

Wie kann ein Spital dem zunehmenden Kostendruck begegnen? (ausführliche Fassung des gleichnamigen Artikels in Competence Nr. 3/13 vom 27.2.2013)

Vor dem Hintergrund des steigenden wirtschaftlichen Drucks kommt der Aufwandseite der Erfolgsrechnung und damit der Effizienz der Spitäler eine zunehmende Bedeutung zu. Man benötigt ein „Kostenmanagement“.



Prof. Dr. Peter Rohner ist Assistenzprofessor an der Universität St. Gallen, Unternehmer (VRP der Business Engineering Group AG) und Berater (Managing Partner bei BEG & Partners AG). Er unterstützt Spitäler in strategischen, finanziellen und organisatorischen Fragestellungen.

peter.rohner@begpartners.com

Unter den bis vor 2012 gängigen Vergütungs- bzw. Finanzierungsmechanismen für akut-somatische Leistungserbringer (Tagessätze, Subventionierung usw.) standen für die Führung der Spitäler auf allen Stufen andere Fähigkeiten im Vordergrund als die Effizienz steuern und den Aufwand beherrschen zu können. Vor dem Hintergrund der Steigerung des wirtschaftlichen Drucks (zunehmender Wettbewerb, auch über die Kantons Grenzen hinaus) kommt der Aufwandseite der Erfolgsrechnung und damit der Effizienz der Spitäler eine zunehmende Bedeutung zu. Man benötigt nun ein „Kostenmanagement“, also die Fähigkeit, Transparenz zu schaffen und die Kosten steuern zu können.

Das neue Vergütungsregime hat viele Spitäler in dieser Hinsicht – allen DRG-Vorbereitungsprojekten zum Trotz – relativ unvorbereitet getroffen. Ein Grund dafür dürfte darin liegen, dass man sich bei der Vorbereitung auf DRG vielerorts auf die Abrechnungsaufgaben (bspw. Codierung) und die Schaffung der dafür notwendigen administrativen Abläufe und Software-Voraussetzungen konzentriert hat. Damit wurde zwar sichergestellt, dass man die erbrachten Leistungen möglichst lückenlos erfassen und fakturieren kann. Eine Senkung der Behandlungskosten (durch die Verbesserung der Effizienz) ging damit allerdings nicht automatisch einher. Ebenso wenig automatisch erfolgte eine (strategische) Anpassung der Leistungen in dem Sinne, dass eine Stärkung derjenigen Behandlungen erfolgen konnte, bei denen die entstehenden Kosten klar unterhalb der für die Behandlung (bzw. die Diagnose) vergüteten „Preise“ liegen (primär Base Rate mal Kostengewicht). „Wir sind ready for DRG“ war in den vergangenen zwei Jahren zwar oft zu hören und zu lesen, entsprach den Tatsachen jedoch häufig nur im administrativen Sinn. Es sind in vielen Spitätern erhebliche Lücken vorhanden – und zwar sowohl aus operationeller Sicht (bspw. bez. der Fähigkeit zur laufenden Steuerung der Kosten bei sinkenden Base Rates) als auch aus strategischer Sicht (bspw. bez. der Fähigkeit zur gezielten strategischen Weiterentwicklung der eigenen Leistungen und Positionierung aufgrund von Qualitäts-, Mengen- oder Effizienzvorteilen). Eine ausgewogene Stärkung der strategischen und operationellen Fähigkeiten ist jedoch für die Schaffung von Handlungsfreiheit für die Zukunft ausserordentlich wichtig. Es geht in diesem Beitrag um die Stärkung der operationellen Fähigkeiten, im Kern also um die Beherrschung der Kosten und die Steuerung der Effizienz.

Es ist notwendig, an diesem Punkt die beiden Begriffe „Kosten“ und „Effizienz“ für den weiteren Gebrauch klar zu definieren. Unter *Kosten* verstehen wir im Folgenden sachlich und/oder zeitlich klar abgegrenzte Aufwände, bspw. für die Behandlung des 62-jährigen Patienten Max Mustermann mit der Diagnose DRG I47Z, die durchschnittlichen Kosten für alle Fälle der Diagnose DRG I47Z, die Stückkosten eines pharmazeutischen Produktes für die Innere Medizin, die jährlichen Kosten für die IT des Departements Chirurgie, die Personalkosten der Nachtschicht auf Station West 3 im August, die Kosten für Verzinsung und Amortisation des neuen OP-Trakts pro Jahr. Auf eine weitere Differenzierung des Kostenbegriffs (bspw. nach Voll- oder Teilkosten, direkten oder indirekten Kosten, Ist- oder Normal- oder Plankosten) kann im hiesigen Kontext vorerst verzichtet werden.

