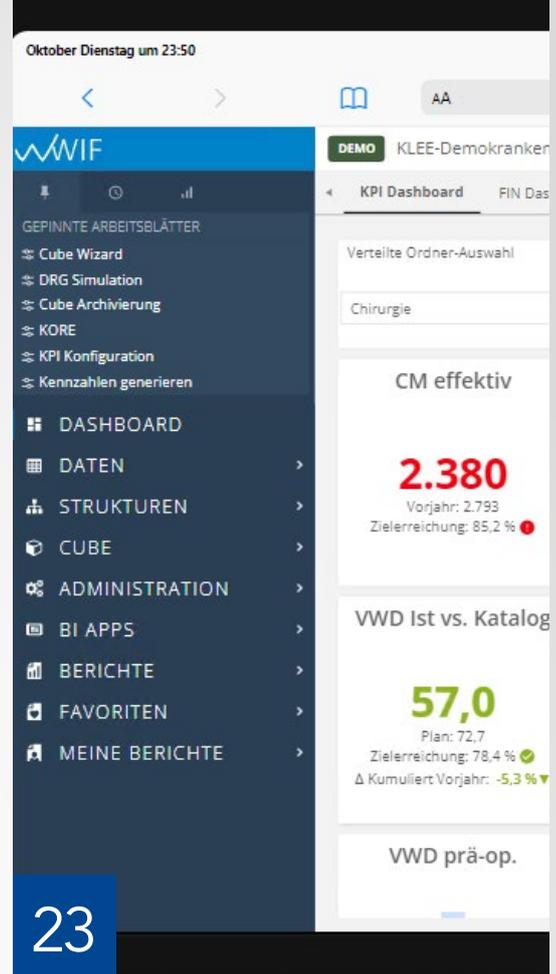
Zugunsten einer flüssigen Lesbarkeit beziehen sich Personenbezeichnungen immer auf alle Personen (m/w/d).

Dedalus und das Dedalus Logo sind Zeichen der Dedalus S.p.A., Italien, oder ihrer verbundenen Unternehmen. Alle anderen in dieser Publikation erwähnten Namen von Produkten und Diensten sowie die damit verbundenen Firmenlogos sind Marken der jeweiligen Unternehmen oder Markenrechtsinhabern. Die in dieser Publikation angegebenen Informationen dienen lediglich dem Zweck einer Erläuterung und stellen keine von DH Healthcare GmbH zu erfüllenden Normen oder Spezifikationen dar. Die Merkmale der beschriebenen Produkte und Dienste sind unverbindlich und können jederzeit ohne weitere Angabe geändert werden. Die dargestellten Produkte und Dienste sind zudem in bestimmten Regionen möglicherweise nicht verfügbar oder können länderspezifische Unterschiede aufweisen. Für Irrtümer und Druckfehler wird keine Verantwortung übernommen.

Copyright © 2022 Dedalus Healthcare GmbH
Alle Rechte vorbehalten



37



23

INHALT

AKTUELL

MDK-Reformgesetz und ambulante Leistungserbringung.....	6
Handlungsnotwendigkeiten für Krankenhäuser.....	8

IM FOKUS

Konzeption zur Implementierung einer Planungslösung.....	10
Flexible und transparente Finanzplanung	13
PLATO Leistungsplanung	16
Externe Unterstützung als Erfolgsmotor.....	18

PRODUKT-NEWS

BIC-Neuigkeiten.....	21
WIF 3.....	23
Analysen zum ambulanten Potential.....	26
Leistungsbenchmarking.....	28

SUCCESS STORIES UND NEUKUNDEN

Vorstellung Neukunden.....	30
Honorarmodell im St. Claraspital.....	31
Personalcontrolling in der Kath. Hospitalvereinigung Weser-Egge.....	34
Unternehmenssteuerung im Spital Davos	37
Umsetzung des DVKC-Standards im MVZ Medizinisches Versorgungszentrum Ruhrgebiet Nord GmbH.....	40

VERANSTALTUNGEN

Das war der TIP DAY in Düsseldorf.....	44
Das war der TIP DAY in Bern.....	48

BLICK INS TIP-OFFICE

Neu im Team.....	51
------------------	----

MDK-Reformgesetz

MDK-Reformgesetz und ambulante Leistungserbringung

Das MDK-Reformgesetz, das am 1.1.2020 in Kraft trat, schuf die Grundlage für die Überarbeitung des AOP-Kataloges. Seit April 2022 liegt nun auch das Gutachten der IGES vor, das eine neue Systematik für die ambulanten Operationen und Leistungen vorschlägt. Dr. Kerrin Schillhorn, Fachanwältin für Verwaltungsrecht und Medizinrecht, erläutert in diesem Artikel die Identifizierung des ambulanten Potenzials und die nötigen neuen Dokumentationsanforderungen und diskutiert die Durchführbarkeit des vorgeschlagenen Ansatzes.

Mit dem MDK-Reformgesetz, das bereits am 1.1.2020 in Kraft getreten ist, wurde neben einer Reihe von wesentlichen Änderungen für die Überprüfung von Krankenhausabrechnungen auch die Grundlage für die Überarbeitung des AOP-Kataloges geschaffen. Dabei ging der Gesetzgeber von einem erheblichen Ambulantisierungspotenzial aus, das in einem neuen AOP-Katalog abgebildet werden sollte. Die Selbstverwaltungspartner waren aufgefordert, ein Gutachten zur Überarbeitung des AOP-Kataloges einschließlich der Vergütungsregelungen in Auftrag zu geben. Die Selbstverwaltungspartner sind diesem Auftrag des Gesetzgebers nachgekommen und haben ein Gutachten bei der IGES mit den folgenden Aufgaben in Auftrag gegeben: „Den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen darzustellen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen zu untersuchen und konkret zu benennen, den AOP-Katalog zu erweitern.“

Dieses Gutachten liegt seit April 2022 sowohl in der Kurz- als auch in der Langfassung vor und bildet einen neuen Ansatz zur Identifizierung und Vergütung von ambulant erbringbaren Leistungen ab. Denn mit diesem Gutachten wird eine neue Systematik der ambulanten Operationen bzw. ambulanten Leistungen vorgeschlagen. Neben die stationäre Durchführung der Operationen bzw. Leistungen soll eine ambulante Durchführung treten, die nach dem potenzialorientierten Ansatz ermittelt wird. Dieser Ansatz ist darauf ausgerichtet, alle Operationen bzw. Leistungen, die grundsätzlich ambulant erbringbar sein können, als ambulantes Potenzial zu identifizieren.

Auf einer nächsten Stufe werden die Operationen und Leistungen danach unterschieden, ob sie mit einem zusätzlichen peri-/postoperativen Versorgungsbedarf verbunden sind. Dieser soll nach Kontextfaktoren wie Operationskomplexität, besonderem Betreuungsbedarf, Frailty und sozialen Begleitumständen bestimmt werden. Daneben soll der Diagnosekontext zu beachten sein. Hierbei geht es um die Kategorisierung spezifischer Haupt- und Nebendiagnosen der ICD, die bei ambulanter Durchführung einen erhöhten peri- bzw. postoperativen Versorgungsbedarf begründen.

Zusätzlich wird ein besonderes Dokumentationsanforderung etabliert, um die stationäre Durchführung oder die erhöhten Versorgungsaufwände – mit entsprechender Schweregradvergütung – abzubilden und nachvollziehbar machen zu können.

Dabei erkennt die IGES, dass eine generelle Kategorisierung von OPS-Leistungen als ambulant durchführbar nicht möglich ist. Denn die ambulante Durchführung von OPS-Leistung hängt vom jeweiligen Behandlungskontext ab, kann variieren und sich teilweise stark unterscheiden. Zu diesem Zweck hat die IGES die sogenannte Kontextprüfung entwickelt, die zwei Kategorien von Kontextfaktoren umfasst. Hierzu gehören zum einen die individuellen Patientencharakteristika, d.h. z.B. alters- oder komorbiditätsbedingte Risiken einer Leistung, und zum anderen die leistungsspezifischen Kontextfaktoren, die nach Diagnose/Indikation sowie weiteren operativen und nicht operativen Maßnahmen, die für denselben Behandlungsfall durchgeführt werden, bestimmt werden.

Dabei soll jeder Kontextfaktor für sich genommen ausreichen, um eine stationäre Durchführung der Leistung begründen zu können. Es soll keine Hierarchisierung oder Kumulation bzw. Verrechnung einzelner Faktoren gelten; d.h. das Vorliegen bereits eines Kontextfaktors soll geeignet sein, eine stationäre Durchführung der Operation bzw. Leistung zu begründen. Wesentlich soll dabei sein, dass bei der Ausweitung der ambulanten Durchführungsmöglichkeiten die Patientensicherheit gleichwohl gewährleistet bleibt.

Zu den leistungsbezogenen Faktoren gehören insbesondere der stationäre Behandlungskontext gemäß der DRG, die Kombination mit Nichtoperativleistungen gem. OPS-Klassifikation, die Beatmung oder die komplexe Kombination von AOP-Leistungen. Bei den patientenbezogenen Faktoren werden wieder besonderer Betreuungsbedarf, der Diagnosekontext und komplexe Komorbiditäten ebenso berücksichtigt wie die Frailty und die sozialen Begleitumstände.

Die IGES sieht vor, dass die Angemessenheit der stationären Durchführung von AOP-Leistungen sowohl ex ante durch den behandelnden Arzt als ex post durch den MD



durchgeführt werden, wobei die Prüfung durch den MD letztlich maßgeblich sein soll. Die Kontextprüfung entfällt, wenn die Leistung ambulant durchgeführt wird.

Entsprechend der Schweregraddifferenzierung der ambulanten Operationen und Leistungen soll die Vergütung auf der Grundlage des mit der Leistung verbundenen Aufwands erfolgen. Dabei sollen die Faktoren medizinisch erforderliche präoperative Versorgung oder Nachbetreuung, postoperative Nachsorge im Anschluss an durchgeführte Operationen und Eingriffe und aufwandsrelevante zusätzliche Nachbetreuungs- und Nachsorgeleistungen berücksichtigt werden. Auch hier gilt, dass für die Schweregraddifferenzierung ein Faktor ausreicht, um den erhöhten Versorgungsbedarf zu begründen.

Insgesamt lassen sich die Empfehlungen der IGES wie folgt zusammenfassen:

- System der fallindividuellen Kontextprüfung
- Ausgestaltung als algorithmisier- und automatisierbare Umsetzung auf Basis routinemäßig erhobener Basisdaten
- Rationalisierung und Verschlinkung der Prüfpraxis, um Streitfälle zu minimieren
- Entwicklung eines Ambulantisierungsgroupers auf der Basis des IGES-Konzeptes der Kontextprüfung sowie dessen Fortschreibung

Der neue AOP-Katalog einschließlich der Vergütung ist durch die Selbstverwaltungspartner zu vereinbaren und vom BMG zu genehmigen. Dabei schlägt das IGES eine stufenweise Umsetzung vor, sodass zunächst nur Leistungen, die bereits GKV-Leistungen sind und die ohne zusätzliche Nachsorge und ähnliches erbracht werden können, Ein-

gang in den AOP-Katalog finden. Die zeitliche Abstufung soll nach leistungsspezifischem Ambulantisierungspotenzial und tatsächlich ambulanter Durchführbarkeit der Leistung vorgenommen werden.

Diese Ansätze des IGES sind theoretisch hochinteressant und gut durchdacht. Ob sie allerdings die Handhabbarkeit der Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wirklich vereinfachen, erscheint offen. Auch wird zu klären sein, durch wen die neu als ambulant erbringbar zu qualifizierenden Leistungen erbracht werden (können). Denn nach der ersten Analyse der IGES fällt ca. ein Viertel aller derzeit stationären Leistungen unter das identifizierte Ambulantisierungspotenzial. Ob diese Leistungen vollständig im ambulanten Sektor erbracht werden können oder ob die freiwerdenden Kapazitäten des stationären Sektors für die Durchführung von – vor allem komplexen – ambulanten Operationen und Leistungen genutzt werden können bzw. müssen, wird noch zu entscheiden sein. Vieles spricht dafür, dass durch den von der IGES entwickelten Ansatz auch die bisher geltende strenge Sektorentrennung nochmals überdacht werden muss.



Dr. Kerrin Schillhorn

MIL, Rechtsanwältin, Fachanwältin für
Verwaltungsrecht und Medizinrecht
michels.pmks Rechtsanwalts-gesellschaft mbB

Handlungsnotwendigkeiten für Krankenhäuser

Ermittlung des ambulanten Potentials, Prozessanpassungen und Dokumentation

Neben der formellen und rechtlichen Einordnung des IGES-Gutachtens durch Frau Dr. Schillhorn werfen Dr. Lars Schäfer und Michael Ebert im folgenden Artikel einen praxisnahen Blick auf die ersten Ergebnisse und die sich ergebenden Handlungsnotwendigkeiten für Krankenhäuser.

Die aktuellen Ergebnisse aus dem DRG-Benchmarking-Projekt (welches Ihnen mit der Zugehörigkeit der GSG zur Dedalus-Familie zur Teilnahme offensteht) zeigen auf Basis von ca. 10% der nationalen stationären Falldaten einen massiven Anstieg des ambulanten Potentials unter Anwendung der Kriterien des IGES-Gutachtens. Während gemäß §115b SGB V mit Morbiditätsfilter (Morbiditätsfilter: Schwere Begleiterkrankungen,

Patienten unter 16 und über 84 Jahre, verlegte und verstorbene PatientInnen) für die ersten neun Monate im Jahr 2022 von einem ambulanten Potential in Höhe von 6,9% auszugehen ist (Abb. 1), liegt dieses gemäß den Kriterien des IGES-Gutachtens bei 26,3% (Abb. 2).

Ursächlich hierfür ist im Wesentlichen die Berücksichtigung der folgenden Gründe, die für eine ambulante Be-

handlung im Rahmen des IGES-Gutachtens herangezogen werden:

- Integration konservativer (medizinischer) Behandlungen
- Verschärfung der Kriterien für Begleiterkrankungen
- Verschärfung der Kriterien für das PatientInnen-Alter

Vor diesem Hintergrund ist die klare und rechtzeitige Identifizierung

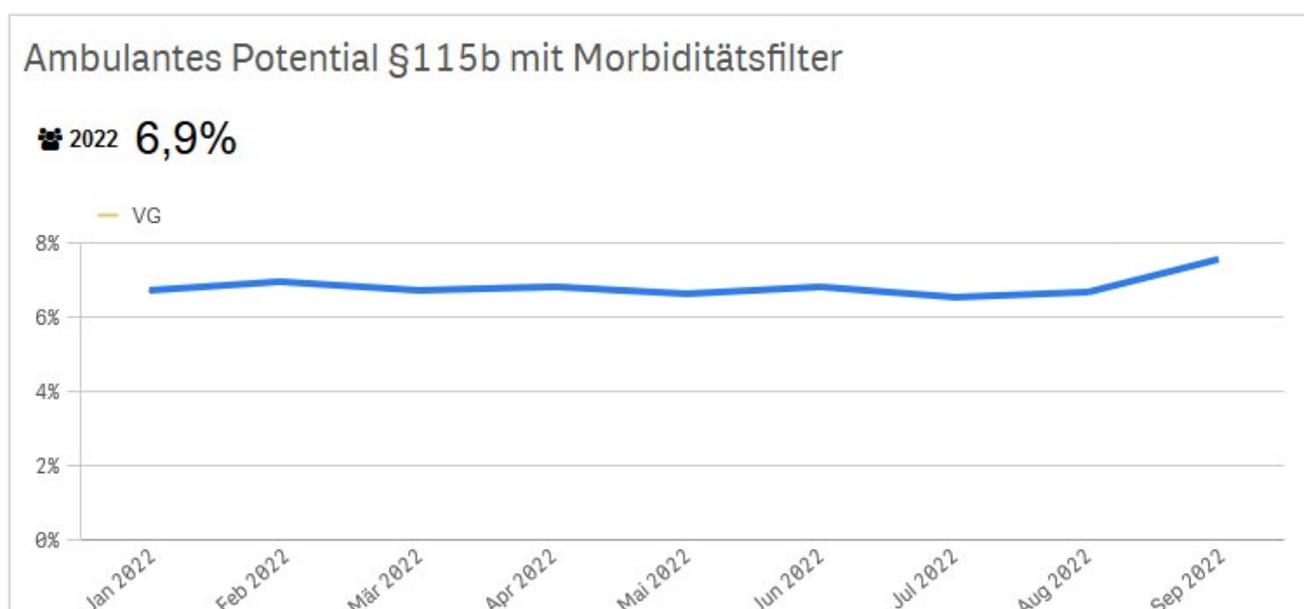


Abb. 1: Ambulantes Potential §115b mit Morbiditätsfilter

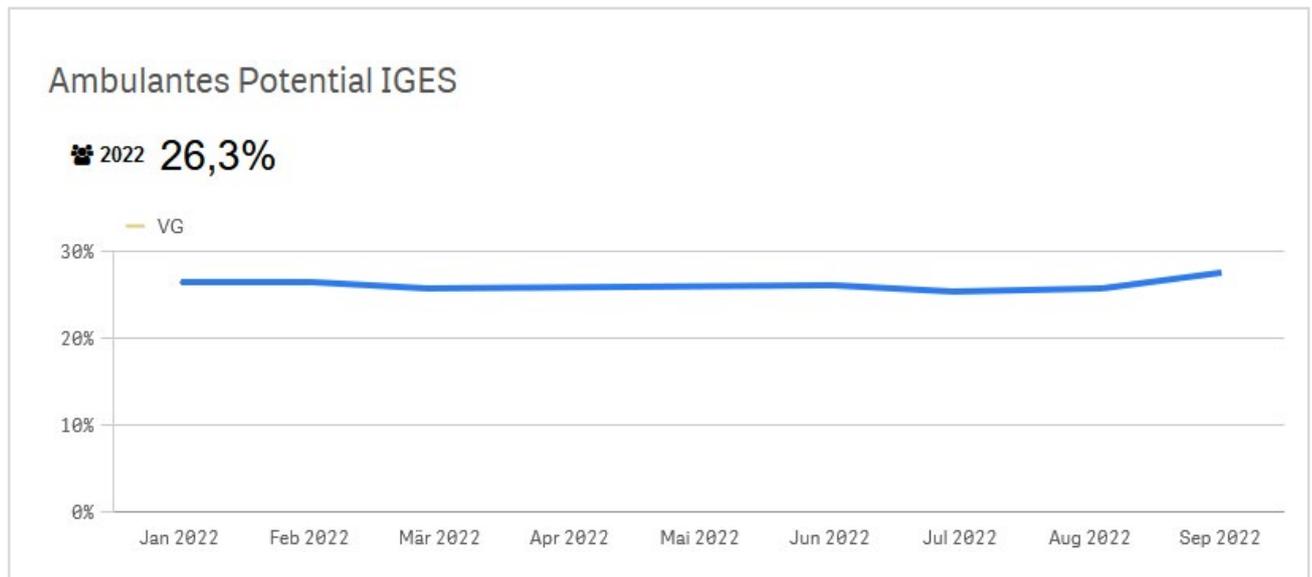


Abb. 2: Ambulantes Potential IGES

potentiell strittiger Behandlungen unerlässlich. So lassen sich über das Krankenhaus-Informationssystem KIS oder die interne Expertise bereits vor Entlassung und Abrechnung mögliche Lücken in der Dokumentation identifizieren. Zielführend ist eine klare Dokumentation der stationären Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Aufnahme. Diese sollte sich nicht auf den medizinischen Fokus beschränken, da sich die „patientenbezogenen Kontextfaktoren“ hieraus nicht vollständig ableiten lassen. Diese können nur als erschwerend erkannt werden, wenn sie den Aufnehmenden bekannt sind und entsprechend dokumentiert werden. Darüber hinaus muss ein resultierender Aufwand dieser Kontextfaktoren bei der Behandlung nachvollziehbar sein. Bei Patienten mit überwachungspflichtigen Erkrankungen muss die stationäre Kontrolle z. B. der Vitalparameter, der Wunddrainagen oder des Blutzuckerspiegels sicher umgesetzt werden. Argumentativ sollten z.B. auch vorangegangene ambulante Behandlungen, die sich seit diesem Zeitpunkt ergebenden Veränderungen im Patientenstatus und auch die Perspektive der Einweiser Berücksichtigung finden. Aus diesen Anforderungen ergibt sich eine wachsende Bedeutung von technischen Assistenzsystemen im KIS und medizinischem Assistenzpersonal.

Die Prüfung einer möglichen ambulanten Behandlung (primäre Fehlbelegung) wird im Anschluss an die medizinische Versorgung auf unterschiedlichen Diskussionsebenen mit den Kostenträgern geführt:

- Ablehnung der Rechnung im Datensatz nach §301 durch den Kostenträger mit erforderlicher medizinischer Begründung (MBEG)
- Anfragen der Kostenträger bei Überschreitung der geplanten Behandlungsdauer nach §301 mit erforderlicher medizinischer Begründung (MBEG)
- Vorverfahren nach PrüfVV
- Nachverfahren

Der administrative Aufwand erstreckt sich vom Zeitpunkt der Entlassung über bis zu 18 Monate bis zum Abschluss der Prüfung durch den Medizinischen Dienst und im Falle einer sozialgerichtlichen Klärung deutlich darüber hinaus.

