

SwissDRG – Chancen und Risiken für Schweizer Spitäler

Im Jahr 2012 wird die Abrechnungspauschale SwissDRG in der Schweiz definitiv eingeführt, womit wie bereits in anderen Ländern auch in der Schweiz die stationäre Spitalleistung basierend auf spezifischen Diagnosen abgerechnet werden wird. Von diesem Vergütungssystem versprechen sich die Verantwortlichen einen Effizienzgewinn in den Spitälern und dadurch eine Kostenreduktion im Gesundheitswesen. Das System ist so ausgestaltet, dass flankierend auch die Qualität ein wesentliches Kriterium sein wird.

Damit sich durch SwissDRG 2012 in den Spitälern keine Finanzierungslücken öffnen, müssen die Schweizer Spitäler sich, wo noch nicht geschehen, auf das neue Vergütungssystem vorbereiten. Die Evaluation der Kosten und eine allfällige Kosten- und Prozessoptimierung sollten baldmöglichst erfolgen. Der Einkauf eignet sich besonders gut zur Kostenoptimierung. Er bietet häufig ein grosses Einsparpotenzial und lässt sich meist relativ rasch und ohne störende Einschnitte in den klinischen Betrieb eines Spitals verbessern. Es darf dabei allerdings nicht vergessen gehen, dass die Qualität der Leistungserbringung für die zukünftige Positionierung der Spitäler zentral ist.

Hintergrund und Ziele der Fallkostenspau-schalen

Wie in den meisten industrialisierten Nationen steigen auch in der Schweiz die Ausgaben für das Gesundheitswesen Jahr für Jahr an. Gerade im Herbst geniesst das Thema mit grosser Regelmässigkeit auch in der breiten Öffentlichkeit eine hohe Aufmerksamkeit, wenn die Krankenkassenprämien für das Folgejahr publiziert werden. Diese sind mittlerweile so hoch, dass bereits heute schweizweit gegen 30% der Versicherten eine Prämienreduktion erhalten; in einzelnen Kantonen ist es beinahe jeder zweite Versicherte (z.B. 45,5% im Kanton Nidwalden). Mit grosser Regelmässigkeit werden neue Massnahmen von der Politik erwogen oder verabschiedet, um den Anstieg der Gesundheitskosten zu verlangsamen. Beispielhaft aufgeführt seien der Zulassungsstopp für Ärzte, die Förderung des Einsatzes von Generika und vor kurzem der Vorschlag einer Praxispauschale.

Die Schweizer Spitäler sind für rund 35 Prozent der Kosten des Schweizer Gesundheitssystems verantwortlich, der Betriebsaufwand betrug im Jahre 2007 19,4 Mrd. CHF, wobei rund 2/3 der Kosten im Spital als Personalkosten anfallen, das dritte Drittel besteht im wesentlichen aus Sachkosten. Um den Anstieg der Spitalkosten zu dämpfen, wird die Einführung einer Fallkostenspau-schale (sog. DRG; Vergütung nach Diagnosis Related Groups) in der



Aleksandar Ruzic verantwortet als Principal im Zürcher Büro von Roland Berger Strategy Consultants Projekte sowohl im Bereich Gesundheitswesen (Krankenhäuser und Krankenkassen) als auch Pharma- bzw. Medizintechnikindustrie. Er verfügt über langjährige Erfahrungen im Schweizer Gesundheitswesen. Er leitet als Co-Präsident den INSEAD Healthcare Industry Club der Schweiz.



Dr. Andreas Brauchlin arbeitet als Consultant im Zürcher Büro von Roland Berger Strategy Consultants. Seine bisherige Erfahrung liegt vornehmlich im Bereich der Pharmaindustrie. Vor seiner Tätigkeit als Berater war Andreas Brauchlin während knapp sechs Jahren als Assistenzarzt mit Schwerpunkt Innere Medizin/ Kardiologie tätig, zuletzt am Universitätsspital Zürich.

Abbildung 1: Schwerpunkte der gesetzlichen Veränderungen und Implementierungs-Zeitplan