Kennen Sie Ihre Werte zu den oben genannten einfachen Beispielen? Wie hoch liegen die Ist-Kosten in Ihrem Spital? Wie hoch wäre das „Ziel“? Wie könnte man auf dieses Ziel „zusteuern“ (bei den Behandlungskosten bspw. über die Verweildauer)?

Unter *Effizienz* verstehen wir im Folgenden das Verhältnis zwischen Kosten und einem damit erzielten Ergebnis (bspw. der Erreichung eines medizinischen Ziels). Als Verbesserung der Effizienz bezeichnen wir die Erreichung desselben Ziels zu geringeren Kosten. Nicht zu verwechseln mit der Effizienz, wengleich eng mit ihr verwandt, sind die *Effektivität* (das Richtige tun) und die *Qualität* (ein definiertes Ergebnis verlässlich reproduzieren können).

Beim klinischen Personal trifft man häufig auf die Befürchtung, dass eine Verbesserung der Effizienz zu einer Verminderung der Qualität führen müsse. Es ist dies einer der Glaubenssätze (im Gegensatz zu „Wissensätzen“ ...), die dem Betriebswirtschaftler in Spitälern immer wieder begegnen. Es gibt genügend Beispiele, die genau das Gegenteil zeigen: Effiziente Spitäler, die sich (Behandlungs-) Ziele setzen und die Prozesse ständig verbessern, erreichen auch eine bessere Qualität.

Es ist für die Zukunftssicherung der Spitäler (*und Heime*) unabdingbar, die Kosten „in den Griff“ zu bekommen. 60% bis 80% des Aufwands werden durch den Personalaufwand bestimmt. Es muss also gelingen, mit den Personalressourcen mehr Leistungen zu erzielen (falls man zu einer Leistungs- und Ertragsausweitung in der Lage ist) oder es muss über die Zeit gelingen, mit weniger Personal dasselbe zu leisten (falls eine Leistungs- und Ertragsausweitung als nicht möglich beurteilt wird). Grundsätzlich gilt: Es geht um die Stückkosten (Fallkosten) und nicht um die Lohnkosten (!).

In persönlichen Gesprächen ist in Spitälern häufig zu hören: „Aber wir haben ja bereits schon so viel zu tun.“, „Wir arbeiten ja schon oft länger.“, „Wir haben jetzt schon keine Zeit für die Patienten mehr.“, „Wie sollen wir hier noch mehr machen?“ Zu bedenken ist: Die *Effizienz* der Leistungserbringung hängt nicht primär vom Engagement oder vom Fleiss der Einzelnen ab, sondern vor allem von der Steuerung des Zusammenwirkens.