Als Handlungsnotwendigkeit auf Krankenhausseite lässt sich final auf den Ausbau der Unterstützung durch das KIS verweisen. Intelligente Systeme können durch KI-Unterstützung und ohne zusätzlichen Zeitaufwand eine relevante Unterstützung im Bereich der Dokumentation liefern. Hierzu ist jedoch zunächst eine klare Struktur der Dokumentation und Aufnahmeorgani-

sation sowie die daraus resultierende Vollständigkeit der notwendigen Informationen erforderlich. Der Schlüsselfaktor zum Erfolg liegt folglich insbesondere in der internen Expertise und somit im eigenen Personal, welches stetig gefördert und dauerhaft gehalten werden sollte. Kommunikationstrainings des medizinischen Personals und die strukturierte Unterstützung durch Assistenzpersonal runden diese Notwendigkeit ab.



Michael Ebert
Senior Berater Controlling & Marktanalytik
GSG



Dr. med. Lars Schäfer
Leitung Medizincontrolling
GSG

Konzeption zur Einführung einer Planungslösung

Leitfaden zur Implementierung von softwaregestützter Planung und Prognose

Die Erstellung von Planungs- und Forecast-Prognosen nimmt einen großen Teil der Controllingtätigkeiten ein. Je nach Unternehmensgröße und Komplexität ergibt sich eine große Spannweite von Anforderungen an eine integrierte Unternehmensplanung. Was aber allen gemein ist nach den Erkenntnissen der letzten beiden Jahre, ist, dass eine reine Fortschreibung der Vergangenheit sicher nicht mehr sinnvoll ist. Karsten Schubert erklärt, wie wichtig eine klare Konzeption für die Einführung einer umfassenden Planungslösung ist und wie man diese entwickeln kann.

Durch die zunehmend komplexer und vor allem dynamischer werdenden Anforderungen rückt die kurzfristige Bewertung der zukünftigen Entwicklung immer mehr in den Fokus. Das bedeutet ständige Auseinandersetzung mit dem „was wird“ und somit permanente Anpassungen an die sich laufend ändernden Rahmenbedingungen. Es reicht daher nicht mehr, einmal pro Jahr eine Planung zu machen, sondern es wird immer notwen-

diger, gewisse Simulationen und Entwicklungs-Szenarien zur kurzfristigen Steuerung vorzuhalten. Die Reaktionsgeschwindigkeit wird ein nicht unerheblicher Teil der Erfolgsstory und erfordert die Implementierung von softwaregestützten Planungs- und Prognose-Tools.

Auch wenn MS Excel eines der besten Controlling-Instrumente ist und nahezu in jeder Klink zum Einsatz kommt,

eine integrierte Unternehmensplanung kann nur bedingt transparent und flexibel aufgebaut werden.

Am Anfang steht die Idee

Was wäre, wenn alle relevanten Plan-
daten an einem zentralen Ort vorlä-
gen? Transparent und nachvollzieh-
bar ist jegliche Werte-Entwicklung.
Die Aktivitäten sind aufgeteilt je nach
Planungsthema und je nach Verant-
wortlichkeit. Alle Beteiligten arbeiten
mit einer einheitlichen Oberfläche,
ortsunabhängig und doch sicher. Jeg-
liche Anpassung aus den Planungs-
gesprächen kann direkt erfasst wer-
den und die Auswirkung wird sofort
sichtbar. Der interne Planungsprozess
wird beschleunigt und die manuellen
Aktivitäten im Planungsprozess redu-
ziert. Durch den Aufbau der zentralen
Datenhaltung sind beliebig viele Pla-
nungs- und Forecastszszenarien mög-
lich. Sind diese Ideen mit einer Soft-
ware umzusetzen?

„Unzählige kleine und große Excel-Mappen liegen im Postfach, auf Servern oder lokalen Laufwerken, sind miteinander richtig verknüpft oder auch nicht. Eine kleine Korrektur hat große Konsequenzen, wie auch ein ungewollter Klick, denn schon kommt statt des Betriebsergebnisses nur noch ‚#Bezug‘. Oder der eine Kollege, der das Wissen dazu hatte, ist weg und nicht mehr verfügbar oder wie Excel sagt ‚#NV‘.“

Abb. 1: Typische Probleme bei der Planung mit Excel

Eine Idee ist noch kein Konzept

Ein Konzept ist ein Plan für ein Vorhaben. Es beschreibt die aktuelle Ausgangssituation und zeigt Probleme auf. In einem Konzept werden die konkreten Ziele und Inhalte des Vorhabens festgelegt. Auch wird der Weg dahin, also die Art und Weise

aufgezeigt, wie das „Projekt“ angegangen werden soll. Im Konzept werden somit die zentralen Fragen des Projektes geklärt.

Bei der Erstellung eines Konzepts ist darauf zu achten, dass Ziel- und Empfängerorientierung gegeben ist. Außerdem ist es wichtig, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Die

Erwartungen sollten realistisch und nicht überzogen sein. Zentraler Bestandteil ist das Festlegen von konkreten Aktivitäten und Handlungsempfehlungen, also wer macht wann und wie was.

Bei der Einführung einer Planungslösung von TIP HCe wird ein Prozess durchlaufen, der sich am standardi-

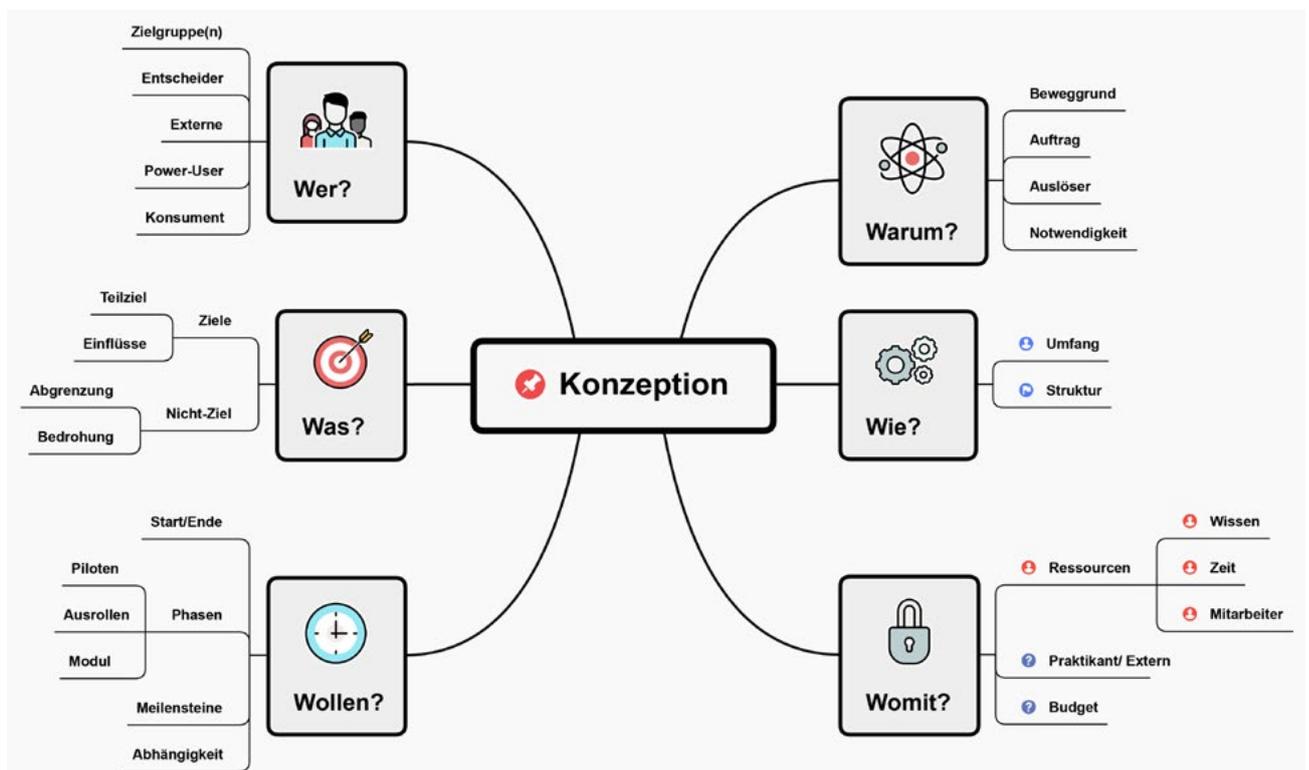


Abb. 2: Grundlegende Bestandteile einer Konzeption



Abb. 3: Vorgehensmodell BI-Consulting

sierten Vorgehensmodell des BI-Consulting orientiert (s. Abb. 3). Wichtig hierbei ist von Anbeginn ein gemeinsames Verständnis für Ihre aktuelle Situation und Ihre Probleme zu erhalten.

Basierend auf der Ist-Analyse und einer konkreten Zieldefinition erfolgt die Erarbeitung der Soll-Konzeption, die die Grundlage der konkreten Realisierung und Parametrierung bildet.

In gemeinsamen Workshops werden neben der Analyse der Ausgangssituation auch Fragen zur künftigen Anforderung der Applikation gestellt und gemeinsam beantwortet. Ein standardisierter Fragenkatalog bietet dabei eine wesentliche Hilfestellung.

Dabei werden unter anderem die folgenden Fragen beantwortet:

- **Welche Dimensionen sind zu planen?** Konto/ KST/ Projekt/ Auftrag ...
- **Welche Szenarien werden benötigt?** Wirtschaftsplan intern, extern, Forecast Q1-Q4
- **Wie erfolgt die Ermittlung der Planbasis?** Vorjahr/ Letzter Plan
- **In welcher Häufigkeit und Granularität?** mtl. / Quartal je Konto & Kostenstelle
- **Welche Bereiche/ Abteilungen/ Personen sind an der Finanz-Planung beteiligt und ist was deren Aufgabe?** GF, Finanzcontrolling, Med.CO, Personal
- **Wie ist der Planungsprozess und welche Termine, Restriktionen gibt es?** Abgabe AR Okt., Start Ende August 1.Runde -> Freigabe-Workflow

Es empfiehlt sich, gerade in größeren Organisationen, mit einem Prototyp und Piloten zu arbeiten und nach erfolgreicher Validierung und Testung die Lösung auch auf alle anderen Geschäftsbereiche bzw. Gesellschaften auszurollen.

Nach erfolgreichem Go-Live werden Neuerungen und Weiterentwicklungen mit in den Produkt-Lebenszyklus eingebunden. Dadurch erhält man eine gut eingeführte Planungslösung, welche erhebliche Möglichkeiten der Ressourcenschonung und die Vermeidung von Mehrfacharbeit bietet.



Karsten Schubert
Senior Consultant
TIP HCE

Ziele

- Beschleunigung des gesamten Planungs- und Prognoseprozesses
- Einheitliche Datenbasis
- Effizienter Ressourceneinsatz
- Dezentrale Verantwortlichkeit stärken
- Einfache benutzerfreundliche Bedienung
- Erweiterbare Planungslösung
- Sofort einsatzbereit

Nutzen

- Reduzierung der manuellen Aktivitäten
- Automatisierte und standardisierte Abläufe
- Flexible, erweiterbare Planungsmodule
- Zentrale und dezentrale Planungsansätze
- Zentrale Datenhaltung (DWH)
- Eine Anwendung für Planung und Prognosen
- Keine aufwändige Installation, keine zusätzliche Hardware und Schnittstellen erforderlich

Finanzplanung mit TIP HCe

Flexibel und transparent – Das neue Modul im Überblick

Mit der schrittweisen Erneuerung der Planungsmodulare auf die aktuelle WIF 3-Oberfläche wird ein ganzheitlicher und moderner Ansatz für die Planung verfolgt.

Mit der Finanzplanung steht Ihnen mit Ende des Jahres das erste, neue Planungsmodul auf Basis von WIF 3 zur Verfügung. Die Finanzplanung dient auch zukünftig als das zentrale Modul der gesamten integrierten Planung von TIP HCe, in welcher die Werte aus den einzelnen Teilplanungen zusammenlaufen.

Es handelt sich bei der Finanzplanung von WIF 3 um eine komplette Neuentwicklung, welche dann in Kombination mit den weiteren neuen Planungsmodulen die bisherige Planungswelt in WIF 2 ablösen wird. Für diese einheitliche und integrierte Planungslösung wurde nun mit dem neuen Modul die Basis mit einem Framework geschaffen, welches

dann auch von den weiteren Planungsmodulen verwendet werden wird. Somit steht dann für den Anwender eine userfreundliche und einheitliche Oberfläche für die Planung zur Verfügung.

Die neuen Planungsmodulare sind auch weiterhin in einzelnen Modulen aufgebaut und vollständig in das Data Warehouse von TIP HCe integriert. Somit erfolgen sowohl die initiale Befüllung mit Ist-Daten als auch die Datenübergaben der Plandaten zwischen den Modulen und Cubes auf Basis von eigenen Prozessen ohne zusätzliche Schnittstellen. Der modulare Aufbau ermöglicht dabei eine schrittweise Ablösung der bisherigen Lösung.

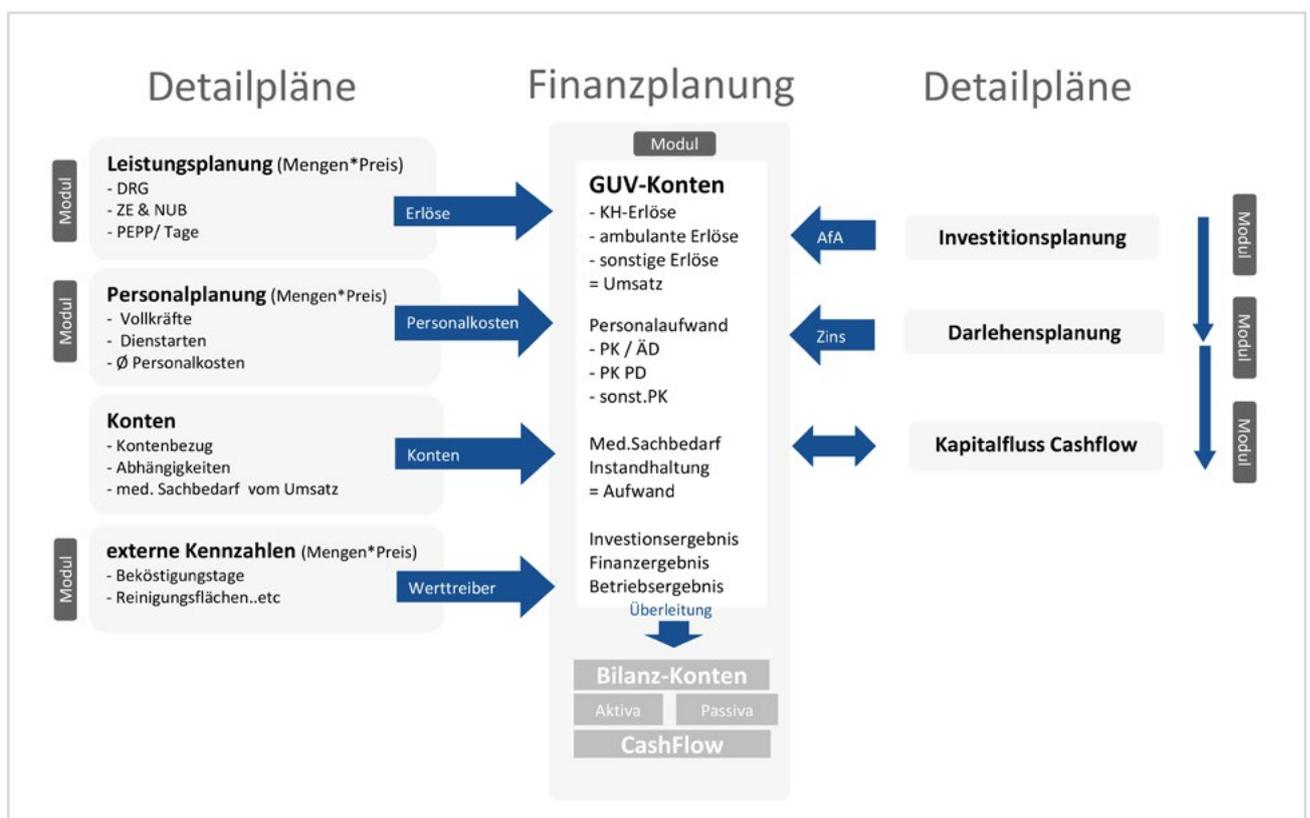


Abb. 1: Übersicht der Planungsmodulare

Daten > Planung

Finanzplanung β

Planungsmaske: Budget - Standardmaske Kostenstelle: TIP HCe Planung

Konto: TIP HCe Planungskonten Innenauftrag: TIP HCe Planaufträge

Planungszeitraum 1.2023 - 12.2023 Anzeigen

Ansicht Planung 2 Kommastellen

Kostenstelle	Konto	Innenauftrag	IST 2022	▼ Gesamt	▼ 2023	1.2023	2.2023
▼ TIP HCe Planung	▶ TIP HCe Planungskonten	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	-263.148.483,...	-263.148.483,...	-22.979.909,01	-20.063.343,33
▼ ZDL Zentrale Dienste	▶ TIP HCe Planungskonten	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	263.148.483,...	-263.148.483,...	-22.979.909,01	-20.063.343,33
▶ 83 Zentrale Dienste	▼ TIP HCe Planungskonten	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	-263.148.483,...	-263.148.483,...	-22.979.909,01	-20.063.343,33
▶ 83 Zentrale Dienste	▼ Betriebsvertrag	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	-263.148.483,...	-263.148.483,...	-22.979.909,01	-20.063.343,33
▶ 83 Zentrale Dienste	▼ Stationärer Ertrag	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	-123.529.849,...	-123.529.849,...	-10.583,6...	-9.734.897,79
▶ 83 Zentrale Dienste	▶ OKP Erträge	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	-104.341.156,...	-104.341.156,...	-8.897.922,97	8.080.370,17
▶ 83 Zentrale Dienste	▶ Zusatzentgelte	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	-8.258.412,88	-8.258.412,88	-827.274,25	-678.927,03
▶ 83 Zentrale Dienste	▶ ZV-Erträge	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	-9.963.837,57	-9.963.837,57	-767.644,91	-900.633,33
▶ 83 Zentrale Dienste	▶ Erträge Material & Med...	▶ TIP HCe Planaufträge	0,00	369,78	369,78	33,73	36,31

Abb. 2: Flexible Planungsmaske in Bearbeitung zur Erfassung

Das neuentwickelte Modul der Finanzplanung umfasst in der ersten Phase die Planung der GuV-Konten auf den bekannten Dimensionen. Ergänzt wurde nun die Möglichkeit, auch auf zusätzlichen Dimensionen wie Projekten bzw. Innenaufträgen zu planen, was eine weitere Detaillierung im Planungsprozess ermöglicht. In den nächsten Ausbaustufen werden weitere Module (Bilanzplanung) und Funktionen (Werttreiber) die Finanzplanung sukzessive ergänzen.

Einige neue Funktionalitäten der WIF 3-Finanzplanung sind:

- Flexible Auswahl und Planung der Dimensionen (z.B. KTO/KST/ Auftrag)
- Getrennte Funktionen für Planungsverantwortlichen und Planenden
- Zentrale Verwaltung von Planungsmasken und Berechtigungen
- Planung Bottom-Up oder Top-Down mit automatischer Verteilung
- Workflowunterstützung und Datensperre
- Versionierung
- Export und Import von xls- und csv-Dateien
- Planungs-Cube für Auswertung der Planwerte

Bewusste Plandateneingabe durch Bearbeitungsmodus

Durch den flexiblen Aufbau der Planungsmaske kann die Eingabe durch den Planenden auf beliebigen Zeit- oder

Strukturknoten erfolgen. Um eine ungewollte, gleichzeitige Werteingabe zu verhindern, wird dieser Bereich in Bearbeitung genommen und ist somit für andere Benutzer gesperrt. Nach erfolgter Eingabe wird der Bereich mit den neuen Werten freigegeben, wobei alle vorgenommenen Änderungen und auch erfassten Kommentare protokolliert werden.

Wurde die Planung für einzelne Bereiche abgeschlossen, so können diese Zellen dann zusätzlich gegen Änderungen gesperrt werden und bleiben somit auch bei weiteren Eingaben unverändert bestehen.

Administrative Planungsverwaltung

In der neuen Finanzplanung gibt es getrennte Funktionen und unterschiedliche Berechtigungsbereiche für den Planungsverantwortlichen und die dezentralen Planenden.