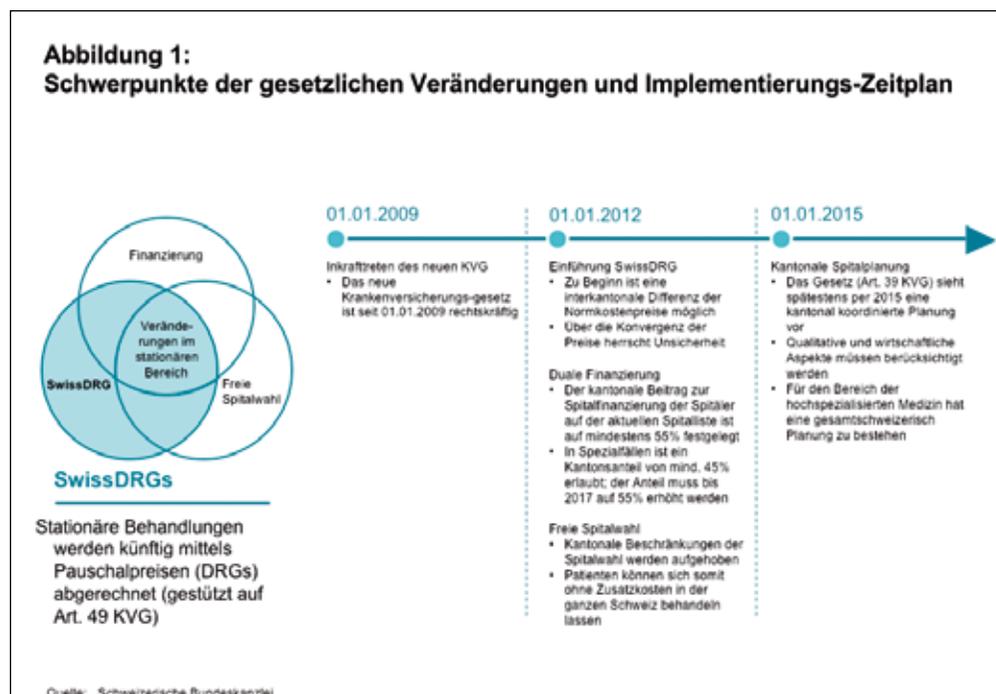
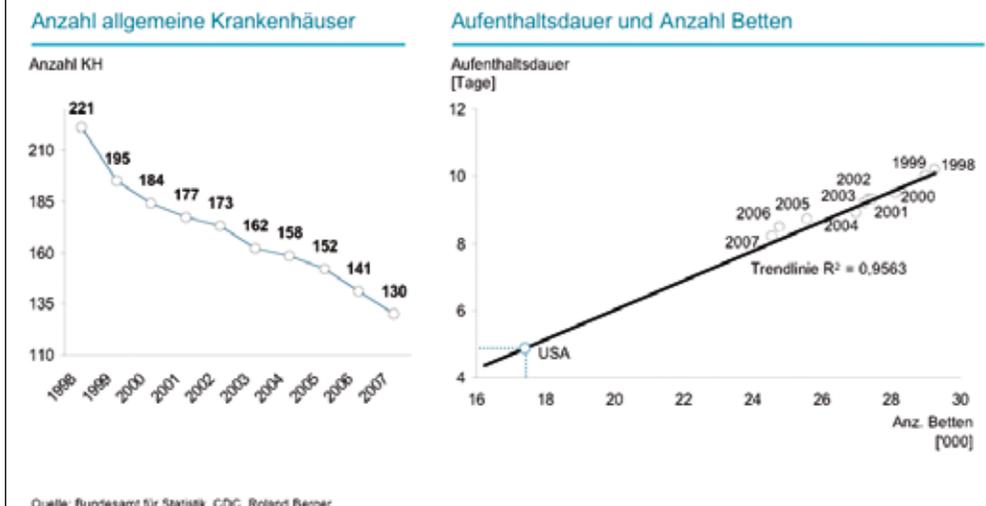


Abbildung 2:
Entwicklung allgemeine Krankenhäuser in der Schweiz



Schweiz bereits seit Jahren diskutiert. Das im Januar 2009 in Kraft getretene revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht in den Änderungen zur Spitalfinanzierung die definitive Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen per 2012 vor. Die Höhe der Pauschalen orientiert sich gemäss Gesetzgeber an der Entschädigung jener Spitäler, welche die obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und kostengünstig erbringen. Die Änderung der Abgeltungsmodalität hat demnach eine kostendämpfende Absicht, verlangt aber auch nach flankierenden qualitätssichernden Massnahmen. Es ist allerdings hervorzuheben, dass alleine der Systemwechsel auf die Fallkostenpauschale noch keine Kostendämpfung mit sich bringen wird. Erst die Höhe der Abgeltung der Fallpauschalen entscheidet über deren Effekte. Weiterhin werden zumindest in einer ersten Phase der Systemumstellung Zuschüsse und Defizitgarantien durch den Kanton unumgänglich sein. Die Finanzierung der Leistungen wird weiterhin nach dem dualen Prinzip durch die Krankenversicherungen und durch die Kantone geleistet werden.

In Abbildung 1 sind die wesentlichen Änderungen in der Gesetzgebung sowie die zeitliche Abfolge des Inkrafttretens wiedergegeben.