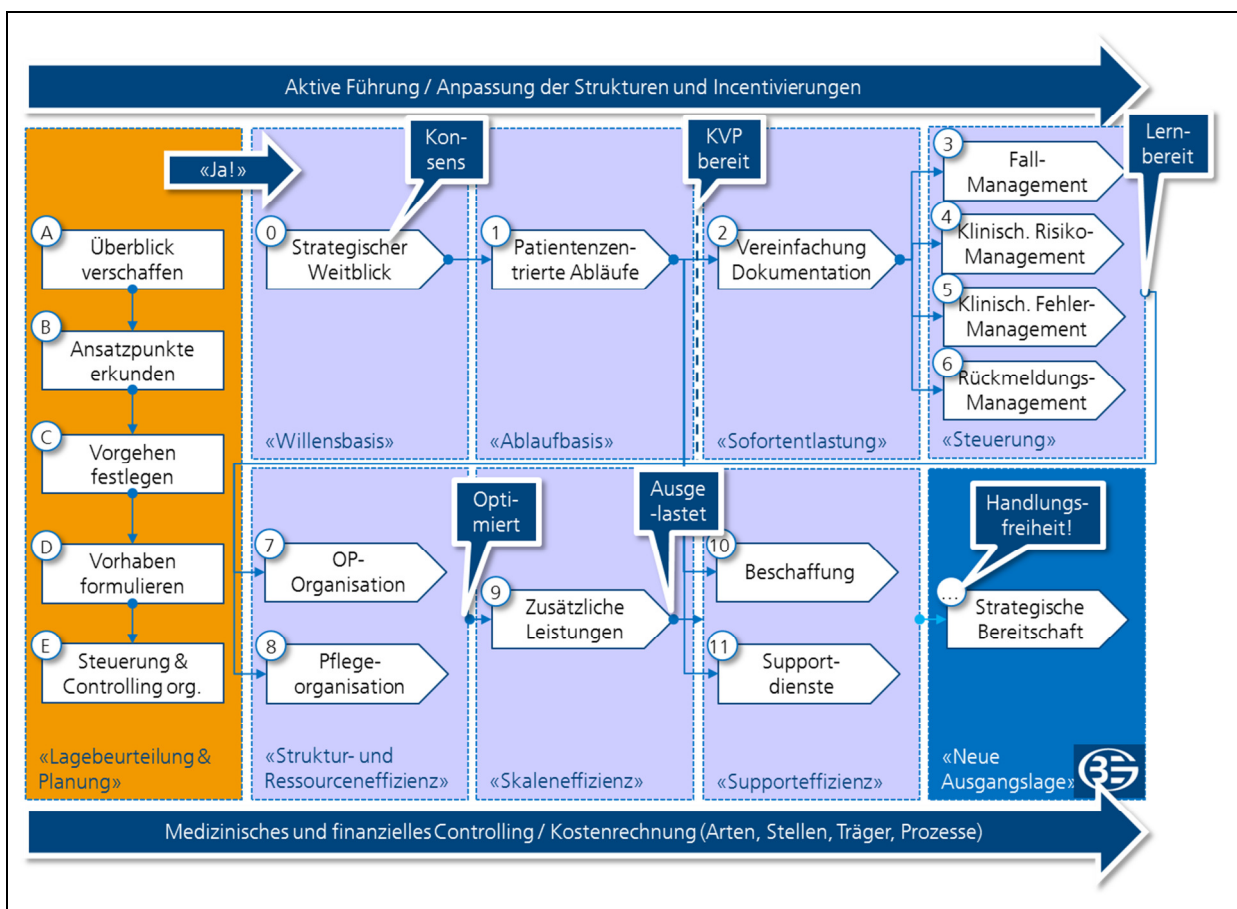
Wenn man die Entwicklung in Deutschland seit der Einführung der DRG (bereits 2003) und in anderen Ländern beobachtet hat, kann man daraus – mit oder ohne Begeisterung – einerseits klare Zeichen für die absehbare Verschärfung des Wettbewerbsdrucks in der Schweiz ableiten (Base Rates, Kostengewichte usw. entwickelten sich nur in eine Richtung: nach „unten“). Andererseits sind einige Schlüsse für mögliche Lösungen der Kostenprobleme der Schweizer Spitäler zulässig.

Häufig ist aus der Spitalbranche zu vernehmen, dass durch die Pauschalen „die Kosten nicht gedeckt...“ seien. Als Kommentar genügt es, sich klar zu machen, dass dies gerade der Wille des KVG-Gesetzgebers ist. Es ging ja bei der KVG-Revision auf 2012 darum, die Leistungserbringer zu mehr Effizienz zu zwingen.

In Deutschland und in anderen Ländern, in denen das Fallpauschalenregime schon seit längerer Zeit gilt, war aber auch noch anderes zu beobachten: Einzelne, meist private oder freigemeinnützige Unternehmen haben aus ehemals staatlichen oder subventionierten regionalen Grundversorgern, die am Rande des wirtschaftlichen Ruins standen, rentierende Betriebe gemacht: Wie? Indem sie regionale und überregionale Kooperationen (Arbeitsteilung und Vernetzung auf Gegenseitigkeit – nicht zu verwechseln mit bei uns häufig als „Kooperation“ bezeichneten einseitigen Zuweisungsvereinbarungen) geschaffen und gleichzeitig für massive Effizienzsteigerungen gesorgt haben. Da und dort wurden innert weniger Jahre 30% mehr Effizienz erzielt durch weniger „Input“, mehr „Output“ - und das bei zumindest gleich bleibendem „Outcome“. Im Sinne des „von den Besten lernen“ sei im Folgenden erläutert – ohne ausländische Verhältnisse in irgendeiner Weise zu verklären – welches die erfolgversprechenden Elemente zur Kostenbeherrschung sind.