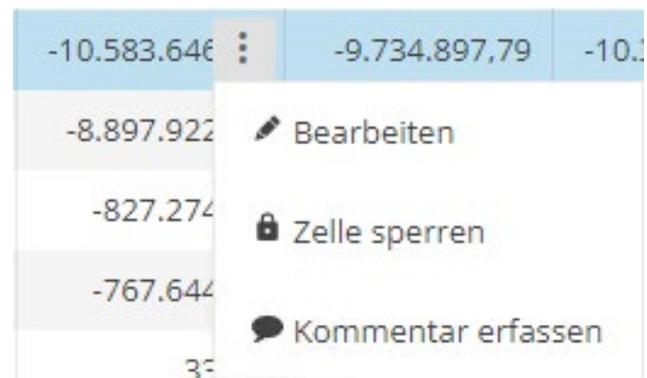


Abb. 3 Wechsel in den Bearbeitungsmodus

Daten > Planung

Finanzplanung verwalten

Planvariante: Budget

Planungsmasken Referenzdaten Versionen Zellenstatus Planwerte Änderungsverlauf

+ Neue Planungsmaske erstellen 1f Masken sortieren Empfängerzuordnung anzeigen

Bezeichnung	Status	Dimensionsfilter
Standardmaske	Geöffnet	Kostenstelle: TIP HCe Planung Konto: TIP HCe Planungskonten Innenauftrag: TIP HCe Planaufträge 1.2023 - 12.2023
Jahresplanung	Geöffnet	Kostenstelle: TIP HCe Planung Konto: TIP HCe Planungskonten Innenauftrag: TIP HCe Planaufträge 1.2023 - 12.2023
Mehrjahresplanung	Geschlossen	Kostenstelle: TIP HCe Planung Konto: TIP HCe Planungskonten Innenauftrag: TIP HCe Planaufträge 1.2023 - 12.2025

Abb. 4: Verwaltung der dezentralen Planungsoptionen

Der Planungsverantwortliche definiert in der Verwaltung dabei den grundsätzlichen Aufbau der Planung und die zugehörigen Referenzdaten sowie die möglichen Einschränkungen der Ansicht für die Planenden über Dimensionsfilter. Über den Status wird auch die Möglichkeit zur Dateneingabe für die Planenden im Planungsprozess gesteuert. Durch Versionen kann der aktuelle Stand der Dateneingabe für spätere Vergleiche eingefroren werden.

Financial Planning Cube

Neu bei der Finanzplanung ist ebenfalls, dass die aktuell erfassten Werte zusätzlich zu WIF 3 auch in einem eigenen Cube ausgewertet werden können. Dieser Cube aktualisiert sich regelmäßig und somit können die aktuellen Ist- und Referenzdaten mit den erfassten Plan- und Forecast-Werten einfach und übersichtlich ausgewertet und in das bestehende Reporting integriert werden. Dabei stehen alle in der Planung verfügbaren Dimensionen sowie die zugehörigen Strukturen aus TIP HCe für die Darstellung zur Verfügung.

Mit der Finanzplanung steht Ihnen das erste neue Planungsmodul mit Ende des Jahres zur Verfügung. Die weiteren Module - Investitions- und Darlehensplanung, Werttreiberplanung und Personalplanung werden nun schrittweise im Laufe des kommenden Jahres entwickelt und in die neue Lösung auf Basis von WIF 3 integriert.



Karsten Schubert

Senior Consultant
TIP HCe



Stefan Domenig

Produktmanagement
TIP HCe

PLATO

Softwaregestützte Leistungsplanung differenziert und nachvollziehbar

Durch die Eingliederung der GSG in Dedalus erweitert sich unser Portfolio um ein ausgefeiltes Tool zur internen Leistungsplanung und dedizierten Vorbereitung auf die Budgetverhandlungen. Mit dem LeistungsPLANungstool PLATO bilden wir den wesentlichen Bestandteil für eine transparente und flexible, ganzheitliche Leistungsplanung ab. Das Tool kann ab sofort verwendet werden, eine Integration der Daten in die WIF 3-Finanzplanung und ins TIP HCe-Data Warehouse ist für das nächste Jahr geplant.

Mit Blick auf aktuelle Veränderungen in der Krankenhausleistungsplanung und sich ständig ändernde und komplexer werdende Anforderungen wird eine realistische und nachvollziehbare Leistungsplanung immer wichtiger. Die manuelle Abbildung komplexer Anforderungen der inhaltlichen Leistungsplanung in Excel unter Berücksichtigung jeglicher gesetzlichen An-

forderungen ist höchst zeitintensiv und auch fehleranfällig. PLATO unterstützt genau in diesem Hinblick. In Form einer webbasierten Applikation erfolgt in PLATO die teilautomatisierte Leistungsplanung differenziert und nachvollziehbar mit nur wenigen Klicks. Durch einen engen Austausch mit Spezialisten im Bereich der Budgetverhandlungen erfolgt eine ste-

tige Adaption an die aktuellen Kundenanforderungen.

Das Konzept der teilautomatisierten Leistungsplanung

Auf Basis von IST-Daten oder auch Vereinbarungsdaten erfolgt eine in sich schlüssige Planung in nur weni-

PLANUNGSSCHRITTE



Datenimport

§21-Datensatz (vollständig oder unterjährig oder zuletzt abgeschlossene Vereinbarung.)



Vordefinition | Datenclearing

Funktion: IST-Leistungen nicht erbringen oder einfrieren
Ebenen: OPS – DRG – MLG – MDC – FAB



Modifikation | Datenveränderung

Funktion: Steigerung / Reduktion IST-Leistungen nach CaseMix absolut oder relativ
Ebenen: OPS – DRG – MLG – MDC – FAB



Neue Leistungen

Funktion: Steigerung nach CaseMix absolut
Ebenen: Individualthemen – OPS – DRG – MLG – FAB



Modifikation FDA / KH

Funktion: Steigerung / Reduktion nach CaseMix absolut oder relativ
Ebenen: FDA-Töpfe – KH



E1-Formular

Funktion: Bericht, Excel-Export, FDA-Verteilung nach Themen
Ebenen: FAB – DRG (FDA-Auswirkungen), FDA Adjustierung nach Verhandlung

Abb. 1: Planungsschritte

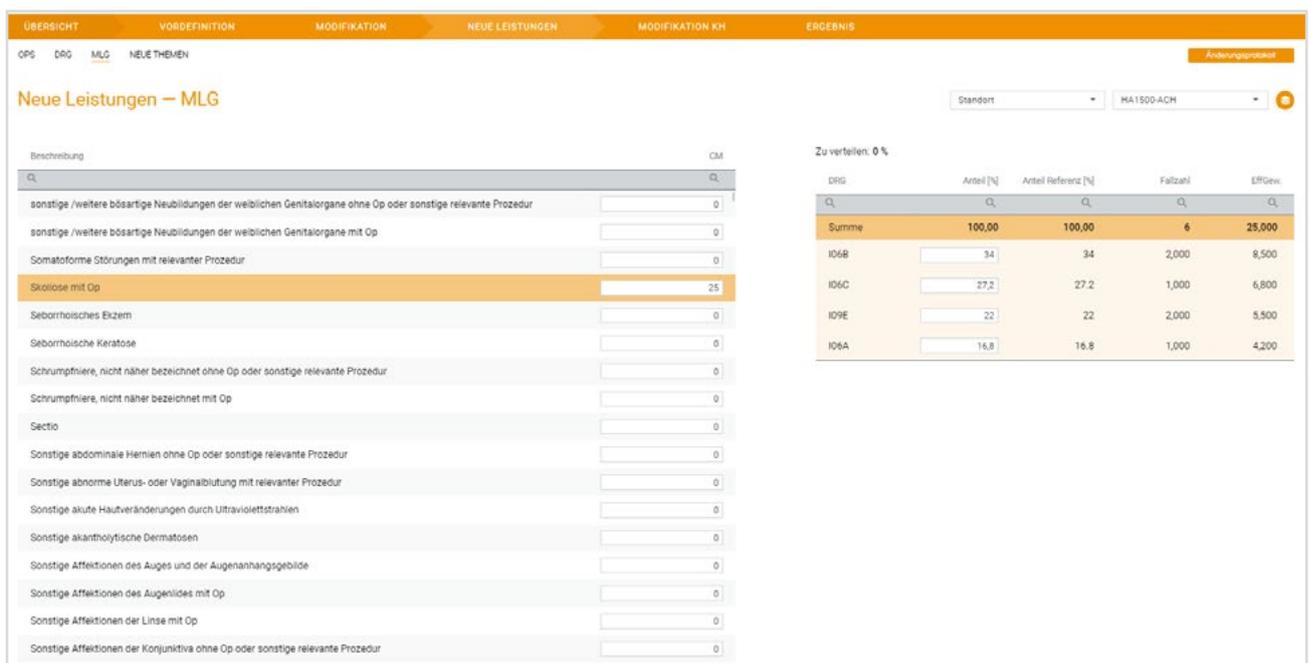


Abb. 2: Planung neuer Themen auf Basis von DRG-Splits aus dem DRG-Benchmarking-Projekt

gen Schritten. Wie detailliert die Planung erfolgen soll, liegt dabei in den Händen des Anwenders. Über jeden Planungsschritt lassen sich verschiedene Detaillierungsebenen ansteuern: OPS-, DRG-, MDC- oder FAB-Ebene. Auch eine Planung über die medizinischen Leistungsgruppen der GSG ist möglich.

Die Planungsschritte bestehen darin, spezifische Leistungen aus der Planung auszuschließen oder festzusetzen, die Leistungsmengen zu modifizieren oder aber auch vollständig neue Leistungen einzuplanen (s. Abb. 1). Die Planung erfolgt dabei immer CaseMix-gesteuert. Zudem ist eine

systematische Leistungsausweitung unter Berücksichtigung des Fixkostendegressionsabschlags möglich.

Im Ergebnis lässt sich dann ein vollwertiges E1-Formular ableiten, welches das individuell angepasste Leistungsspektrum auf Fachabteilungs- und auf DRG-Ebene abbildet.

Faktenbasiert das Leistungsspektrum erweitern

Eine besondere Herausforderung stellt sich, wenn das Leistungsspektrum um komplett neue Leistungen erweitert werden soll, da Referenz-

werte fehlen, an denen man sich in der Planung orientieren kann. Hier bietet PLATO eine Lösung mit Leistungsvorschlägen basierend auf dem großen Datenpool aus dem DRG-Benchmarking-Projekt. Die Planung neuer medizinischer Bereiche, medizinischer Leistungsgruppen oder aber auch OPS und DRGs ist so faktenbasiert möglich.



Lisa Peters
Produktmanagerin
GSG

Consulting

Externe Unterstützung als Erfolgsmotor

Globale Pandemie, Klimakatastrophen, politische Unsicherheiten: Wir befinden uns im Zeitalter des Chaos. Strukturen zu erkennen ist schwer, zeitweise sogar unmöglich. Dies gilt für das Gesundheitswesen noch stärker als in anderen Bereichen. In den 90er-Jahren wurde für diese schwierigen Rahmenbedingungen das Akronym VUCA geschaffen. Frank Mühlenfeld erläutert das Konzept und die Möglichkeiten, sich durch externes Consulting begleiten zu lassen.

VUCA steht für Volatility, Uncertainty, Complexity und Ambiguity bzw. im Deutschen entsprechend für Volatilität, Unsicherheit, Komplexität und Ambiguität (siehe Abb. 1).

Seit dem Jahr 2020 hat sich diese Situation noch deutlich verschärft: die Welt ist noch komplexer bzw. chaotischer geworden und die Zukunft ist unvorhersehbarer denn je.

Gleichzeitig sehen wir eine zunehmende Verknappung. Diese findet auf mehreren Ebenen statt: bei den finanziellen Mitteln, bei den personellen Ressourcen und bei Energie und Rohstoffen. Bei vielen Krankenhäusern ist zwar der Mangel spürbar, aber es ist

keine Lösung in Sicht. Die Ressourcen bleiben gleich oder nehmen sogar ab, sodass die wirtschaftliche Existenz unter enormen Druck gerät.

Die fortlaufende strukturelle Anpassung ist heute die Grundvoraussetzung dafür, dass Häuser aller Größen handlungs- und wettbewerbsfähig bleiben. Nur Organisationen, die in der Lage sind, den sich laufend veränderten Anforderungen flexibel zu begegnen, werden längerfristig überleben.

Das Data Warehouse von TIP HCe bietet eine fundierte Basis, um entscheidungsrelevante Informationen zur Ver-

fügung zu haben. Aber Informationen allein reichen nicht aus, um den Herausforderungen begegnen zu können. John Naisbitt hat es so beschrieben: „Wir ertrinken in Informationen, aber uns dürstet nach Wissen.“ Dieses Wissen soll letztlich die Effizienz erhöhen. Um Wissen zu generieren, sollte der Prozess nicht die verfügbaren Daten als Ausgangspunkt der Überlegungen verwenden. Vielmehr sollte bei den Erkenntnissen und Entscheidungen, die im aktuellen Umfeld notwendig sind, angesetzt werden. In Abb. 2 ist dieser Prozess dargestellt. Wissen entsteht erst durch das Wahrnehmen und Interpretieren von Informationen in Kontexten.



Abb. 1 – Das Akronym VUCA (Quelle: <https://www.quality.de/lexikon/vuca/>)

Transformation von Informationen zu Wissen

Daten-



Technik vs. Content

BI Consulting als Brücke zu mehr Wissen

Wertschöpfungskette



Abb. 2 - Wertschöpfungskette für Wissen

Eine regelmäßige Standortbestimmung ist notwendig, um die aktuelle Situation, die Kontexte und die Probleme transparent zu machen. Dabei ist es sehr empfehlenswert, einen Experten von außen hinzuziehen. Er unterstützt Sie dabei, die eigene Situation, die Anforderungen und Ziele punktgenau herauszuarbeiten, unbefangen zu beurteilen und zu priorisieren bzw. Abhängigkeiten darzustellen.

Gerne begleiten wir Sie in diesem Prozess mit unserem Beratungsteam, mit dem wir eine passgenaue Kombination von unterschiedlichen Fach- und Prozesskompetenzen abdecken. Wir unterstützen Sie dabei, Optimierungspotentiale aufzudecken, konkrete Handlungspläne abzuleiten und Erfolgspotentiale wirksam zu machen. Mit einer Standortbestim-

mung können Sie der gefühlten Unsicherheit einen Namen geben und Klarheit schaffen. Klarheit, die gerade in diesen Zeiten nötig ist, um handlungsfähig zu bleiben und neue Herausforderungen zeitnah und flexibel zu meistern.



Frank Mühlenfeld

BI Consultant
Dedalus



Produktnews

BIC Neuigkeiten

BIC 3 Version 3.16

Im Juli 2022 erfolgte das Release der BIC-Version 3.16., welches wieder einige neue Funktionen und Verbesserungen zur Verfügung stellt. Nach dem wir im letzten TIP Magazin unsere Kunden aufgerufen haben, uns Wünsche und neue Anforderungen mitzuteilen, freut es uns, dass wir bereits in dieser Version auch Funktionen umgesetzt haben, die von Kunden als Wunsch an uns herangetragen wurden.

In diesem Artikel stellen wir Ihnen einige der neuen Funktionen vor. Die gesamte Übersicht aller Neuerungen mit Beispielen finden Sie wie gewohnt in den Release Notes im BIC-Portal.

Verwendete Cube-Elemente in Berichten

Auch in dieser Version wurde das Tool-Menü um eine Funktion für die Darstellung der in einem Bericht verwendeten Cube-Elemente erweitert.

Über die Gruppierung kann die Zeile einer Dimension bzw. Measure aufgeklappt werden, woraufhin alle BIC-Formeln dargestellt werden, in welchen diese Dimension verwendet wird. Es ist auch ersichtlich, welches Modell/Hierarchie in der jeweiligen Zelle verwendet wird. Über den Link kann auch direkt auf die gewünschte Zelle im Bericht gewechselt werden.

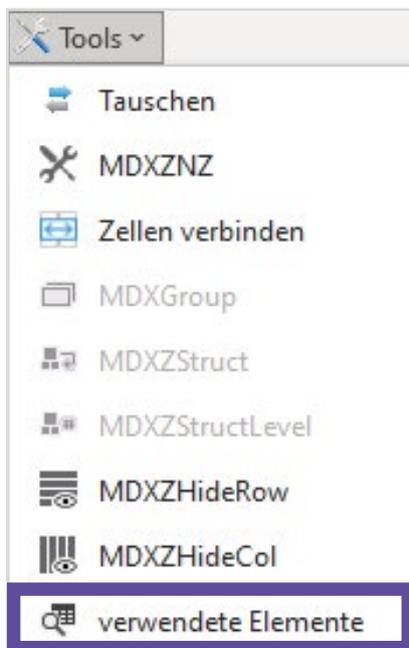


Abb. 1: Tool - Menü

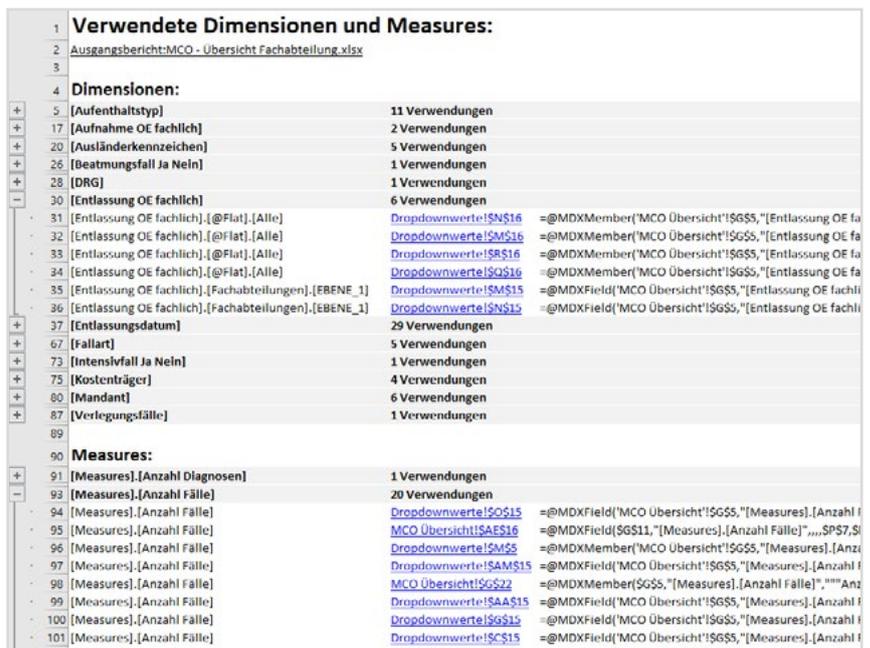


Abb. 2: Mappe mit den verwendeten Dimensionen und Measures

Dialog für die Serverauswahl

Vorbereitend für die Funktion der Cube-Verwaltung von WIF 3 wurde in dieser BIC-Version der Dialog für die Serverauswahl für die Erstellung von neuen Berichten überarbeitet.

Die Filterung bestimmter Server oder Kataloge erfolgt im Gegensatz zum alten Dialog nicht mehr über Buttons, sondern über eine entsprechende Auswahl in Dropdowns. Das Fenster für die aktiven Cubes wurde entfernt und durch ein entsprechendes Symbol in der Spalte „Status“ ersetzt. Über die Spalte „Information“ wird die Cube-Dokumentation mit der Übersicht über alle Dimensionen und Measures des Cubes geladen. Die weiteren Funktionen bleiben wie bisher bestehen und neue Verbindungen können über den Tab „Neue Verbindung“ erstellt und gespeichert werden.

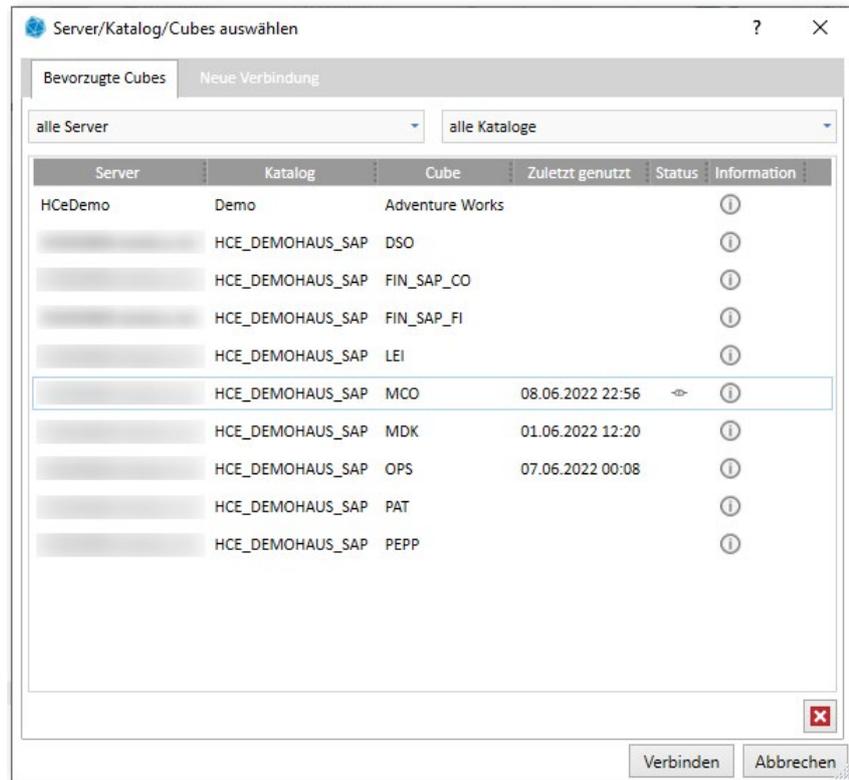


Abb. 3: Neuer Dialog für die Serverauswahl

Darstellung von Nullwerten in der Webansicht

Um die Darstellung von Nullwerten in Webansichten einfacher und flexibler handhaben zu können, wurde die interaktive Konfiguration um eine Option erweitert.

Mit dieser neuen Option kann man auf Berichtsebene definieren, wie für die Darstellung in der Webansicht mit leeren Zellen umgegangen werden soll. Die Einstellungen sind die gleichen wie jene in den Einstellungen des BIC-Clients und definieren, welcher Wert bei leeren Zellen in

der Webansicht angezeigt werden soll. Diese Einstellung im Bericht übersteuert dabei die allgemeine Einstellung des Repository.



Stefan Domenig
Produktmanagement
TIP HCe

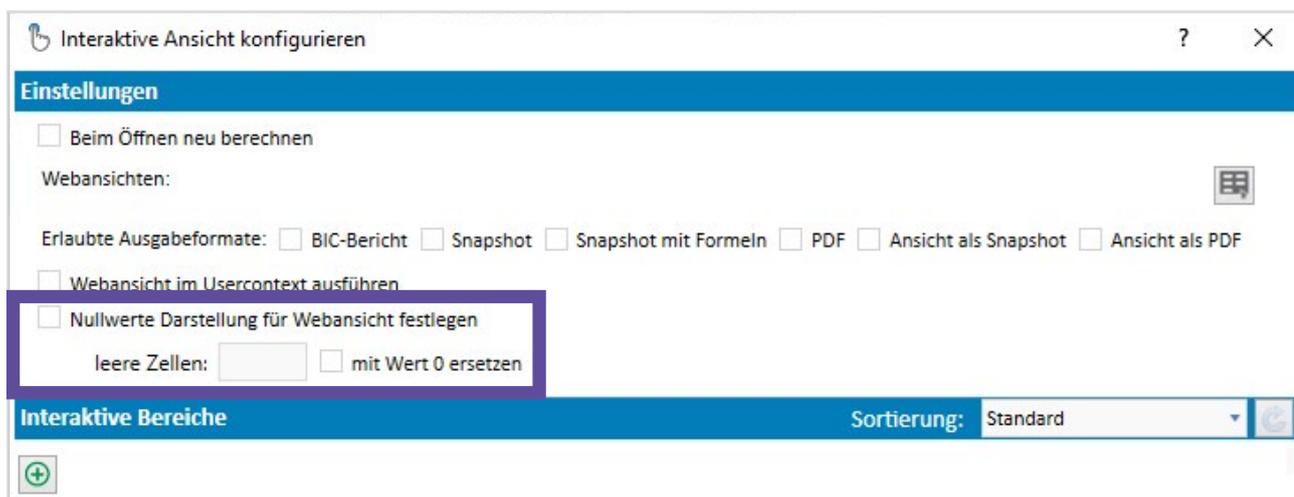


Abb. 4: Neue Option in der interaktiven Konfiguration

Produktnews WIF 3

Die Entwicklung von WIF 3 als neues Web-Frontend hat zum Ziel, moderne Technologien zu verwenden und die Funktionalität für die Anwender zu verbessern. Begonnen wurde mit der Migration der grundlegenden Arbeitsblätter von WIF 2, wobei hierfür die gleiche Datenbasis verwendet wurde, um eine parallele Bearbeitung in WIF 2 oder WIF 3 zu ermöglichen. Gleichzeitig erfolgte ab diesem Zeitpunkt die Entwicklung von neuen Modulen, Arbeitsblättern und verbesserten Funktionalitäten, die ausschließlich in WIF 3 genutzt werden können.

Migration WIF 2 Basis Funktionen	Migration WIF 2 Module	Neue WIF 3 Module
 Strukturierung	 KORE	 Dashboard (inkl. KPI Widgets)
 Code Übersetzung	 KTR *	 Cube Wizard
 Cube Berechnen	 ELV	 Cube Archivierung
 Kennzahlen	 KLG	 ETL Übersicht / System Health Check
 Manuelle Importe	 Finanzplanung *	 DRG / PEPP Simulation
 Webansicht BIC Berichte	 Leistungsplanung	 Rollenbasiertes Rechtssystem
 Fallgruppierung	 Personalplanung	 ELV PEPP
 Benutzerverwaltung / Rechtevergabe	 Investition- und Darlehensplanung	 BI Apps

*Neuentwicklung

Abb. 1: Übersicht der Migration und Entwicklung von WIF 3-Modulen

Übersicht der Migrationen und Entwicklungen für WIF 3

Die einzigen Module, die aktuell noch nur für WIF 2 zur Verfügung stehen sind die Planungsmodule. Diese werden schrittweise in WIF 3 neu entwickelt werden.

Die Finanzplanung als zentraler Teil der Planungsmodule wurde bereits umgesetzt und bei einem Pilotkunden erfolgreich für die Planung verwendet. Es handelt sich dabei um eine komplette Neuentwicklung mit verbesserter Funktionalität im Vergleich zu WIF 2. Mehr Informationen dazu finden Sie im Artikel zur Finanzplanung bei den Produkt-News.

Die weiteren Module und Teilplanungen werden nach erfolgter Konzeption im Laufe des kommenden Jahres entwickelt und umgesetzt werden. Mit diesen Entwicklungen kann dann die Funktionalität WIF 2 vollkommen durch WIF 3 ersetzt werden.

Mobile Ansichten

Um die Darstellung von WIF 3 auch auf mobilen Endgeräten wie Smartphones und Tablets besser zu unterstützen, wurde nun die Option von mobilen Ansichten zur Verfügung gestellt.

Um eine mobile Ansicht zu erstellen, wird bei einem bestehenden Dashboard von WIF 3 die Option „Für Mobil

auslegen“ bei den Dashboard-Einstellungen gewählt (Abb. 2)

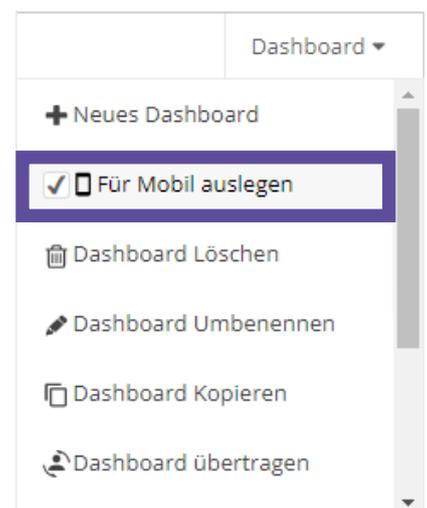


Abb. 2: Option für mobile Ansicht in den Dashboard-Einstellungen

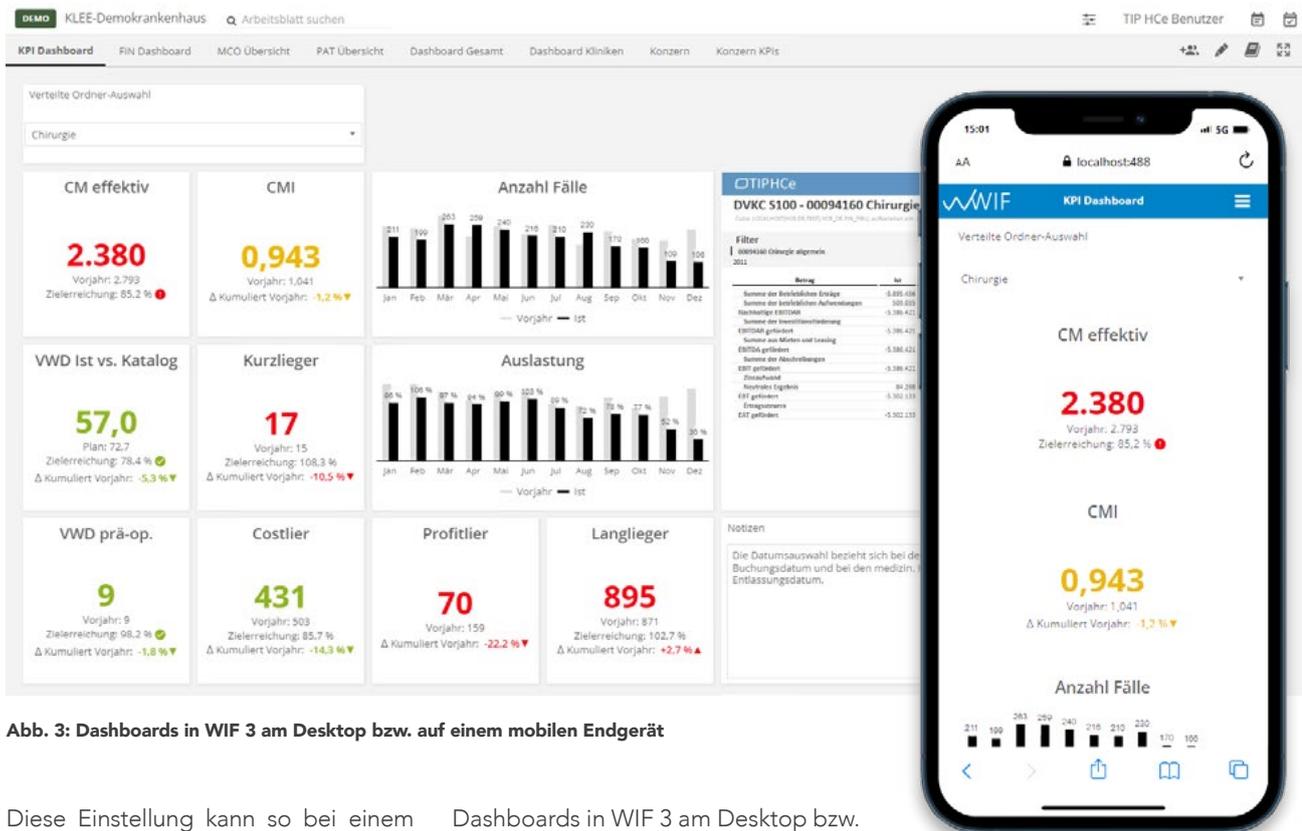


Abb. 3: Dashboards in WIF 3 am Desktop bzw. auf einem mobilen Endgerät

Diese Einstellung kann so bei einem oder auch allen Dashboards erfolgen, welche mobil verfügbar sein sollen. Darüber hinaus sind keine weiteren Einstellungen erforderlich und WIF 3 ordnet in der mobilen Ansicht die Widgets des Dashboards automatisch an, um diese scrollbar darstellen zu können.

An diesem Beispiel möchten wir Ihnen zeigen, wie die Darstellung eines

Dashboards in WIF 3 am Desktop bzw. auf einem mobilen Endgerät erfolgt (Abb. 3).

Die einzelnen Widgets werden in der mobilen Ansicht auf Basis ihrer Position im Dashboard zeilenweise und von links nach rechts angeordnet. Stehen mehrere Dashboards zur Verfügung, so kann über das Menü in der rechten oberen Ecke das gewünschte

Dashboard gewählt werden bzw. auch der Mandant gewechselt werden.

Bei einer Darstellung auf einem Tablet im Landscape-Modus steht dem Anwender WIF 3 mit allen Funktionen zur Verfügung (Abb. 4).

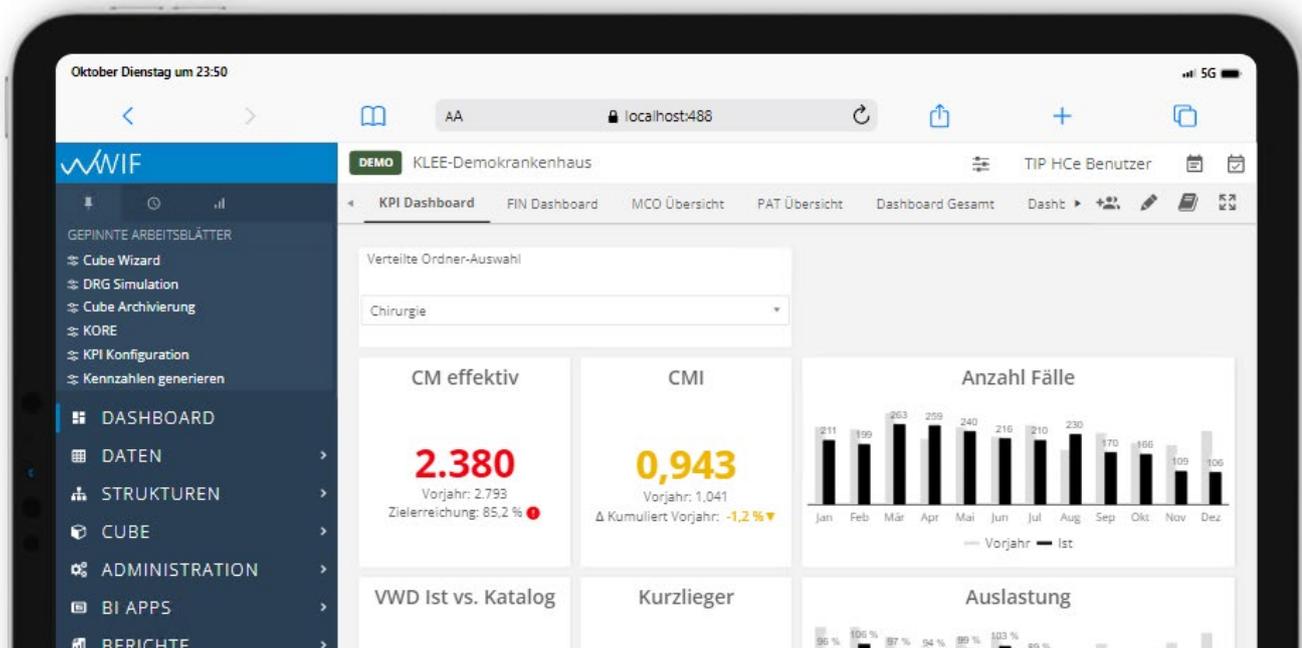


Abb. 4: Alle Funktionen von WIF 3 im Landscape-Modus

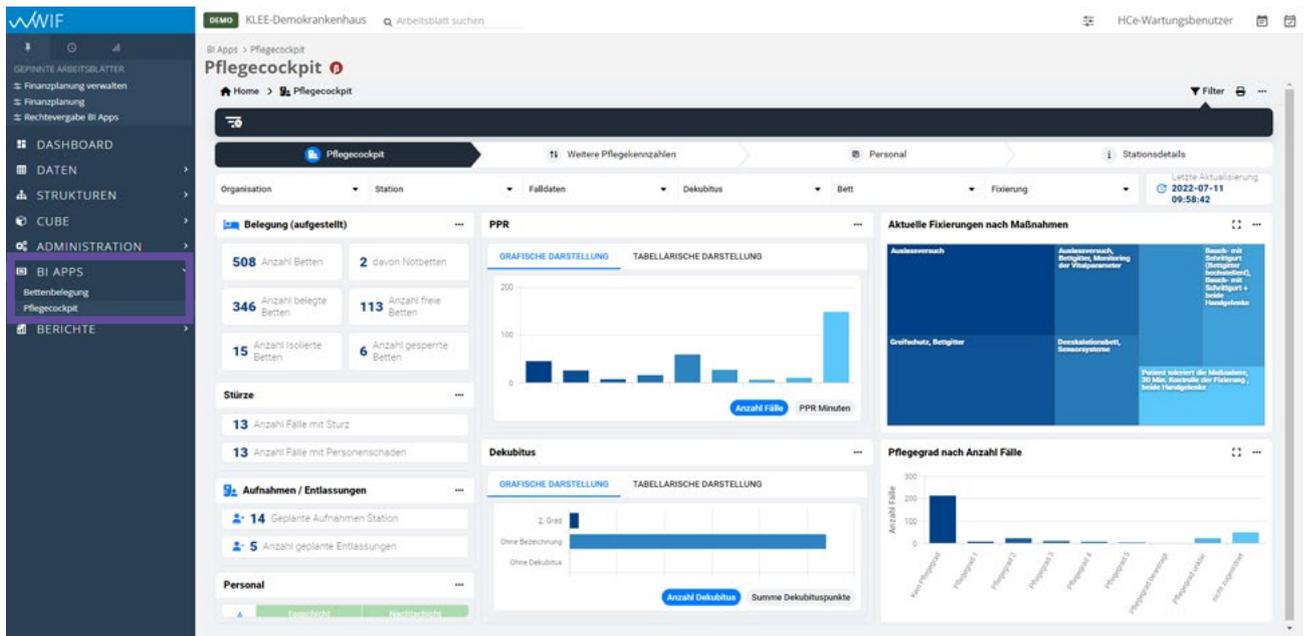


Abb. 5: BI Apps in WIF 3

BI Apps

In WIF 3 gibt es nun mit BI Apps eine weitere neue Möglichkeit für die Darstellung und Analyse der Daten aus dem Data Warehouse.

BI Apps sind Cockpits in einer übersichtlichen und interaktiven Darstellung. Das bedeutet, dass man in den

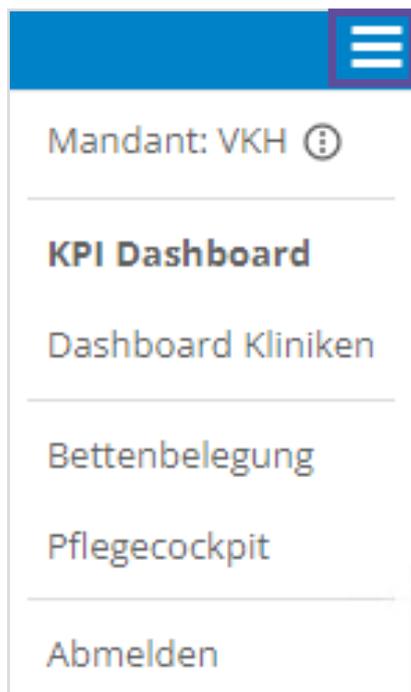


Abb. 6: BI Apps in der mobilen Ansicht

Visualisierungen dynamisch per Klick filtern kann und sich die weiteren Visualisierungen an diesen Filter anpassen.

Die Basis für die Visualisierung von BI Apps ist eine eigene Lösung von Dedaalus und hat den Vorteil, dass somit keine weiteren Lizenzen von Dritten benötigt werden.

BI Apps sind Module, die von TIP HCe zur Verfügung gestellt werden und bestehen aus einem Datenmodell, basierend auf den Inhalten des DWH, und den zugehörigen Visualisierungen. Neben Standard-BI Apps mit einheitlichem Funktionsumfang für alle Kunden besteht auch die Möglichkeit, kundenspezifische BI Apps zu erstellen.

Ein großer Vorteil ist, dass BIC 3-Berichte und BI Apps über die gleiche Oberfläche verfügbar sind. Anwender greifen auch auf das Berichtswesen der BI Apps wie gewohnt mit WIF 3 zu. Außerdem kann auch die Rechtevergabe für den Zugriff auf die BI Apps und deren Inhalte über Rollen und Benutzer in WIF 3 erfolgen und somit an die individuellen Anforderungen angepasst werden.

In BI Apps gibt es die Möglichkeit, die Darstellung einzelner Visualisierun-

gen für mobile Endgeräte zu optimieren. Diese Visualisierungen werden dann ebenfalls über die mobilen Ansichten von WIF 3 zur Verfügung gestellt. (Abb. 6)

Die ersten BI Apps für die Bettenbelegung und das Pflegecockpit stehen bereits zur Verfügung und weitere BI Apps werden zukünftig auch für die anderen Themenbereiche von TIP HCe als zusätzliche Möglichkeit der Darstellung angeboten.



Stefan Domenig
Produktmanagement
TIP HCe

Analysen zum ambulanten Potential

Neu: Analysen zum ambulanten Potential gemäß IGES

Durch die Eingliederung der GSG in den Dedalus-Konzern erweitert sich das Analyse-Produktportfolio, das wir Ihnen zur Verfügung stellen können. Besonders aktuell sind hier Auswertungen zum ambulanten Potential, mit denen Sie die Situation Ihres Hauses in Anbetracht des IGES-Gutachtens analysieren und Handlungsmöglichkeiten eruieren können. Alle Module sind verzahnt und tauschen ihre Daten zwischen den Instanzen aus.

Dafür bieten wir im Wesentlichen zwei Analysemöglichkeiten an: Neu sind seit August 2022 umfangreiche Analysen zum IGES-Gutachten. Diese ergänzen die schon länger bestehenden Auswertungen zum ambulanten Po-

tential im DRG-Benchmarking-Projekt. Mit der Gegenüberstellung des ambulanten Potentials gemäß §115b SGB V (Abb. 1) und dem Ambulantisierungspotential gemäß IGES (Abb. 2) erhalten Sie einen ersten Überblick

zum Ambulantisierungsdruck in Ihrer Einrichtung. Vergleichsgruppenwerte, die ca. 10% der nationalen Fälle beinhalten, ermöglichen Ihnen die Einordnung der hauseigenen Situation im Gesamtmarkt.