Die Basis aller Erfolge ist die Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP). Der „Erfolg“ kommt nicht durch ein gross angelegtes Projekt oder durch die ultimativen „Superprozesse“, sondern er ist das Ergebnis der methodischen, kontinuierlichen Aufzeichnung und Korrektur von Abweichungen für die wichtigsten Behandlungsabläufe von einem willentlich festgelegten Ziel (bspw. Fehler, Zeitverlust, Materialverschwendung, Leerlauf, Doppelspurigkeiten). Beim KVP geht es also nicht darum, sich „mehr Mühe zu geben“, um bspw. weniger Fehler zu machen oder keine Zeit zu verschwenden. Es geht darum, Fehler, Zeitverlust und Verschwendung systematisch zu erkennen, um sie in Zukunft nachhaltig zu vermeiden.

Wie baut man einen solchen KVP im Spital auf? In der Abbildung sind die wesentlichen Fähigkeiten zur Beherrschung der Effizienz und der gleichzeitigen Steigerung von Effektivität und Qualität dargestellt. Ausgegangen wird vom „strategischen Weitblick“ (0), der die unabdingbare Grundlage dafür bildet, um sich mit den strategischen Implikationen der Kostenbeherrschung auseinanderzusetzen und um die notwendige strategische Initiative zu starten.



Eine aktive Unternehmensführung, die laufend an Strukturen (Hierarchien, Aufbauorganisation) arbeitet und die Incentivierung anpasst, wird vorausgesetzt. Für die Personalstruktur heisst das eine an den Interessen des Spitalunternehmens orientierte Gestaltung der Betriebszeiten und ein entsprechend angepasstes Verhältnis zwischen ärztlichem Dienst und Pflege (Stellen und Arbeitsteilung). Bez. Incentivierung bedeutet dies, dass bspw. der Klinik- bzw. Spitalerfolg einen wesentlichen Anteil der variablen Lohnbestandteile des Kadrs ausmacht. Ebenso wird davon ausgegangen, dass eine Kostenrechnung sowie ein medizinisches und finanzielles Controlling etabliert sind. Allenfalls ist an diesen *absoluten Voraussetzungen* noch zu arbeiten. Im Folgenden sind die wesentlichen Elemente der Abbildung und deren Zusammenhang kurz beschrieben.

Patientenzentrierte Abläufe (1): Jeder einzelne Fall einer Menge von ausgesuchten Diagnosen (selektiert bspw. aufgrund möglichst homogener Patientengruppen, hoher Fallzahlen, guter Erlössituation, wenig

Schnittstellen) wird durch einen Ablauf gesteuert (Erreichung des medizinischen Ziels, Einhaltung der Verweildauer). Es können dazu einfache, „papierbasierte“ Lösungen oder auch ausgefeilte Softwarelösungen zum Einsatz kommen. Sie müssen einfach bestmöglich in die gewohnte Hausdokumentation passen und dadurch den Zusatzaufwand in Grenzen halten. Abweichungen vom Soll-Ablauf werden systematisch erhoben (unterstützt durch eine einfache Klassifikation). Die Abweichungen werden regelmässig (bspw. zu Beginn halbjährlich, später jährlich) für die Überarbeitung der Abläufe bzw. für die Anpassung von vorgehaltenen Ressourcen oder für die Analyse der Organisationsstruktur verwendet. Der damit verbundene Aufwand für Aufbau, Einführung und Aufrechterhaltung einer geeigneten Systematik wird durch die erzielbaren Wirkungen (Friktionen systematisch erkennen und Fehlerursachen ausräumen) bei weitem übertroffen.