Abb. 1: Ambulantes Potential gemäß §115b mit Morbiditätsfilter (analog zum IGES-Gutachten werden Fälle mit einem PCCL > 3 oder einem Alter <16 bzw. >84 als stationär gewertet)

Ambulantes Potential §115b mit Morbiditätsfilter

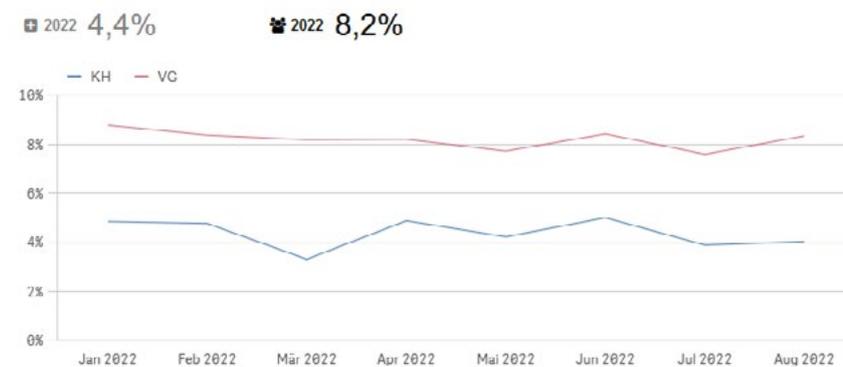
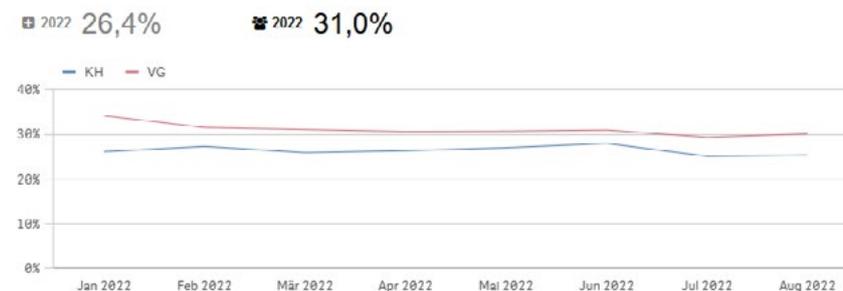


Abb. 2: Ambulantes Potential gemäß IGES-Gutachten

Ambulantes Potential IGES



Zur differenzierten Analyse stehen Ihnen weitere Auswertungen zur Verfügung. Neben einer Fachabteilungsübersicht des ambulanten Potentials inklusive Vergleichsgruppenwerten, zugehöriger Fallzahl, Casemix und Belegungstagen liefert die Simulationsdarstellung (Abb.

3) einen Überblick über die klassischen Leistungskennzahlen des verbleibenden stationären Spektrums nach einer Ambulantisierung gemäß IGES (wahlweise auch gemäß §115b SGB V). Mit der Detailanalyse auf Leistungsgruppen- oder DRG-Ebene identifizieren

Sie einzelne medizinische Leistungsbereiche, die besonders umfangreich von einer potentiellen Ambulantisierung betroffen sind (Abb. 4). Vergleichsgruppenwerte geben Aufschluss über hausindividuelle Problemstellungen.

Fälle OHNE "Ambulantes Potenzial IGES ohne Filter "Initialeinordnung 24h-Beobachtung" 2022

Ebene	Q	Anzahl Fälle KH	CM KH	VWD KH	BT KH	CMI
Gesamtwerte		4.654	4.244,942	6,8	31.688	0,915 (+12,8%)
HA0100 Innere		1.167	963,802	7,7	8.941	0,826 (+14,0%)
HA0500 Onko		86	125,509	11,1	953	1,459 (+15,3%)
HA0700 Gastro		304	308,485	9,1	2.757	1,015 (+15,9%)
HA1200 Neonat		50	46,341	6,9	347	0,927 (0,0%)
HA1500 ACH		020	888,310	8,0	4.988	1,435 (+26,8%)
HA1600 UCH		351	400,981	7,0	2.460	1,146 (+14,2%)
HA1800 CCH		131	221,822	11,0	1.430	1,603 (+9,0%)
HA2200 Uro		65	63,925	6,8	445	0,983 (+43,1%)

Abb. 3 :Leistungskennzahlen des verbleibenden stationären Spektrums auf Fachabteilungsebene

Ambulantes Potenzial IGES ohne Filter "Initialeinordnung 24h-Beobachtung" 2022

MLG Ebene 3	Q	Anteil KH (%)	Anteil VG (%)	Anzahl Fälle KH	CM KH	BT KH
Gesamtwerte		26,4%	31,0%	1.672	873,070	5.613
Cholelithiasis mit Op		54,6%	58,2%	65	58,094	266
Hernia inguinalis mit Op		80,0%	80,0%	04	44,111	113
Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] ohne Op oder sonstige relevante Prozedur		57,1%	49,2%	56	17,347	73
Eitlbindungen vaginal		30,5%	32,9%	54	25,496	134
Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen		61,3%	69,4%	49	16,791	108
Gastritis und Duodenitis mit		59,3%	63,4%	48	18,772	152

Abb. 4: Ambulantes Potential gemäß IGES auf differenzierter Leistungsgruppenebene

Neben der analytischen Aufbereitung des ambulanten Potentials im DRG-Benchmarking-Projekt erhalten Sie die Möglichkeit zur Integration der haus-eigenen Ergebnisse in einen TIP HCe MCO Cube. Hierdurch profitieren Sie von der freien Verwendung der zusätz-

lichen Dimensionen des ambulanten Potentials in Ihren Berichten (Abb. 5), Analysen und (Fall-)Listen. So identifizieren Sie das ambulante Potential gemäß IGES-Gutachten in Ihrem Tagesgeschäft bereits frühzeitig vor einer gesetzlichen Umsetzung.



Michael Ebert
Senior Berater Controlling & Marktanalytik
GSG GmbH

TIPHCe

Anzahl Fälle	M 08 2021	M 09 2021	M 10 2021	M 11 2021	M 12 2021	M 01 2022	M 02 2022	M 03 2022	M 04 2022	M 05 2022	M 06 2022	M 07 2022
amb. Potential gemäß §115b SGB V	100	90	95	110	102	93	120	85	99	88	84	3
kein amb. Potential gemäß §115b SGB V	2.921	2.923	3.093	2.658	2.585	2.584	2.599	2.831	2.644	2.907	2.743	2.744
Anteil amb. Pot § 115b in %	3,42%	3,08%	3,07%	4,14%	3,95%	3,60%	5,00%	3,01%	3,73%	3,03%	3,06%	0,11%
Anzahl Fälle	M 08 2021	M 09 2021	M 10 2021	M 11 2021	M 12 2021	M 01 2022	M 02 2022	M 03 2022	M 04 2022	M 05 2022	M 06 2022	M 07 2022
amb. Potential gemäß §115b SGB V gemäß KSES	200	180	175	146	222	201	191	171	111	150	166	3
kein amb. Potential gemäß §115b SGB V gemäß KSES	2.920	2.913	3.092	2.658	2.585	2.581	2.599	2.828	2.640	2.906	2.759	2.742
Anteil amb. Pot KSES in %	6,85%	6,16%	5,66%	5,49%	8,59%	8,44%	7,66%	6,05%	4,20%	5,16%	6,06%	0,11%
Anzahl Fälle	M 08 2021	M 09 2021	M 10 2021	M 11 2021	M 12 2021	M 01 2022	M 02 2022	M 03 2022	M 04 2022	M 05 2022	M 06 2022	M 07 2022
kein amb. Potential gemäß §115b SGB V mit 24h Beobachtung gemäß KSES	2.921	2.923	3.093	2.658	2.585	2.584	2.599	2.831	2.644	2.908	2.743	2.744
amb. Potential gemäß §115b SGB V mit 24h Beobachtung gemäß KSES	10	9	10	9	10	9	10	9	8	12	13	14
Anteil amb. Pot KSES mit 24h Beob. in %	0,34%	0,31%	0,32%	0,34%	0,39%	0,38%	0,42%	0,32%	0,30%	0,41%	0,47%	0,51%
Anzahl Fälle	M 08 2021	M 09 2021	M 10 2021	M 11 2021	M 12 2021	M 01 2022	M 02 2022	M 03 2022	M 04 2022	M 05 2022	M 06 2022	M 07 2022
amb. Potential gemäß §115b SGB V mit Morbiditätsfilter	30	49	51	48	52	47	53	46	54	45	44	43
kein amb. Potential gemäß §115b SGB V mit Morbiditätsfilter	2.921	2.923	3.093	2.658	2.585	2.584	2.599	2.831	2.644	2.907	2.743	2.744
Anteil amb. Pot § 115b in %	1,71%	1,68%	1,65%	1,81%	2,01%	1,97%	2,21%	1,62%	2,04%	1,55%	1,60%	1,57%

Abb. 5: Bericht Ambulantes Potential aus dem MCO-Cube

Leistungsbenchmarking

Umfangreicher Mehrwert für TIP HCe-Kunden mit GSG

Durch die Eingliederung der GSG zur Dedalus-Familie können wir Ihnen Zugriff auf zwei der national größten Benchmarking-Projekte ermöglichen. Während das DRG-Benchmarking-Projekt mit 1,5 Millionen Fällen pro Jahr ca. 10% des nationalen Marktes umfasst, wird über das PEPP-Benchmarking-Projekt mit ca. 300.000 Fällen mehr als ein Drittel des jährlichen Leistungsgeschehens abgebildet.

Eine breit gefächerte Teilnehmerstruktur vom Grund- und Regelversorger bis hin zur Universitätsmedizin garantieren Ihnen dabei valide Vergleiche für nahezu alle Fragestellungen. Im Fokus der Benchmarking-Projekte stehen Analysen zu den Themen Leistungskennzahlen, Leistungsentwicklung und Kodierung. Auffälligkeiten oder Abweichung gegenüber der Vergleichsgruppe lassen sich schnell und einfach identifizieren, im Detail analysieren und abschließend klären.

Ergänzt werden die umfangreichen webbasierten Analysen durch ein zeitsparendes Standardberichtswesen, welches

alle Detailinformationen zu möglichen Auffälligkeiten liefert bzw. diese automatisiert analysiert. Eine innovative Controlling-Applikation im Bereich der Psychiatrie rundet die Analysemöglichkeiten ab. Diese stellt u.a. tagesaktuelle Plan-Ist-Vergleiche, Stationsauswertungen, Servicedokumente im Bereich PPP-RL sowie eine AEB-Erstellung auf Knopfdruck zur Verfügung.

Beispielhaft zeigt die Detailanalyse zur Spektrumsveränderung im DRG-Benchmarking (Abb. 1) auf einen Blick, dass der im Leistungsbereich „Atmungssystem“ identifizierte

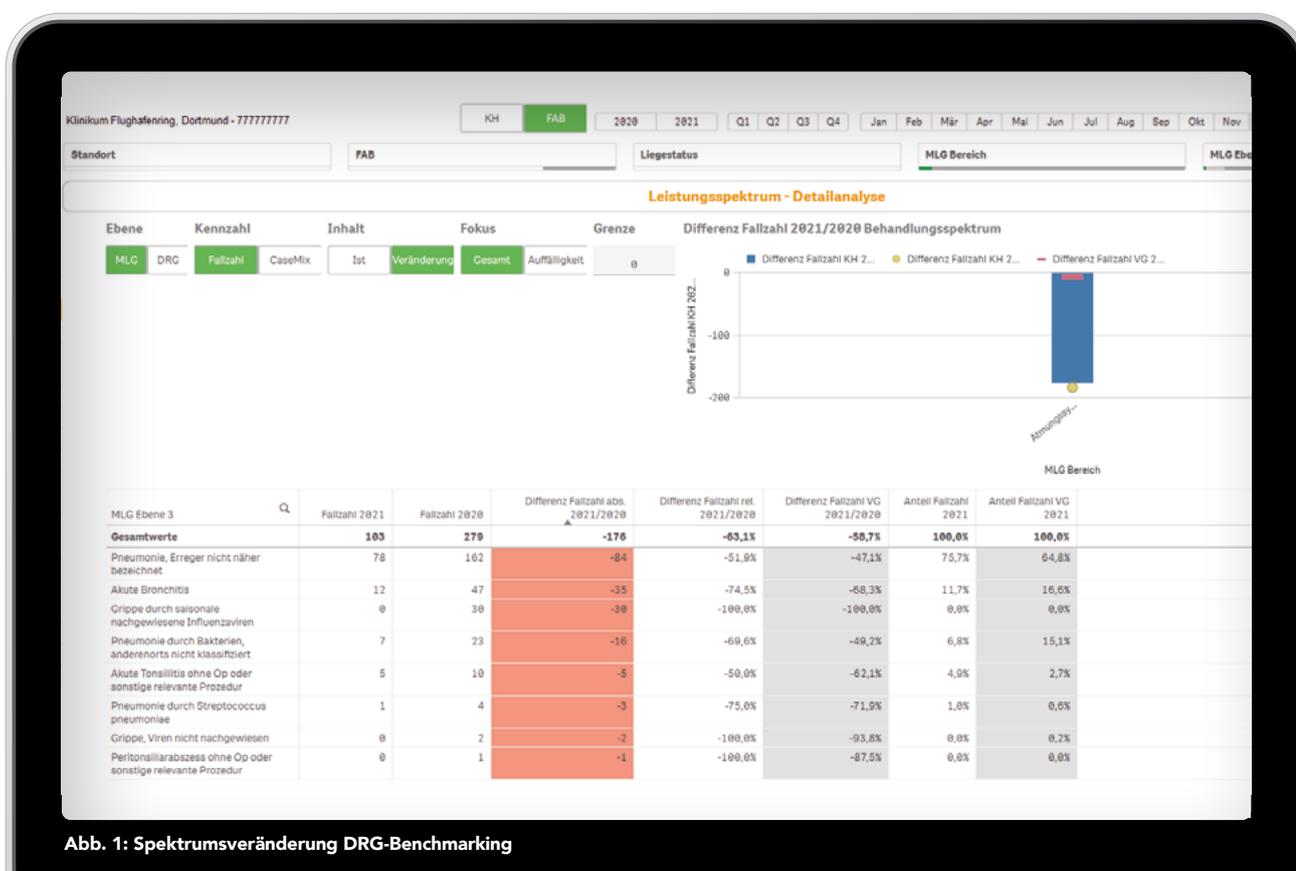


Abb. 1: Spektrumsveränderung DRG-Benchmarking

Leistungsrückgang für das eigene Haus (-176 Fälle bzw. -63,1%) in ähnlich starker Ausprägung (-58,7%) auch im Gesamtmarkt auftritt. Auf diesem Weg lassen sich hausindividuelle Auffälligkeiten erklären oder klar vom allgemeinen Marktgeschehen abgrenzen.

Im PEPP-Benchmarking helfen Vergleichsgruppenwerte, Unterschiede im Patientenkollektiv, im Behandlungskonzept oder der eigentlichen Kodierung ggü. dem Benchmark aufzuzeigen. So können auch erste Hinweise auf regionale und strukturelle Besonderheiten für die Budgetverhandlungen gewonnen werden. Im Beispiel (Abb. 2) liegt im selektierten Patientenkollektiv eine unterdurchschnittliche Intensivbehandlungsquote vor. In der differenzierten Darstellung (Tage/Fall) zeigt sich zugleich ein wesentlich geringerer Anteil an Intensivbehandlungen mit 2 Merkmalen.

Vergleiche der Patientenstruktur sowie nach Patientenalter oder einzelnen Diagnosen sind ebenso selbstverständlich wie die Verfügbarkeit der medizinischen Leistungsgruppen von GSG, die sich aus einer Diagnosen-Prozeduren-Kombination ergeben. Durch diese wird die Analyse medizinisch inhaltlich klar abgegrenzter Leistungsgebiete ohne Abhängigkeit der Vergütungsgruppe in Form von DRGs oder PEPPs möglich.

Eine kontinuierliche und detailreiche Weiterentwicklung garantiert unter Berücksichtigung von operativem Input seitens der Teilnehmer auch zukünftig die Verfügbarkeit führender Analysemöglichkeiten.

Für die grundlegende strategische Ausrichtung beteiligen sich im Rahmen einer Projektpartnerschaft mehrere Landeskrankenhausgesellschaften sowie die Arbeitsgemeinschaft der westfälischen Krankenhauszweckverbände (AGWL) am Projekt.

Aktuell im Fokus stehen neu verfügbare Auswertungen zum ambulanten Potential gemäß IGES-Gutachten sowie die bereits zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen definierten Leistungsbereiche und Leistungsgruppen.

Im Analysebereich „ambulantes Potential“ verhelfen Ihnen die differenzierten Vergleichsgruppenwerte auf Fachabteilungs-, Leistungsgruppen- und DRG-Ebene zur besseren Einordnung Ihrer hausindividuellen Risiken bezüglich des perspektivischen Ambulantisierungsdrucks. Im Analysebereich „Leistungsbereiche und Leistungsgruppen NRW“ lassen sich durch Vergleichsgruppenwerte eindeutige Versorgungsschwerpunkte auf Leistungsbereichs- sowie Leistungsgruppenebene ggü. dem Gesamtmarkt identifizieren sowie die zugehörigen verhandlungsrelevanten Leistungskennzahlen Ihrer Einrichtung abbilden.

Die Integration beider Kriterien in einen TIP HCe MCO Cube ist für Ihre hauseigenen Analysen ebenfalls verfügbar.



Michael Ebert
Senior Berater Controlling
& Marktanalytik
GSG GmbH



Dr. med. Andreas Lang
Key Account &
Consulting Manager
GSG GmbH

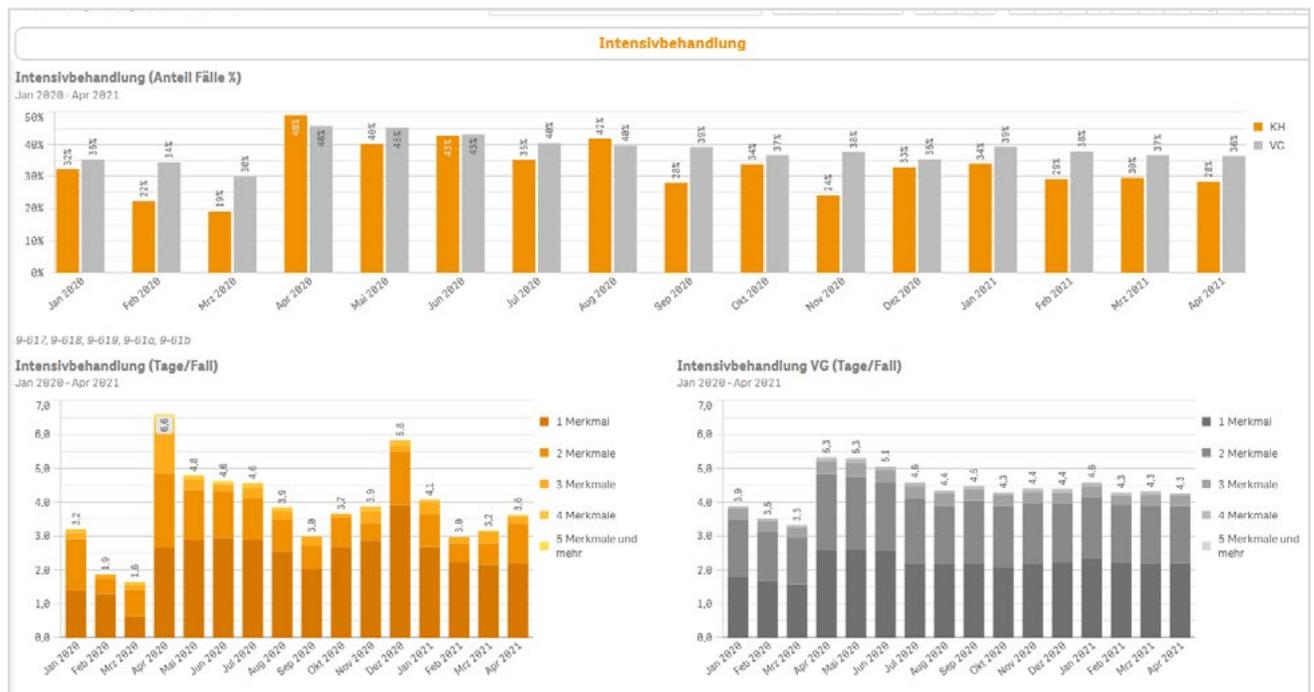


Abb. 2: Intensivbehandlung PEPP-Benchmarking



Success Stories und Neukunden

Klinikum Osnabrück

Das Klinikum Osnabrück kann auf eine lange Geschichte zurückblicken. Es wurde 1811 als Stadt Krankenhaus eröffnet. Mittlerweile werden jährlich insgesamt rund 34.500 stationäre und 75.000 ambulante PatientInnen von knapp 3.000 Mitarbeitenden betreut. Das Haus hat es sich als erstes akademisches Lehrkrankenhaus zur Aufgabe gemacht, den medizinischen Nachwuchs zu fördern und zu schulen. Zudem verfügt das Klinikum Osnabrück über eine hausinterne Akademie.

Die Data Warehouse-Lösung von TIP HCe umfasst alle Module des Finanz- und Medizincontrollings, die für eine Steuerung und Planung im Krankenhaus relevant sind.

Oberhavel Kliniken GmbH

Die Oberhavel Kliniken GmbH, ein Zusammenschluss der Häuser in Oranienburg, Henningsdorf und Gransee, beschäftigt an den drei Standorten rund 2.000 MitarbeiterInnen und bietet mit etwa 850 Betten sowie zwei medizinische Versorgungszentren und einer Poliklinik bestmögliche ambulante und stationäre Betreuung.

Mit der ganzheitlichen Lösung von TIP HCe wird sichergestellt, dass die hohe Qualität der medizinischen Versorgung aufrecht erhalten bleibt. Die Data Warehouse-Lösung umfasst alle wichtigen Module zur wirtschaftlichen Steuerung der verschiedenen Abteilungen der GmbH in den Bereichen Finanz- und Rechnungswesen, Personal und Medizincontrolling.

Main-Kinzig-Kliniken gGmbH

Die Main-Kinzig-Kliniken entstanden im Jahr 1997 aus den Kreiskrankenhäusern Gelnhausen, Schlüchtern und Bad Soden-Salmünster und sind für ein Einzugsgebiet von 250.000 Menschen im östlichen Main-Kinzig-Kreis zuständig. Alleinigiger Eigentümer ist der Main-Kinzig-Kreis. Heute bieten sie an zwei Standorten auf allen Gebieten der Basis- und Schwerpunktversorgung stationäre und ambulante Behandlungen an. Sie umfassen 15 Fachabteilungen mit über 700 Betten inklusive 35 tagesklinischen Plätzen.

Mit TIP HCe ist der Aufbau eines Data Warehouse und die Erstellung eines automatisierten Berichtswesens geplant. Das Projekt beinhaltet auch eine DBR.

Psychiatrische Klinik Uelzen

Die Psychiatrische Klinik Uelzen hat es sich als gemeinnützige Organisation zum Ziel gesetzt, Menschen mit psychischen Erkrankungen wieder in die Gesellschaft zu integrieren, und zählt in der Region Uelzen, Lüchow-Dannenberg und Lüneburg zu einem der wichtigsten Anbieter der psychiatrischen Versorgung. Jährlich werden mehr als 8.000 PatientInnen stationär, ambulant und teilstationär an insgesamt 11 Standorten betreut.

TIP HCe wird eingeführt, um in den Bereichen Finanz- und Medizincontrolling sowie Personal das Berichtswesen zu optimieren und die Steuerung transparenter zu gestalten.

Rems-Murr Kliniken gGmbH

Die Rems-Murr Kliniken gGmbH versorgt in 20 Fachkliniken mit insgesamt 915 Planbetten rund 50.000 PatientInnen jährlich und gilt somit als einer der wichtigsten medizinischen Versorger der Region. Insgesamt arbeiten an den zwei Standorten in Winnenden und Schorndorf 2.600 Mitarbeitende.

Ziel des Projektes mit TIP HCe ist es, mehr Transparenz nach innen zu bekommen und den Betrieb aus kaufmännischer Sicht wirtschaftlich betreiben zu können. Dafür werden Module für die DRG-Analyse und eine umfassende Lösung zur Kostenrechnung eingeführt. Mit WIF werden Dashboards als Steuerungstool für die drei Ebenen Management, Chefärzte und Stationsleitungen aufgebaut.

Evangelische Kliniken Rheinland

Die evangelische Kliniken Rheinland gGmbH vereint als Holding die Krankenhäuser „Evangelische Kliniken Bergisch Gladbach“ und das „Evangelische Klinikum Köln Weyertal“, sowie deren Tochterunternehmen. Die Holding gilt somit als wichtiger medizinischer Versorger in der Region, verfügt über rund 617 Betten und 17 Fachabteilungen und beschäftigt an beiden Standorten etwa 1.600 MitarbeiterInnen.

Mit TIP HCe wird eine umfassende Data Warehouse-Lösung eingeführt, die neben Analysen im Finanz- und Medizincontrolling auch die Klinischen Leistungsgruppen sowie Smart Speech und HYDMedia umfasst.

Honorarmodell

im St. Claraspital

Das Claraspital in Basel ist ein privat geführtes, hochspezialisiertes Akutspital und unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung in Basel und der Nordwestschweiz. Das Claraspital hat sich medizinisch klar positioniert mit seinem Tumorzentrum, dem universitären Bauchzentrum Clarunis, das gemeinsam mit dem Universitätsspital betrieben wird, seinem Auftrag für hochspezialisierte, viszeralchirurgische Eingriffe, und den Spezialitäten Urologie, Pneumologie / Thoraxchirurgie, Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin / Infektiologie, Endokrinologie mit Ernährungszentrum, Gynäkologie und Intensivmedizin. Im Jahr 2022 wurde TIP HCe für die Erstellung eines umfassenden Fachbereichs- und Kostenstellenreportings eingeführt. In einem ersten Schritt wurde es für die technische Umsetzung des neuen Honorarmodells für Ärzte genutzt.

Ausgangssituation

Das St. Claraspital hatte ein Honorarmodell für Ärzte im Einsatz, das eine Basisvergütung und einen leistungsabhängigen Anteil abhängig von den erbrachten Einzelleistungen enthält. Nun haben in den letzten Jahren die meisten Versicherungen von der Vergütung der Einzelleistungen auf eine pauschalierte Vergütung umgestellt. Ausserdem stellt der veraltete SLK-Tarif keine valide Basis mehr für Honorarberechnungen dar. Darüber hinaus schreiben die Kantone vor, dass kein mengenbasierendes System für die Vergütung mehr verwendet werden darf. Aufgrund dieser Entwicklungen war es notwendig geworden, die Vergütung der Ärzte neu zu konzipieren.

Es wurde der Grundsatzentscheid getroffen, dass die Honorare nicht in Löhne übergeführt, sondern weiterhin erfolgsabhängige Honorare ausgezahlt werden sollten.

Das neue Modell wurde in einer Arbeitsgruppe bestehend aus den Klinikleitern, dem Verwaltungsrat und der Direktion entwickelt. Es wurden alle Chefärzte und eine Delegation der leitenden Ärzte einbezogen. Die Umstellung startete mit excel-basierten Prototypen und einem Parallelbetrieb des alten und neuen Systems während der ersten zwei Jahre der Einführung. Während dieser Zeit wurden noch Anpassungen im System gemacht. Es wurden auch neue Arbeitsverträge und ein Poolreglement entwickelt sowie verschiedene Absicherungsmassnahmen in einem Rahmenpoolreglement vereinbart. Für die definitive technische Umsetzung des neuen Honorarmodells wurde das neu eingeführte TIP HCe eingesetzt.

Herausforderungen

Aufgrund der Komplexität der Materie waren viel Zeit und der rechtzeitige Einbezug aller Betroffenen ein wichtiger Punkt für die Akzeptanz und das Gelingen der Umsetzung.

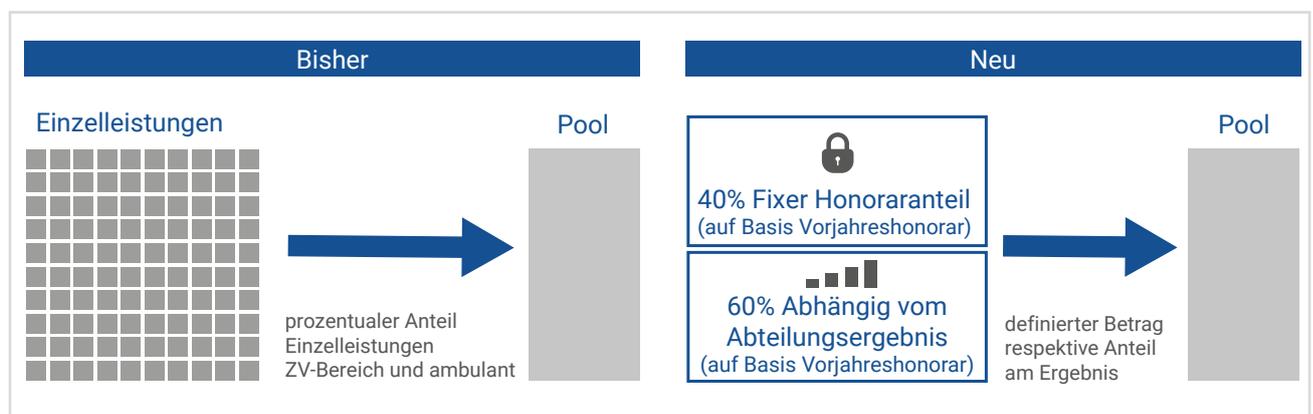


Abb. 1: Konzeptionierung des neuen Honorarmodells



„Durch die transparente Gestaltung gemeinsam mit den betroffenen Ärzten werden echte Anreize für Leistungsveränderungen geschaffen.“

Jakob Englisch, Leiter Finanzen und Controlling

Abb. 2: Berichts-Prototyp einer Fachabteilung zur Berechnung des für Honorare massgebenden Ergebnisses

Erträge und Konten						Gesamt-Total			stationär			ambulant		
Leistungseinheit	Ist-Preis	Norm-Preis	Anteil Ist-Preis	gewählter Preis		Betrag	Betrag %	pro CM	Ist-Menge	Betrag	Betrag %	Ertrag in %	Menge	
Allg. HP	CM	607	729	100%	607	224'868	48.1%	607	440					
P	CM	745	060	100%	745	419'332	27.5%	745	144					
	CM	441	972	100%	441	138'026	24.3%	441	100					
Stationärer Ertrag	CM	719	0	-	-	782'226	100.0%	840	684					
Leistungen für andere Fachbereiche	Min. Anästhesie					1'242								
1031xx AD Musterabteilung	Minuten Ärzte		20	0%	20	8'103	0.5%	41	5'402	-	0.0%			
1031xx AD Musterabteilung Aktivität OP	gew. chir. Leist.zeit		83	0%	83	3'139	0.1%	5	1'111	-	0.0%			
Ambulanter Ertrag IST			.49		49					15'889			282'749	
Total ambulanter Ertrag						915'889				15'889				
Gesamtertrag						729'356				15'889				

Wichtigste Direkt beeinflussbare Kosten	Leistungseinheit	Ist-Preis	Fix-Preis	Anteil Ist-Preis	gewählter Preis								
Verrechnung Einzelmaterial (Ist-Kosten)						005'147	005'147	17.9%	1'470				
Personalaufwand (Ist-Aufwand)	Minuten					792'670	691'833	12.3%	1'012	3'807	08'079	84.6%	83.9%
Diagnostik und Therapie (mit Norm-Preisen diverse)						548'567	881'063	33.5%	2'750		92'555	15.4%	15.3%
Pflege und Hotellerie	Pflegelage					035'533	035'533	36.3%	2'976	'391			
Wichtigste direkt beeinflussbare Kosten						381'917	613'576	100.0%	8'208		00'634	100.0%	99.2% in % Ist-Ertrag
Für Honorare massgebendes Ergebnis						347'439	199'891		4'633		15'604		0.8% in % Ges.Ertrag

Für das Vertrauen der Ärzte und das Aufzeigen von Einflussmöglichkeiten auf das Abteilungsergebnis ist es äusserst wichtig, grösstmögliche Transparenz herzustellen, mit der Möglichkeit, Detailanalysen aufzurufen.

Lösung

Für die Erstellung eines umfassenden Fachbereichs- und Kostenstellenreportings wurde das Data Warehouse TIP HCe eingeführt und über Schnittstellen an die bestehenden SAP-Systeme (CO, FI, KTR, LEI, MCO, PAT, KEN) angebunden. Auf dieser Datenbasis setzt auch die Implementierung des neuen Honorarsystems auf.

Das neue Honorarmodell verwendet das Abteilungsteilergebnis (Summe aus Erträgen und wichtigsten Kosten) als zentrale Kennzahl für die Honorare der Chefärzte. Um die Variabilität des einzelnen Jahres abzuschwächen, werden 40% des Vorjahresergebnisses fix in den Pool gelegt. 60% bestimmen sich aus dem laufenden Abteilungsergebnis. Für die Fachbereiche werden der effektive DRG-Ertrag der in der eigenen Abteilung behandelten Patienten und der kalkulatorische Ertrag für die Behandlung von abteilungsfremden Patienten zusammengezählt. Davon werden die direkten Kosten für Material, Medikamente und die Normkosten für fremde Erbringer sowie Ist-Kosten für eigene Erbringer abgezogen. Für die leistungserbringenden Kostenstellen wie Radiologie werden vom kalkulatorischen Ertrag die effektiven direkten Kosten abgezogen. Das jeweilige auszuzahlende Honorar berechnet sich als Prozentsatz des massgebenden Teil-Ergebnisses.



„Für die technische Umsetzung des Honorarmodells hat sich TIP HCe als ideales Instrument erwiesen.“

Stephan Ebner, Leiter Zentrale Dienste

In einem nächsten Schritt werden die einzelnen Berichte des Honorarmodells umgesetzt. Sie sollen ein reguläres Arbeitsinstrument für die Betriebsführung werden und breite Anwendung finden. Das Honorarsystem soll auch Bestandteil quartalsweiser Gespräche zwischen den Abteilungsleitern und dem Controlling werden. Die Fertigstellung ist bis Anfang November vorgesehen.

Vorteile

Stephan Ebner, Leiter Zentrale Dienste, ist davon überzeugt, dass das System die Ärzte in ihrem unternehmerischen Handeln unterstützt und ihnen Möglichkeiten aufzeigt, das Leistungsgeschehen in ihren Bereichen zu beeinflussen und so zu einer Verbesserung des Gesamtergebnisses des Hauses beizutragen. TIP HCe stellt die Transparenz her, die es braucht, um die laufende Entwicklung zu verfolgen und Verbesserungspotenziale aufzudecken.

„Durch die transparente Gestaltung gemeinsam mit den betroffenen Ärzten werden echte Anreize für Leistungsänderungen geschaffen“, bekräftigt Jakob Englisch, Leiter Finanzen und Controlling.

„Für die technische Umsetzung des Honorarmodells hat sich TIP HCe als ideales Instrument erwiesen. Das Zusammenziehen der Zahlen aus den unterschiedlichsten Systemen, die Erstellung der benötigten Kennzahlen und der Aufbau der Berichte gingen unglaublich schnell“, zeigt sich Stephan Ebner zufrieden.

Personalcontrolling mit TIP HCe

in der Katholischen Hospitalvereinigung Weser-Egge

Die Katholische Hospitalvereinigung Weser-Egge ist ein Verbund aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Kreis Höxter (Nordrhein-Westfalen). Dazu gehören das Klinikum Weser-Egge mit vier Standorten, zwei Medizinische Versorgungszentren mit neun Facharztpraxen, fünf Seniorenhäuser und fünf Caritas-Pflegestationen für ambulante Pflegedienste. Seit 2014 verwendet die KHWE die Data Warehouse-Lösung TIP HCe für Berichtswesen und Controlling. Nach der erfolgreichen Einführung im Finanz- und Leistungsbereich wurde in einem weiteren Schritt ein automatisiertes Personalcontrolling aufgebaut, das seit 2020 im Einsatz ist.

Ausgangssituation

Vor der Einführung von TIP HCe nahm die Erstellung von Auswertungen im Personalbereich viel Zeit in Anspruch. Ein großes und vielschichtiges Datenvolumen musste aus verschiedenen Vorsystemen zusammengesammelt und in Excel aufbereitet werden, wo es hochaufwändig verknüpft wurde. Detaillierte Excel-Kompetenzen und Formel-Know-how waren gefragt, um Dienstpläne, Abrechnungsdaten, Personal- und Leistungsdaten auf Kostenstellenebene zu verknüpfen und zusammenzustellen. Durch den hohen zeitlichen Aufwand und die anspruchsvollen manuellen Tätigkeiten waren die Daten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Reports oft schon nicht mehr ganz aktuell.

Aufgrund des steigenden Zeit- und Leistungsdrucks war es notwendig, dass die Datenbeschaffung und Erstellung der Berichte automatisiert wurde, um immer tagesaktuelle und valide Zahlen für raschere Entscheidungen zur Verfügung zu haben.

Das Personalcontrolling der KHWE ist als Stabstelle der Geschäftsführung organisiert und besteht aus zwei MitarbeiterInnen.

Anforderungen

Marcell Dürdodt, Personalcontroller in der KHWE, erhebt den Anspruch, dass die Controlling-Lösung stetig verbessert und im Sinne der Berichtsempfänger weiterentwickelt wird. Es war daher eine der Hauptanforderungen an TIP HCe, dass zusätzliche Daten einfach ergänzt werden können, um neue Anforderungen an das Berichtswesen zu erfüllen.

Lösung

Für das Personalcontrolling wurden die Systeme KIDICAP, CLINIC PLANNER, SAP und ORBIS KIS über automatisierte Schnittstellen an das Data Warehouse angebunden. Die Daten wurden für die Auswertungen in verschiedenen Cubes zusammengefasst. Für das Berichtswesen werden Daten aus den diversen Unternehmensbereichen automatisch miteinander verknüpft. So können Leistungsdaten, Erlöse und Kosten dem Personaleinsatz gegenübergestellt und analysiert werden.

Verwendete Cubes für das Personalcontrolling:

- PEP Cube für Dienstplandaten und Personaleinsatz
- PER Cube für Personaldaten
- FIN Cube für Personalkosten
- LEI Cube für die erbrachten Leistungen
- MCO Cube für die Integration der Erlösverteilung nach InEK, der Gegenüberstellung von Personal und Erlösen sowie Kennzahlen aus dem Medizincontrolling (CM-Punkte, pflegerische Bewertungsrelationen etc.)
- OPS Cube für die Leistungen im OP
- PAT Cube für das Verhältnis Patienten vs. Vollkräfte und Stunden

Das Berichtswesen wurde vom Personalcontrolling eigenständig mit Unterstützung der TIP HCe-Consultants aufgebaut.



„Durch TIP HCe hat sich die Rolle von Controllern deutlich gewandelt: Nicht mehr Excel-Spezialisten sind gefragt, sondern Analysen und fundierte Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Strukturen und Prozesse.“

Marcell Dürdodt, Personalcontroller

Ein zentraler Bericht ist die tägliche Stationsübersicht, die die Pflegedirektion und die Pflegedienstleitungen mit einer Übersicht über die aktuelle Lage versorgt. Dieser enthält die aktuellen Dienstplandaten zum Mitarbeiterereinsatz sowie Belegungskennzahlen. Er wird in der Frühbesprechung verwendet, um krankheitsbedingte Ausfälle und andere Probleme für den Tag zu erkennen und ggf. durch Umverteilung von Personal gegenzusteuern.

Neben täglicher Besetzungsübersichten werden weitergehend im Rahmen des monatlichen Berichtswesens Refinanzierungsquoten einzelner Berufsgruppen beleuchtet. Beispielsweise werden im Ärztlichen Dienst die unterschiedlichen Erlösbestandteile in Relation zu den Personalkosten gesetzt – Entsprechendes gibt es für das Pflegepersonal, wo die Personalkosten in Relation zu den pflegerischen Bewertungsrelationen gesetzt werden, um unterjährig den Pflegeentgeltwert monitoren zu können.

Abweichungen werden durch die Zusammenstellung von diversen Produktivitätskennzahlen näher analysiert. Dabei werden Leistungsdaten der einzelnen Fachabteilungen bzw. Berufsgruppen in Relation zu Personalkosten sowie

Nettoarbeitszeiten und Fehlzeitenentwicklung gegenübergestellt. Rufe nach mehr Personal können so im Detail analysiert und begründet bzw. abgelehnt werden.

Eine eigene Personalauswertung zeigt die Überstundenentwicklung pro Klinik, Krankheitsfälle, Ausreißer, Minusstunden und die Einhaltung von Dienstvereinbarungen.

Fluktuationsstatistiken werden halbjährlich auf Knopfdruck aktualisiert.

Diverse Ad-hoc-Berichte werden nach Bedarf erstellt, darunter die Vollkraftentwicklung im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst sowie die Entwicklung der Personalkosten. Für die aktuell laufenden Pflegebudgetverhandlungen werden Analysen über die Entwicklung des Pflegeentgeltwerts pro Monat und Jahr aufbereitet.

Einige Weiterentwicklungen des Berichtswesens sind darüber hinaus in Planung, wie die Integration von Dienstbeginn und -ende in den Dienstplan-Cube für die exaktere Analyse der Arbeitszeit im zeitlichen Tagesverlauf. Für die genauere Ermittlung des Personaleinsatzes im OP soll die OP-Beset-



Abb. 1: Überblick über die Refinanzierungsquoten



Abb. 2: Tägliche Stationsübersicht für die Pflegedirektion

zung in die Datenbank inkludiert und mit der Auslastung im OP gemeinsam ausgewertet werden – entsprechendes gilt für die unterschiedlichen Funktionsbereiche.

Für einen besseren Überblick über die Entwicklung der Kostenstrukturen ist das untermonatliche Einlesen von Hochrechnungsdaten geplant, um das Gesamtjahr mit Hochrechnungsvarianten darzustellen.

Aktuell werden die Berichte über die automatische Berichtsverteilung und per Mail an die Empfänger verteilt. Geplant ist der Umstieg auf Web-Cockpits mit direktem Zugriff auf Detailreports für alle Empfänger.

Vorteile

„Der offenkundigste Vorteil von TIP HCe ist die immense Zeitersparnis bei der Erstellung der Berichte“, zeigt sich Marcell Dürdodt zufrieden. „Der Hauptaufwand ist das anfängliche Konzipieren der Berichte. Sobald dies einmal erledigt ist, wird auf Knopf-

druck aktualisiert, und alle Daten sind immer aktuell verfügbar, egal ob für morgendliche Frühbesprechungen, OP-Planungen oder Management-Meetings.“

„Die automatisierte Verknüpfung der Daten aus verschiedenen Systemen hat den Vorteil, dass wir einen globalen, umfassenden Blick haben und alles in Verhältnis zum Personaleinsatz setzen können. So erhalten wir einen guten Einblick in Prozesse und Strukturen und können diese Erkenntnisse nutzen, um das Personal besser zu verteilen und mehr Effizienz zu erreichen. Durch TIP HCe hat sich die Rolle von Controllern deutlich gewandelt: Nicht mehr Excel-Spezialisten sind gefragt, sondern Analysen und fundierte Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Strukturen und Prozesse“, erläutert Marcell Dürdodt.