Ein oft gehörter Einwand lautet: „In diesen Gebäuden kann man gar nicht wirtschaftlich arbeiten!“. Es hat sich in ausländischen Projekten gezeigt, dass ein Neubau einerseits *die* grosse Chance für eine Neustrukturierung der Abläufe ist (die leider bei uns häufig nicht genutzt wird), der Effekt aber andererseits je grösser ist, desto intensiver schon vor dem Neubau mit patientenzentrierten Abläufen gearbeitet wurde.

Die patientenzentrierten Abläufe ermöglichen sofort eine massive Dokumentationsvereinfachung (2), weil im KIS und anderen klinischen Systemen nur noch die Abweichungen bzw. Ausnahmen dokumentiert werden – alles, was dem patientenindividuell angepassten Soll entspricht, ist schon als Standard vorhanden. Die patientenzentrierten Abläufe sind die Basis für weitere wesentliche Fähigkeiten im Bereich der Steuerung und des stetigen Besserwerdens:

Fallmanagement (3)

Klinisches Risikomanagement (4)

Klinisches Fehlermanagement (5)

Rückmeldungsmanagement (eigentlich ein „offensives“ Beschwerdemanagement) (6)

Häufig schallt dem Betriebswirtschaftler im Spital entgegen: „Das haben wir doch schon!“ (bspw. ein „Fallmanagement“ oder „Pfade“). Die Frage ist aber nicht, was man schon hat, sondern was man damit macht, welchen Reifegrad die Lösungen haben, welche Durchdringung des Tagesgeschäfts erreicht wird, wie die Lösungen laufend verbessert werden, wie alles zusammenspielt. In den Spitälern sollten wir, gerade im patientennahen Geschehen, wegkommen von der unausgesprochenen Grundhaltung „Wir sind die Besten“ und uns hinbewegen zu Feststellungen wie „Wir sind die Besten im besser werden“!

Alles zusammen schafft die Ausgangslage, um weitere wichtige organisatorische und infrastrukturelle Grössen in den KVP einzubinden, nämlich

OP-Organisation (7) inkl. Notfall

Pflegeorganisation (8) und paramedizinische Dienstleistungen

und um die Auslastung durch zusätzliche Dienstleistungen (9) zu optimieren.

Die Beschaffung (10) bietet ebenfalls Potenzial für Kosteneinsparungen (bspw. können beim Einkauf rasch erhebliche Einsparungen erzielt werden, wenn Produkte standardisiert und der Einkauf möglichst vieler Nachfrager gebündelt wird), wenngleich die Sparpotenziale absolut gesehen in wesentlich kleinerem Umfang vorhanden sind als in der eigentlichen Leistungserbringung. Trotzdem wird oft zuerst bei der Beschaffung nach Kostenreduktionen getrachtet – die Massnahmen sind in der Regel für die Spitalorganisation „minimalinvasiv“ und finden eher Akzeptanz als Veränderungen in klinischen

Bereichen. Ähnliches gilt für die Supportdienste (11) (bspw. Personaldienst, Finanzwesen, IT). Auch hier ist Effizienz zu fordern.

Bei Kosteneinsparungsinitiativen im Supportbereich ist stets ein kritisches Hinterfragen von Zielen und Mitteln angezeigt, bspw. ist zu fragen: „Was bringt eine Einsparung bei der IT von 10%, wenn der Anteil der IT am Gesamtaufwand ca. 2% ausmacht?“ Bei den Supportdiensten stehen somit weniger die absoluten Kosten als deren Wirksamkeit im Vordergrund. Wenn bspw. das Ziel für die IT u.a. die „Umfassende Unterstützung der Kernprozesse“ vorsieht, müssen auch die entsprechenden Mittel zur Verfügung gestellt werden. Oder allgemeiner formuliert: „Nur dort wo 10% Einsparung viel ist, lohnt es sich, etwas zu tun.“

Will man die Ansätze von den Besten übernehmen und selber immer besser werden, gibt es also noch viel zu tun. Es handelt sich in der Summe der anzustossenden Vorhaben um eine Initiative von strategischem Ausmass, die kontinuierlich intensive Führungsarbeit auf allen Stufen und die Aufmerksamkeit der Spitalleitung verlangt. Wie soll man beginnen? Als einfacher Start hat sich bewährt:

- A. Überblick verschaffen
- B. Ansatzpunkte erkunden (in interdisziplinären Teams)
- C. Vorgehen festlegen (sachlogische Planung der Implementierung der Vorhaben (1) bis (11))

Es geht nur gemeinsam: Die gesamte strategische Initiative muss interdisziplinär und interprofessionell angedacht, geplant, verabschiedet, getragen und durchgezogen werden. Nur wenn Ärzte, Pflegende, Management und Supportmitarbeitende den Konsens mittragen („Wir wollen die Zukunft unseres Spitals sichern.“), können die mit jeder Veränderung verbundenen Risiken minimiert werden. Wenn das Zusammenspannen gelingt, sind Dinge möglich, die vorher – aus den Einzelperspektiven – für unmöglich gehalten wurden. Wenn es nicht gelingt, bspw. weil die klinischen Tätigkeiten als „Black Box“ gehütet werden, kann durch die Einbettung in gute administrative Vor- und Nachprozesse (bspw. Eintritt, Austritt) zumindest ein Anfang gemacht werden.

- D. Die einzelnen Vorhaben (1) bis (11) klar und einfach formulieren und danach beauftragen (Ausgangslage, Absicht, zu beachtende Rahmenbedingungen, erwartete Ergebnisse, Aktivitäten, Zeitverhältnisse, Verantwortung, Mittel / Budget, Rollen, Steuerungsgremium)

Effizienzsteigerung ist kein Fall für den „Milizansatz“. Vorhaben dieser Tragweite benötigen eine professionelle Führung, die sich a priori nicht mit weiteren Tätigkeiten verträgt oder nebenbei erledigt werden kann.

- E. Die Steuerung und das Controlling der einzelnen Vorhaben und der gesamten strategischen Initiative festlegen

Richtig aufgesetzt und energisch geführt, können strategische Initiativen zur Kostenbeherrschung, wie sie hier skizziert sind, zu enormen Ergebnissen führen. Als Beispiel sei das Stiftungsklinikum Mittelrhein (SKM) kurz beleuchtet.

Im SKM arbeiten 160 Ärzte, 750 Pflegende, 350 weitere unmittelbar oder mittelbar Behandelnde und 500 Supportmitarbeitende. In 650 Betten werden jährlich rund 20,000 stationäre Patienten behandelt.

Allein in einem Jahr wurden im Rahmen des KVP die folgenden Soll/Ist-Abweichungen (gleich Verbesserungsmöglichkeiten) erhoben: 7'058 im Kontext der Patienten, 2'567 im Zusammenhang mit der Behandlungsplanung, 1'813 mit Bezug zu Schnittstellen zwischen bspw. Abteilungen und 136 im Bereich der Weiterversorgung. Die ständige Verbesserung der Arbeitsweisen hat mittlerweile zu einer

Kosteneinsparung von "mehreren Mio € p.a." geführt. Die Fallkosten des SKM liegen fünf Jahre nach der Etablierung des KVP weit unter dem Durchschnitt einer Benchmarkgruppe. Die Investition in die Etablierung des KVP betragen ca. € 0,8 Mio. einmalig. Der KVP verursacht selbst Kosten im Umfang von rund € 0,3 Mio p.a. (bspw. für das Prozessmanagement).

Der Dank des Autors für wesentliche Beiträge, die zu diesem Aufsatz geführt haben, geht an die folgenden Kollegen von BEG: Dr. Lars Baacke, Christian Baer, Dr. André Dubied, Prof. Dr. Tom Guthknecht, Johannes Palm, Dr. Tobias Mettler, Mark Schmid, Daniel Soltermann und Andy Sütsch.

Der Autor hat diverse wissenschaftliche Abhandlungen zum Thema verfasst. Es ist nicht die Idee, hier eine weitere hinzuzufügen. Vielmehr geht es darum, eine kompakte Anleitung für die Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen aus der Praxis für die Praxis anzubieten (im Bewusstsein, dass es kein Universalvorgehen gibt, weil die Ausgangslagen und Reife sehr unterschiedlich sind, es aber gelingen kann, den Referenzansatz jeweils individuell anzupassen und dadurch für ein Spital optimal zu gestalten). Aus diesem Grund wird auf Zitate und Quellen sowie auf umfassende Herleitungen und Begründungen verzichtet.