Seit der Verwendung von TIP HCe hat sich die Datenqualität auch in den datenhaltenden Systemen deutlich erhöht. Durch die ständige Beschäftigung mit den Daten fallen Inkonsistenzen, Falscheingaben und Datenlücken

auf und können systematisch vervollständigt und verbessert werden.

UNTERNEHMENSPROFIL	
Katholische Hospitalvereinigung Weser-Egge gGmbH	
Land:	Deutschland
Zentrale:	Brakel
Einrichtungen:	25
Betten:	868
Mitarbeiter:	ca. 3.000
stationäre Fälle:	ca. 33.000
TIP HCe seit:	2014
Mandanten:	5

Unternehmenssteuerung mit TIP HCe

im Spital Davos

Die Spital Davos AG bietet eine umfassende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung und die zahlreichen Gäste mit SpezialistInnen aus Chirurgie und Orthopädie, Innerer Medizin, Betreuung und Pflege sowie Sport und Prävention. Mit rund 320 Mitarbeitenden zählt das Unternehmen zu den grössten Arbeitgebern der Region. 2020 wurde in der Spital Davos AG TIP HCe eingeführt, um im aktuellen Spitalentwicklungsprozess ein begleitendes Berichtswesen aufzubauen und die Finanzplanung und Deckungsbeitragsrechnung neu zu konzipieren.

Ausgangssituation

Die Spital Davos AG befand sich in einer Entwicklungsphase, in der mehrere Projekte umgesetzt werden sollten. Neben einer Änderung der Organisationsstruktur in ein Departementsmodell sollte sich auch der Finanzbereich weiter professionalisieren. Dazu war die Einführung einer Business Intelligence-Lösung geplant sowie die Veränderung des Planungsprozesses zu einem Bottom-Up-Ansatz. Die wichtigsten Ziele bei der Einführung von TIP HCe waren die Erstellung eines automatisierten Berichtswesens für Self-Service-Reports und die verstärkte Einbindung der Mitarbeitenden, um die Transparenz zu erhöhen und nötige Massnahmen und Prozessänderungen konsensual und rasch umsetzen zu können.

Im Controlling im Spital Davos sind 2,8 FTEs beschäftigt. Das Medizincontrolling erfolgt in Kooperation mit dem Kantons-spital Graubünden, das bei der Erstellung der Auswertungen im MCO unterstützt.

Lösung

Bei der Einführung von TIP HCe wurden im ersten Schritt die Module FIN, KEN, KTR, LEI, MCO und PAT installiert und als datenlieferndes System SAP über eine automatisierte Schnittstelle angebunden. Um ein umfassendes Bild des Gesamtunternehmens zu erhalten, werden in weiteren Projektphasen auch noch die Personaldaten und die Zeiterfassung in die Datenbank integriert.

Im Rahmen von Team-Sitzungen in den Abteilungen wurden die Berichtserfordernisse erhoben. Das Controlling erstellte aufgrund dieser Anforderungen ein Berichtswesen, das in

festgelegten Abständen automatisch aktualisiert wird. Es umfasst derzeit ca. 40 Self-Service-Reports, auf die die berechtigten BenutzerInnen über das Webportal WIF von allen PCs im Unternehmen zugreifen können. 90% der neuen Berichte erstellte Hannes Erlbeck, Leiter Controlling im Spital Davos, eigenständig. Für Spezialerfordernisse erhielt er Unterstützung von den TIP HCe-Consultants. Empfänger der Berichte sind die Spitalleitung, der Verwaltungsrat und die Kaderärzte. Sie dienen als Basis für Controlling- und Strategiebesprechungen sowie als Grundlage für Stellenausschreibungen. Auch das Pflegepersonal erhält eigene Reports, meist Kontrolllisten für die tägliche Arbeit. Zusätzlich zu den Standardreports erstellt das Controlling häufig Ad-hoc-Reports zu speziellen Fragen.

Berichtswesen

Der wichtigste Report ist der Budgetreport für die Abteilungen, der einen Soll-Ist-Vergleich, Vorjahres-, Monats- und YTD-Daten sowie einen Gesamtjahresvergleich für Erlöse und Primärkosten enthält. Über diesen Report können die Abteilungen direkt auf die zugrundeliegenden Buchungskonten und -zeilen zugreifen, was die Transparenz enorm erhöht und von allen Abteilungen sehr intensiv verwendet wird. Dieser Report ist die Grundlage für quartalsmässige Controllinggespräche mit den Abteilungen, um die aktuelle Entwicklung der Abteilung zu diskutieren.

Für die Analyse von einzelnen Fällen wurde ein Fall-Analyse-Cockpit konzipiert, auf das sehr häufig zugegriffen wird. Nach Eingabe der Fallzahl erhält man eine finanztechnische Aufgliederung des Falles mit einer kompletten Deckungsbeitragsrechnung. Diese sorgt für grösstmögliche Transparenz und stärkt die betriebswirtschaftliche Sicht beim Personal (Abb. 1)



„Im aktuellen Spitalentwicklungsprozess liefert das Berichtswesen in TIP HCe wichtige Daten als Grundlage für Struktur- und Prozessänderungen.“

Reto Balmer, CFO



TIPHCe

Fall-Analyse-Cockpit

Cube: HCE-SERVER_HCE_ALLLEI_SAP, aufbereitet am: 21.04.2022 08:16



Name	Nachname	Vorname	Vorname	Endabgerechnet (Spital Davos)
Adresse	Strasse	ORT	Ort	
Alter	0	Geb.Datum	Datum	
Aufenthaltsdauer	6	Klasse	0003 Allgemein	
Aufnahmedatum	Datum	Entlassungsdatum	Datum	

Vorgaben - SwissDRG-Version 10.1, Abrechnungsversion (2021/2021)

Tage Normallieger	6	Kostengewicht	1,593	Tage Normalliegedauer	2 - 12
Tage Kurzlieger	0	CMI Abschlag Kurzlieger	0,000	Tage Kurzlieger bis	1
Tage Langlieger	0	CMI Zuschlag Langlieger	0,000	Tage Langlieger ab	13
		CMI Effektiv	1,593		

DRG	I46D Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese
CHOP	81.51.11 Erstimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks

DB Rechnung gesamt		DB Rechnung / Pflage tag		DB Rechnung gesamt abzgl. 35 % bei Implantaten	
DRG-Erlöse	-15 357	DRG Erlös / Pflage tag	- 2 559,42	DRG-Erlöse	-15 357
Zusatzerlöse	0	Zusatzerlös / Tag	- 0,00	Zusatzerlöse	0
Total Erlöse	-15 357	Gesamterlös / Tag	- 2 559,43	Total Erlöse	-15 357
Gesamterlös	-15 357	Gesamterlös / Tag	-2 559,4	Gesamterlös	-15 357
Total Einzelkosten	10 141	Total Einzelkosten / Tag	1 690,1	Total Einzelkosten	6 981
400 Arzneimittelbedarf	187			400 Arzneimittelbedarf	187
401 Mat/Instr/Utens/Textil	613			401 Mat/Instr/Utens/Textil	613
401 Implantate	9 026			401 Implantate	5 867
405 Med/Diagn/Ther.Fremdle	0			405 Med/Diagn/Ther.Fremdleistung	0
sonstige Einzelkosten	314			sonstige Einzelkosten	314
DB I	-5 216	DB I / Pflage tag	-869,3	DB I	-8 375
in %	34%	in %	34%	in %	55%
Total Gemeinkosten	8 245	Total Gemeinkosten / Tag	1 374,1	Total Gemeinkosten	8 245
DB II	3 028	DB II / Pflage tag	504,7	DB II	-131
in %	-20%	in %	-20%	in %	1%
Anlagenutzungskosten	1 550	Anlagenutzungskosten / Tag	258,3	Anlagenutzungskosten	1 550
DB III	4 578	DB III / Pflage tag	763,0	DB III	1 419
in %	-30%	in %	-30%	in %	-9%

Abb. 1: Fall-Analyse-Cockpit



„Durch die enorme Transparenz des neuen Berichtswesens entsteht eine hohe Akzeptanz für die Daten und die Abteilungen übernehmen selbst die Verantwortung für ihre Bereiche.“

Hannes Erlbeck, Leitung Controlling

Für den Verwaltungsrat wurde ein eigenes Monats-Reporting konzipiert mit den folgenden Inhalten:

- Fallzahlen, TXP-Punkte, OPs, Casemix
- Stationäre Kennzahlen: Fallzahlen, CMI, CMI effektiv, Verweildauer, Pflagetage
- Ambulanter Bereich: TARMED-Punkte
- Finanzreporting

Für den Dialysebereich wurden anhand der Abteilungserfordernisse zwei eigene Reports aufgebaut. Diese enthalten eine Kontrollliste für die Abrechnung mit einer kompletten Fallliste aller Patienten und Leistungen. Dazu kommt ein Dialyse-Reporting mit einer Statistik für ambulante und stationäre Leistungen und Fälle im Vergleich zu den Vorjahren (Abb. 2).

aktuell das Hauptthema die Optimierung der Liegedauer und des CMI. Durch die regelmässige Betrachtung der Fälle in Bezug auf die Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen, das Monitoring der Liegedauer und ggf. den Einbezug der OP-Berichte kann ein optimaler CMI erreicht werden.

Vorteile

Einen der grossen Vorteile von TIP HCe sieht Hannes Erlbeck in der enormen Transparenz, die das neue Berichtswesen ermöglicht. Dadurch, dass allen Zahlen sofort in Detailanalysen auf den Grund gegangen werden kann, entsteht eine hohe Akzeptanz für die Daten, und die Abteilungen übernehmen selbst die Verantwortung für ihre Bereiche.

sammensuchen der Daten in diversen Systemen entfällt, und auch die Strukturen und Gliederungen für die Statistikvorlagen werden einmalig in BIC erstellt und müssen nicht jedesmal neu aufgebaut werden. Darüber hinaus ist die Dokumentation leicht über Snapshots und Kommentare möglich.“

Der Zeitaufwand für die Erstellung der Berichte hat sich deutlich reduziert. Sobald die Vorbereitungsarbeiten erledigt sind, kann strukturiert und zeitsparend gearbeitet werden. So bleibt viel mehr Zeit für die Analyse der Daten.

Die Datenqualität hat sich aufgrund der Transparenz deutlich verbessert. Durch die regelmässigen Controllinggespräche mit den Abteilungsleitern, bei denen die Leistungszahlen besprochen werden, werden Fehlerfassungen und Systemfehler schnell erkannt und können korrigiert werden.

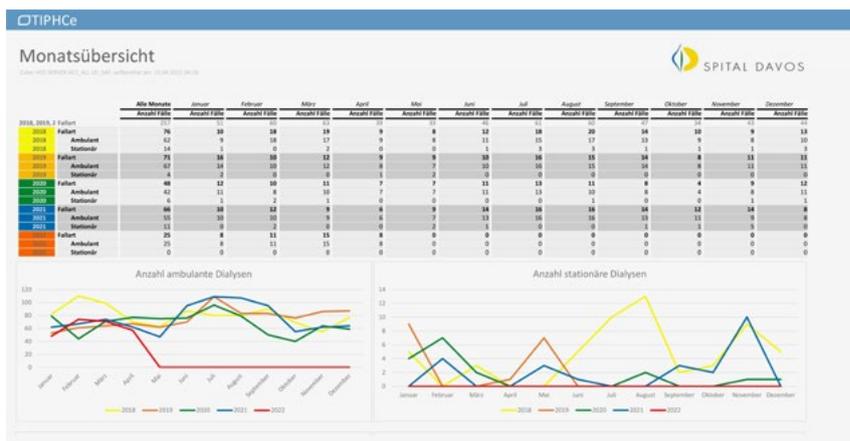


Abb. 2: Dialyse-Reporting

Das Berichtswesen fürs Medizincontrolling wird derzeit durch den Kooperationspartner Kantonsspital Graubünden erstellt und im Controlling im Spital Davos analysiert. Dabei ist

„Das strukturierte Aufbereiten der Zahlen für diverse gesetzliche Statistiken mit TIP HCe bietet eine deutliche Erleichterung für uns im Controlling“, erläutert Hannes Erlbeck. „Das Zu-

UNTERNEHMENSPROFIL	
Spital Davos AG	
Land:	Schweiz
Zentrale:	7270 Davos Platz
Einrichtungen:	1
Betten:	27
Mitarbeiter:	280 FTE
stationäre Fälle:	1850
TIP HCe seit:	2020
TIP HCe Module:	FIN, KEN, KTR, LEI, MCO, PAT
Mandanten:	1

Umsetzung des DVKC-Standards CS200

im MVZ Medizinisches Versorgungszentrum Ruhrgebiet Nord GmbH

Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Region wurde 2020 das MVZ Ruhrgebiet Nord mit fünf Facharztpraxen für Allgemeinmedizin, Orthopädie, Allgemein- und Unfallchirurgie, Nuklearmedizin und Pneumologie gegründet. Für die wirtschaftliche Steuerung des MVZ wurde TIP HCe eingeführt, mit dem eine mehrstufige Bereichsergebnisrechnung nach dem CS200 Standard aufgebaut wird.

Ausgangssituation

Als Arne Hutmacher bei der Gründung die kaufmännische Leitung des MVZ Ruhrgebiet Nord übernahm, war ihm von Anfang an wichtig, die wirtschaftliche Entwicklung der Organisation in einem geeigneten System abzubilden, das eine gezielte Steuerung ermöglicht. Aus seiner Tätigkeit als Controllingleiter am KKRN Katholisches Klinikum Ruhrgebiet Nord war ihm TIP HCe als dafür geeignetes Instrument gut bekannt. Mit Hilfe von TIP HCe kann ein Berichtswesen erstellt werden, in dem für Unternehmensleitung und Leistungserbringer steuerungsrelevante Informationen sowie die Kosten- und Leistungstransparenz übersichtlich und klar dargestellt werden kann.

Die folgenden Ziele werden mit dem Projekt verfolgt:

- Etablierung eines verständlichen unterjährigen Berichtswesens für die Leistungserbringer und die Leitung
- Transparenz über die Wirtschaftlichkeit einzelner Bereiche und Praxen
- Erarbeitung eines gesicherten Bereichsergebnisses als Basis für Zielvereinbarungen mit Leistungserbringern
- Benchmarking mit anderen MVZs zur Offenlegung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- Einheitliche Basis ohne großen Zusatzaufwand für Berichtswesen, Controlling und Zielvereinbarungen

Für die Erstellung der mehrstufigen Bereichsergebnisrechnung (MBE) wird im Rahmen einer Projektgruppe gemeinsam mit dem DVKC und Statis e.V. (dem mittlerweile rund 180 Krankenhaus-MVZ für Betriebsvergleiche und Erfahrungsaustausch angeschlossen sind – www.statis-ev.de) ein Standard für MVZ entwickelt, analog zum Standard CS 200, der vom DVKC für Krankenhäuser entwickelt wurde. Dies

soll zu einer schnelleren Einführung mit geringeren Kosten, einer verbesserten Transparenz und Vergleichbarkeit führen und die Qualität sicherstellen.

Analog zum CS 200 Standard Somatik werden im CS 200 Standard MVZ folgende Grundsätze verfolgt:

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 bereichsspezifischen Ergebnisbeiträge ebenso sichtbar wie Wirtschaftlichkeitspotenziale.



MVZ

**Medizinisches
Versorgungszentrum**
Ruhrgebiet Nord
GmbH

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.

Umsetzung

In Vorbereitung für die praktische Umsetzung im MVZ sollten die notwendigen Abgrenzungen direkt in der Finanzbuchhaltung durchgeführt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Differenziertheit der Kostenstellen- und Kontensystematik ausreicht. Für die Erstellung des Berichtswesens und die MBE wird für das MVZ ein eigener Mandant im TIP HCe Data Warehouse installiert und das MVZ-Finanzsystem über eine Schnittstelle angebunden.

In Anlehnung an den Standard CS 200 für das Krankenhaus und unter Einhaltung der vorhin angeführten Grundsätze wird die Kostenstellen- und Kontenstruktur nach CS 200 aufgebaut und die Verteilung der Erlöse und Kosten im System parametrisiert. Das Ergebnis wird in einem MBE-Bericht dargestellt, der regelmäßig aktualisiert wird und jederzeit den aktuellen Stand aufzeigt.

Um größtmögliche Transparenz herzustellen, kann die MBE durch diverse Detailberichte ergänzt werden und liefert



„Die Erstellung der MBE nach dem Standard CS 200 sichert die Qualität und ermöglicht die Vergleichbarkeit und das Benchmarking mit anderen MVZs.“

Arne Hutmacher,
Diplom Gesundheitsökonom (FH),
Kaufmännische Leitung

Betrag Bereichsergebnis	KST MBE_MVZ	Profit Center	Testzentren	Ärztpraxen	Orthopädie u. Unfallchirurgie D	Nicht medizinische Infrastruktur	79010 Verwaltung	79011 Leitung und Sekretariat
BES 1 - Erlöse, direkte Personalkosten, verbrauchsbedingte Sachkosten	267.247	308.385	207.039	96.346	72.122	-36.138	-21.640	-14.498
1.1 Erlöse	1.962.565	1.962.549	665.022	1.297.527	619.695	15	15	0
1.2 Personalkosten - direkt	-1.232.577	-1.226.351	-196.349	-1.029.502	-488.072	-6.226	-6.226	0
1.3 Sachkosten - Verbrauch & Overhead	-462.741	-432.813	-261.134	-171.679	-59.502	-29.928	-15.430	-14.498
Veränderung in BES 1	267.247	308.385	207.039	96.346	72.122	-36.138	-21.640	-14.498
Ergebnis BES 1	267.247	308.385	207.039	96.346	72.122	-36.138	-21.640	-14.498
BES 2 - Kosten für diagnostische und therapeutische Leistungen	-31.568	-31.568	-14.346	-17.222	-17.112	0	0	0
2.1 Labor	-14.494	-14.494	-14.346	-148	-37	0	0	0
2.3 Bildgebung	-17.074	-17.074	0	-17.074	-17.074	0	0	0
Veränderung in BES 2	-31.568	-31.568	-14.346	-17.222	-17.112	0	0	0
Ergebnis BES 2	235.679	271.017	192.690	79.124	55.010	-36.138	-21.640	-14.498
BES 4 - Kosten für Nutzung der Infrastruktur	-117.295	-117.154	-16.787	-100.367	-45.766	-141	-141	0
4.1 Bereitstellung	-442	-442	0	-442	0	0	0	0
4.2 Bewirtschaftung	-116.853	-116.712	-16.787	-99.925	-45.766	-141	-141	0
Veränderung in BES 4	-117.295	-117.154	-16.787	-100.367	-45.766	-141	-141	0
Ergebnis BES 4	118.384	154.664	175.907	-21.243	9.245	-36.279	-21.781	-14.498
BES 6 - Gemeinkosten	0	-36.279	-10.453	-25.826	-11.796	36.279	21.781	14.498
6.1 MVZ-Leitung	0	-36.279	-10.453	-25.826	-11.796	36.279	21.781	14.498
6.1.1 nicht medizinisch	0	-36.279	-10.453	-25.826	-11.796	36.279	21.781	14.498
b.1.1.1 Geschäftsführung, Kaufm. Leitung	0	-36.279	-10.453	-25.826	-11.796	36.279	21.781	14.498
Veränderung in BES 6	0	-36.279	-10.453	-25.826	-11.796	36.279	21.781	14.498
Ergebnis BES 6	118.384	118.384	165.454	-47.069	-2.551	0	0	0
DES 7 - Neutrales Ergebnis, Finanzergebnis, Steuern	-43.077	-43.077	-6.949	-36.928	-6.190	-0	-0	0
7.1 Neutrales Ergebnis	14.316	14.316	1.114	13.202	21.610	-0	-0	0
7.2 Finanzergebnis - exkl. Investitionsdarlehen	-58.193	-58.193	-8.063	-50.130	-27.800	0	0	0
Veränderung in BES 7	-43.077	-43.077	-6.949	-36.928	-6.190	-0	-0	0
Ergebnis DES 7	74.500	74.500	150.505	-30.997	-0.741	-0	-0	0

Abb. 1: MBE im MVZ nach CS 200 (Demo-Bericht)

über Drilldown die zugrundeliegenden Buchungen, Umlagen, Verrechnungen und Verteilungen. Eine Validierung der Ergebnisse nach Verrechnung kann mit Hilfe des Berichts gut nachvollzogen und kontrolliert werden, sofern die angesprochenen Konten dem Strukturmodell zugeordnet sind. Die Berichte sind in Excel, über dem Webbrowser Microsoft Edge und auch auf mobilen Endgeräten abrufbar.

Vorteile

Der größte Vorteil an der MBE in TIP HCe ist die unterjährige Verfügbarkeit der steuerungsrelevanten Daten für die Leistungserbringer und die Leitung. Dies bringt Transparenz in das Leistungsgeschehen und sichert langfristig den wirtschaftlichen Erfolg.

Die Erstellung der MBE nach dem Standard CS 200 sichert die Qualität und ermöglicht die Vergleichbarkeit und das Benchmarking mit anderen MVZs. Bei Interesse zum Aufbau und zur Umsetzung des Standards melden Sie sich gern bei uns.

Durch die Umsetzung der MBE in TIP HCe kann die bestehende Systematik ohne Zusatzaufwand weitergeführt werden und die Einführung rasch und kostengünstig erfolgen. Die Berichtserstellung und der Berichtsversand erfolgen automatisiert im Hintergrund.

UNTERNEHMENSPROFIL	
Medizinisches Versorgungszentrum Ruhrgebiet Nord GmbH	
Land:	Deutschland
Zentrale:	Dorsten
Anzahl Praxen:	5
Mitarbeiter:	40 VKs, davon 5,7 Ärzte
Umsatzvolumen 2022:	4,6 Mio €
TIP HCe seit:	2020
TIP HCe Module:	FIN, KORE, KTR, ELV, BIC, WIF



„Durch die Umsetzung der MBE in TIP HCe ist der laufende Aufwand für das Berichtswesen minimal und die Transparenz enorm gestiegen.“

Marleen Muhle, B.A. Gesundheits- und Sozialmanagement



Pflegesteuerung mit TIP HCe

- Personaleinsatzplanung
- Qualitätsmanagement
- Maßnahmen-Evaluation
- LEP- und epa-Reports

dedalusgroup.de



TIP DAY Deutschland

Das war der TIP DAY 2022 in Düsseldorf

Am 22. und 23. September war es endlich wieder so weit: Nach zwei digitalen TIP DAYs war es großartig, Kunden und Partner persönlich zu einer Veranstaltung begrüßen zu können.

Unsere jährliche Fachkonferenz zum Thema Business Intelligence im Krankenhaus fand im NH Hotel in Düsseldorf statt. 170 TeilnehmerInnen nahmen die Gelegenheit wahr, sich zu informieren und auszutauschen. Das abwechslungsreiche Programm bot zahlreiche Neuerungen sowohl auf Branchen- als auch auf Produktebene, und ausgewählte Kundenpräsentationen lieferten Anregungen für Weiterentwicklungen. Ein besonderes Highlight war die Abendveranstaltung auf der Aussichtsebene am Rheinturm, wo es bei Speis und Trank und bester Aussicht über das nächtliche Düsseldorf viel Gelegenheit zum persönlichen Austausch und Netzwerken gab. Die Aufzeichnung der Vorträge finden Sie unter: tiphce.com/tipday-de-2022-download

Highlights der Vorträge



Unternehmens- und Produktstrategie Dedalus HealthCare

Dr. Michael Dahlweid, Group Chief Product & Clinical Officer
Dedalus HealthCare

Michael Dahlweid begrüßte die Gäste im Namen von Dedalus HealthCare und präsentierte das Unternehmen, das mit 7.000 Mitarbeitenden in Europa Marktführer im Bereich Software-Lösungen für das Gesundheitswesen ist. Er erläuterte die Produkt- und Wachstumsstrategie des Unternehmens, im Besonderen die Investitionen in Analytics, Künstliche Intelligenz und Forschung. Besonders dabei ist die Vision des „Continuum of care“, einer Integration von Diensten durch eine gemeinsame Plattform, die volle semantische Interoperabilität auf Basis offener Standards bietet und die Modernisierung bestehender Anwendungen und die Schaffung eines offenen Ökosystems von Lösungen ermöglichen soll.

Save the date
TIP DAY
in Bonn
5./6.10.2023



MDK-Reformgesetz und ambulantes Potenzial: aktuelle Handlungsnotwendigkeiten für Krankenhäuser

Dr. Lars Schäfer, Leitung Medizincontrolling GSG, Vorsitzender FOKA

Lars Schäfer erläuterte in seinem Vortrag die Änderungen, die das MDK-Reformgesetz mit sich brachte, insbesondere im Hinblick auf die Überarbeitung der Vorgaben für ambulantes Operieren. Zentrale Themen waren das IGES-Gutachten, das seit April 2022 vorliegt, die neue Systematik für AOPs, die Details der Kontextprüfungen und Dokumentationsanfordernisse sowie die Empfehlungen der IGES. Der Vortrag schloss mit den Handlungsnotwendigkeiten für Krankenhäuser, die sich aus den aktuellen Anforderungen ergeben, wie der detaillierten Analyse des ambulanten Potenzials anhand von Benchmarks und der Optimierung der Dokumentations- und Organisationsprozesse.



Radiologie-Management – Praxisbericht aus dem Klinikum Frankfurt Höchst

Prof. Dr. Markus Müller-Schimpfle, Chefarzt, Gesundheitsökonom

Der Praxisbericht von Prof. Müller-Schimpfle zeigte anschaulich, wie TIP HCe im Krankenhausalltag für maximale Transparenz und Effizienz in den Arbeitsprozessen sorgt. Das Radiologie-Berichtswesen, das TIP HCe-Consultants im Klinikum Frankfurt Höchst aufbauten, gibt einen umfassenden Überblick über die Patienten, Leistungen, Untersuchungen, Prozeduren und GOÄ- bzw. EBM-Punkte der Abteilung. Prof. Müller-Schimpfle erläuterte die Entstehung des Berichtswesens und seine Anforderungen, mit dem Ziel, die erreichte Produktivitätssteigerung und Prozessoptimierung sowie Qualitätsverbesserungen am messbar zu machen.



Produkt-News BIC und WIF

Stefan Domenig, Produkt Manager TIP HCE, Dedalus HealthCare

Wie jedes Jahr präsentierte Stefan Domenig den anwesenden Kunden und Interessenten die aktuellen Produkt-Neuheiten. Die Versionen 3.15 und 3.16 beinhalten diverse neue Tool-Funktionen, die teilweise auf Kundenwunsch entwickelt wurden. Ein Ausblick auf die Version 3.17, die ab Dezember verfügbar ist, versprach weitere neue Features für eine verbesserte Kommunikation zwischen BIC und WIF und diverse neue Client-Funktionen.

Für die Web-Oberfläche WIF stellte Stefan Domenig die aktuell verfügbaren Module sowie die Timeline für die weitere Entwicklung vor. Er zeigte die verbesserte Unterstützung für mobile Endgeräte und die Konfiguration mobiler Dashboards. Neu im Produktportfolio sind die BI-Apps, Standard-Module bestehend aus einem Datenmodell und dazugehörigen Visualisierungen, die auch unabhängig von einem Data Warehouse eingesetzt werden können.



clinalytx – Medical AI

Ralph Szymanowsky, Leiter Business Development BI, Dedalus HealthCare

In seinem Vortrag zeigte Ralph Szymanowsky den aktuellen Forschungsstand von künstlicher Intelligenz zur Unterstützung der Detektion und Prädiktion von Krankheiten. Er erläuterte die Herausforderungen im Hinblick auf die vorhandenen Daten aus der Dokumentation des Behandlungsprozesses, die Erstellung von Modellen, das Training der Vorhersage-Systeme sowie in der Erzeugung von Alerts im Fall von erhöhten Risikobewertungen. Der Medical Data Lake bestehend aus Unmengen an medizinischen Daten stellt die Basis für die Erforschung neuer Modelle für verschiedenste Use Cases im Rahmen des Forschungsprojektes „clinalytx investigative“ dar.



Ganzheitliches Pflegemanagement mit ePA, LEP und TIP HCE

Gregor Haslauer, Leitung Controlling, KABEG

Claudia Oberdorfer, Leitung Pflege-Controlling, KABEG

Claudia Oberdorfer und Gregor Haslauer stellten das Pflege-Controlling der Kärntner Landeskrankenhäuser KABEG vor. Ihre Mission ist es, über einen Selbstpflegeindex und eine Risikoeinschätzung zu mehr Patientensicherheit zu kommen und gleichzeitig die Mitarbeitersicherheit und -zufriedenheit zu erhöhen durch eine Minimierung der Dokumentation, die den gesetzlichen Vorschriften entspricht. Sie erklärten, wie sie durch die Verwendung der standardisierten ePA-AC-Kennzahlen und der Dokumentation nach der Leistungsklassifikation LEP@ eine fundierte Pflegedokumentation umsetzen konnten, die die Basis für ein umfassendes Pflege-Berichtswesen bildet.



Aufbau eines BI-gestützten KV-Prüfkonzeptes

Heiko Boknecht, Senior Produktmanager TIP HCe, Dedalus HealthCare
Melanie Giesler, Teamlead BI-Consulting, Dedalus HealthCare

Heiko Boknecht entwickelte mithilfe von TIP HCe auf Kundenwunsch ein Prüfkonzept für Ermächtigungsambulanzen, das die Einhaltung der Regularien überprüft und als Frühwarnsystem fungiert, um Regelverstöße und damit einhergehende Honorarkürzungen zu vermeiden. Das Konzept beinhaltet den Abgleich zwischen Behandler und Leistungserbringer und die exklusive automatisierte Zustellung eines Prüfreports an jeden ermächtigten Arzt.



GSG-Produktintegration – so profitieren Sie

Lisa Peters, Produktmanagerin, GSG

Durch die Übernahme der GSG GmbH in die Dedalus-Familie profitieren TIP HCe-Kunden vom erweiterten Produktportfolio. Lisa Peters stellte die Produkte vor, die verfügbar sind. Überaus interessant sind im Analyse-Bereich die Module DRG- bzw. PEPP-Benchmarking und die Medizinischen Leistungsgruppen. Ein besonderer aktueller Mehrwert im DRG-BM Projekt besteht beispielsweise in der Abbildung des ambulanten Potenzials nach IGES inkl. valider Vergleichsdaten, die 30% der nationalen Fälle abbilden. Darüber hinaus bietet die GSG Produkte für die Budget- und Leistungsplanung, wie das Planungstool PLATO, oder ein Kostenträger Benchmarking zur Analyse von Rechnungskürzungen, WIMM. Die Verbindung von GSG-Produkten und TIP HCe wird eine automatisierte Datenlieferung und die Integration der Ergebnisse in TIP HCe-Cubes und somit weiterführende Analysemöglichkeiten im Data Warehouse garantieren.

Die neue Finanzplanung in TIP HCe

Karsten Schubert, BI Consultant, Dedalus HealthCare

Die Finanzplanung ist das neueste Modul, das komplett für WIF 3 entwickelt wurde. Karsten Schubert stellte die Vorteile des Moduls vor und das Vorgehensmodell für die Einführung einer Finanzplanung. Er erläuterte die wesentlichen Elemente für ein Sollkonzept, den dezentralen Planungsprozess und den Aufbau des Datenmodells. Dann zeigte er im Live-System die Anlage von Planvarianten, das Vornehmen von Struktureinstellungen, die Beladung mit Basisdaten und die eigentliche Planung über Planungsmasken. Etliche Funktionen und Assistenten unterstützen die beteiligten Personen während des gesamten Planungsprozesses. Die erfassten Daten werden in einen RealTimeCube geschrieben und können jederzeit in TIP HCe-Reports eingebunden werden.





TIP DAY Schweiz

Das war der TIP DAY 2022 in Bern

Mehr als 100 Gäste folgten unserer Einladung zum TIP DAY in der Schweiz. Die Freude über das persönliche Zusammentreffen nach der zweijährigen Pause war den Kunden, Partnern und Dedalus-MitarbeiterInnen deutlich anzumerken. Das Paul Klee Zentrum in Bern stellte einen schönen Rahmen dar für die Veranstaltung rund um das Thema Business Intelligence im Spital.

Das Programm umfasste Kundenvorträge zu erfolgreichen TIP HCe-Projekten und die Präsentation von Produktneuheiten. Die Pausen und der Apéro boten viel Gelegenheit zum persönlichen Austausch und Netzwerken. Wir freuen uns schon auf den nächsten TIP DAY in Zürich am 19. September 2023. Die Aufzeichnung der Vorträge finden Sie unter: tiphce.com/tipday-ch-2022-download

Save the date
TIP DAY
in Zürich
19.9.2023

Highlights der Vorträge



Finanzielle Führung für den Leistungserbringer?

Katja Sautter, Senior Consultant
scheggpartner AG

Katja Sautter erläuterte in ihrem Vortrag die Grundlagen für ein Konzept der finanziellen Führung für die Leistungserbringer im Spital. Am Beispiel des OPS-Controllings und des Pflegecockpits an der Schulthess Klinik zeigte sie auf, wie das Controlling gemeinsam mit den Leistungsbringern ein Berichtswesen aufbaute, das zu einer Kultur der Transparenz und der gemeinsamen Ziele führte. Die Fachbereiche erhielten Zugang zu ihren Zahlen und konnten dadurch zeitnah agieren und steuern. Für die Akzeptanz spielte die gemeinsame Definition der Zahlen und Ziele eine grosse Rolle. Die Verwendung von TIP HCe ermöglichte den breiten Zugriff auf die Daten und die Möglichkeit der tiefgehenden Analysen direkt in den Fachbereichen.



Honorarmodell im St. Claraspital

Stephan Ebner, Leiter Zentrale Dienste, St. Claraspital Basel
Jakob Englisch, Leiter Finanzen & Controlling, St. Claraspital Basel

Aufgrund von strukturellen Veränderungen u.a. in der Vergütung durch die Versicherungen war es nötig geworden, das Honorarmodell für die Ärzte im St. Claraspital neu zu konzipieren. Stephan Ebner und Jakob Englisch erklärten den neuen Ansatz des Modells für erfolgsabhängige Honorare, das das Abteilungsergebnis als zentrale Kennzahl für die Honorare der Chefärzte verwendet. Um die Datenbasis für das neue Honorarmodell zu schaffen, wurde TIP HCe eingeführt und ein automatisiertes Berichtswesen erstellt, das regelmässig die benötigten Kennzahlen liefert. Das System unterstützt damit das unternehmerische Denken der Ärzte und zeigt ihnen Möglichkeiten auf, das Leistungsgeschehen in ihren Bereichen zu beeinflussen und zum Gesamtergebnis des Hauses beizutragen.



Weiterentwicklung des Reportings im Kantonsspital Baden

Thorsten Mühlhauser, Leiter Controlling, KSB

Seit Thorsten Mühlhauser am TIP DAY 2018 sein Berichtswesen mit TIP HCe erstmals vorstellte, hat sich viel verändert am Kantonsspital Baden, u.a. wurde ein Neubau begonnen und dieser ist mittlerweile fast fertig gestellt. Das Berichtswesen in TIP HCe wurde in dieser Zeit Richtung WIF-Dashboards mit direktem Zugriff auf Detailberichte weiterentwickelt und versorgt nun automatisiert mehr als 80 BenutzerInnen mit für sie relevanten und tagesaktuellen Daten. Das Reporting besteht aus verschiedenen Dashboards für Leistungs-, Finanz-, Medizin- und Personalcontrolling, OP-Management, Qualitätsmanagement, Live-Belegung uvm. Eine Kacheldarstellung bietet jeweils in einem Teaser einen Überblick und ermöglicht den Zugriff auf Detaildaten in weiterführenden Dashboards und Berichten.



Produkt-News BIC und WIF

Stefan Domenig, Produkt Manager TIP HCe, Dedalus HealthCare

Wie jedes Jahr präsentierte Stefan Domenig den anwesenden Kunden und Interessenten die aktuellen Produkt-Neuheiten. Die BIC Versionen 3.15 und 3.16 beinhalten diverse neue Tool-Funktionen, die teilweise auf Kundenwunsch entwickelt wurden. Ein Ausblick auf die Version 3.17, die ab Dezember verfügbar ist, versprach weitere neue Features für eine verbesserte Kommunikation zwischen BIC und WIF und diverse neue Client-Funktionen. Für die Web-Oberfläche WIF stellte Stefan Domenig die aktuell verfügbaren Module sowie die Timeline für die weitere Entwicklung vor. Er zeigte die verbesserte Unterstützung für mobile Endgeräte und die Konfiguration mobiler Dashboards. Neu im Produktportfolio sind die BI-Apps, Standard-Module bestehend aus einem Datenmodell und dazugehörigen Visualisierungen.



PEP Cube – Analysen und Anwendung

Pascal Aregger, Senior Consultant TIP HCe, Dedalus HealthCare

In seinem Vortrag zeigte Pascal Aregger den Umgang mit dem PEP Cube auf. Dabei erläuterte er die Dateninhalte und machte auf die einzelnen Verknüpfungen und Besonderheiten der Datenelemente aufmerksam. Anhand eines von ihm umgesetzten Reportings erläuterte er die Auswertungsmöglichkeiten im PEP Bereich. Somit erhalten die Bereichs- und Kostenstellenverantwortliche einen einfachen Überblick über die wichtigsten Kennzahlen ihres Personals. Dabei spielen die Zeitsaldi, Absenzen oder Ferienguthaben eine zentrale Rolle.



Finanzplanung auf WIF 3 – Pilotprojekt am Kantonsspital Aarau

Michael Wyss, Leiter Business Intelligence, Kantonsspital Aarau
Stefan Domenig, Produktmanagement TIP HCe, Dedalus HealthCare

Die Budgetierung von 50 Kliniken in Excel stellte das Controlling im Kantonsspital Aarau jährlich vor enorme Schwierigkeiten. Dieses aufwändige und fehleranfällige Vorgehen sollte durch eine integrierte Lösung, die alle zu planenden Bereiche wie Personal, Leistungen, Finanzen und Investitionen umfasst, ersetzt werden. Die Personalplanung wurde bereits in WIF 2 umgesetzt, darauf folgte 2022 die Finanzplanung in WIF 3 als weiteren Schritt zu einem komplett neu aufgesetzten dezentralisierten Planungsprozess. Die neue Finanzplanung nutzt WIF 3 zur Anlage von Planvarianten, das Vornehmen von Struktureinstellungen, die Beladung mit Basisdaten und die eigentliche Planung über Planungsmasken. Etliche Funktionen und Assistenten unterstützen die beteiligten Personen während des gesamten Planungsprozesses. Die erfassten Daten werden in einen RealTimeCube geschrieben und können jederzeit in TIP HCe-Reports eingebunden werden.

Einblick ins TIP HCe-Office

Neu im Team



Christina Zmugg

Kurz nach ihrem Abschluss an der HTL Kaindorf mit Schwerpunkt Informatik begann Christina Zmugg im September 2022 im TIP HCe-Team in Graz. Sie ist als Datenbankentwicklerin im Bestandskundenteam beschäftigt und setzt gemeinsam mit ihren Teamkollegen Kundenprojekte um.



Mitja Rupnik

Auch der Helpdesk wurde aufgrund der wachsenden Kundenanzahl aufgestockt. Seit Oktober 2022 ist Mitja Rupnik Teil des Teams in Graz. Er hat einen Master of Arts in Sinologie abgeschlossen und war in der Großkundenbetreuung im Gebiet Mobiltelefonie tätig. Nun steht er TIP HCe-Kunden bei Anfragen und Problemen mit Rat und Tat im Helpdesk zur Seite.



Judith Tolander

Judith Tolander war mehrere Jahre in einem großen Klinikkonzern in Berlin tätig. Dort hatte sie zuerst die Position der Managementassistentin einer Privatkrankenanstalt für ambulante und kurzstationäre Operationen inne. Wenig später übernahm sie die kommissarische Leitung hierfür. Zuletzt widmete sie sich ihrem Masterstudium (Health Care Management) an der Universität Greifswald und arbeitete nebenher im Controlling eines Pharmaunternehmens. Nun ist sie Teil unseres Consultingteams in Deutschland. Sie übernimmt hier die Aufgaben einer klassischen Analytik-Beraterin und wird sich auch vertiefend in die KLEE-Thematik einarbeiten.



Bernhard Heiß

Einen weiteren Zuwachs bekam das WIF-Team im September durch Bernhard Heiß. Er ist Absolvent der HTL Kaindorf an der Abteilung Informatik und war als Fullstack Developer im Bereich E-Commerce CRM/CMS-Lösungen tätig. Nun kümmert er sich gemeinsam mit seinen Teamkollegen um die Weiterentwicklung von WIF 3.



Darko Drvoderić

Darko Drvoderić unterstützt seit Juli 2022 als Datenbankentwickler das Bestandskundenentwicklungsteam. Er hat in Kroatien die HTL mit dem Schwerpunkt Informatik abgeschlossen und danach ein Bachelorstudium an der TU Graz gemacht. Seine Berufserfahrung als Software- & HiL-Tester und Datenbankadministrator kann er nun optimal einsetzen, um unsere Bestandskunden bei ihren Projekten zu unterstützen.



Gernot Jöbstl

Seit 1. April 2022 ergänzt Gernot Jöbstl das WIF-Team in Graz. Er hat die HTL Bulme Graz-Göting im Bereich Elektronik mit Wahlfach Biomedical Engineering und an der TU Graz das Bachelor-Studium Biomedical Engineering absolviert. Im WIF-Team kann er seine Stärken als Software-Entwickler umsetzen, nicht nur in der Backend-, sondern auch in der Frontendentwicklung. Besonders die kreative Arbeit an der optischen Gestaltung macht die Arbeit im WIF-Team für ihn abwechslungsreich und interessant.



Pflegesteuerung mit TIP HCe

- Personaleinsatzplanung
- Qualitätsmanagement
- Maßnahmen-Evaluation
- LEP- und epa-Reports

dedalusgroup.de