Spitallandschaft im Umbruch

Der hohe Anteil der Spitäler an den Gesamtkosten des Schweizer Gesundheitssystems ist zu einem grossen Teil auf deren stationäre Leistungserbringung zurück zu führen. Diese Tatsache legt die Notwendigkeit einer Kosteneinsparung in den Spitälern nahe, wobei eine Effizienzsteigerung gesellschaftlich und politisch einfacher realisierbar und wohl auch wünschenswerter ist als eine Leistungsrationierung. Eine Konsolidierung in der Spitallandschaft im Ge-

folge der Sparbemühungen im Gesundheitswesen wird höchstwahrscheinlich unausweichlich sein. So ist Manfred Manser, CEO der Krankenkasse Helsana, der Meinung, 50 Spitäler in der Schweiz seien genug. Dies käme einem deutlichen Abbau der Anzahl Krankenhäuser gleich, ein Trend, der sich seit einiger Zeit beobachten lässt (vgl. Abbildung 2). Der steigende Kostendruck zwingt die Schweiz, Effizienzgewinne durch neue medizinische Techniken, die zur Reduktion der Hospitalisationsdauer führen, zu realisieren und dementsprechend den Überhang an Spitalbetten abzubauen.

Durch die Einführung der Fallkostenpauschale wird eine Kostenreduktion vor allem durch Effizienz-

gewinn angestrebt, die zu einer Strukturbereinigung führen sollte. Ermutigt wird die Politik durch gewisse Erfahrungen in Deutschland. Hier hat die Einführung der DRGs verschiedene Veränderungen ausgelöst. Dazu gehören:

- Verbesserung des Managements sowie der Controlling-Strukturen als Antwort auf den steigenden ökonomischen Druck
- Förderung der Konsolidierung
- Spezialisierung der Krankenhäuser
- Vermehrtes Kostenbewusstsein und damit einhergehend Prozessoptimierung
- Verkürzte Aufenthaltsdauer der Patienten und teilweise Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich
- Verbesserte Transparenz und Vergleichbarkeit der verschiedenen Leistungserbringer

Es ist zu erwarten, dass auch in der Schweiz der Wettbewerb intensiver wird. Viele Spitäler werden nicht umhin kommen, im Hinblick auf die Einführung der Fallkostenpauschale ihre Prozesse zu optimieren und ggf. neu zu strukturieren, um Kosteneinsparungen zu realisieren. Weiterhin wird der Wettbewerb auch durch private Anbieter, welche häufig nach streng wirtschaftlichen Kriterien geführt sind, intensiv bleiben.

Es gilt allerdings auch zu bemerken, dass die DRGs alleine noch keinen Kostenrückgang garantieren, sondern primär die Transparenz erhöhen werden. Die Festlegung der Preise für einzelne DRGs wird genauso einen Einfluss haben auf die Gesamtkosten bzw. die Einsparmöglichkeiten wie weitere Faktoren, z.B. die Qualität und Menge der angebotenen Leistungserbringung, die technologische Entwicklung, kantonale-politische Entscheidungen zur Finanzierung öffentlicher Spitäler und weitere.

Abbildung 3:
SwissDRGs – Eine Weiterentwicklung und Anpassung der G-DRGs

SwissDRG

- Ersatz G-DRG Falldaten wo möglich durch CH Daten
- Anpassung von Deutschen Daten falls ungenügende Schweizer Werte vorhanden
- Adaptierte länderspezifische Bestimmungen, z.B.
 - DRG-Vergütungspauschalen
 - Zusatzvergütungen
 - Verlegungen/Fallzusammenlegungen/Liegedauer
 - Abgeltung für Forschung/universitäre Lehre

G-DRG

- Konzeptuelle Basis der SwissDRGs sind die G-DRG 2006
- Systemarchitekt ist das InEK¹⁾
- Änderungen in den G-DRG 2008 wurden grösstenteils in die SwissDRGs integriert
- Eine kontinuierliche Anpassung des Systems an die Bedürfnisse erfolgt

Aktuell sind ca. 900 von 1'100 DRGs mit CH-Daten hinterlegt
Ziel sind 1'500 DRGs

In den G-DRG 2008 sind aktuell rund 1'100 DRGs definiert

1) InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Quelle: SwissDRG AG, I+ Die Spitäler der Schweiz, Roland Berger

Fallpauschalen in der Schweiz – SwissDRG

Weltweit gibt es verschiedene Varianten von DRG-Systemen. Sie alle basieren auf einem an der Yale-University ab 1967 entwickelten Patientenklassifikationssystem, welches ursprünglich durch die Gruppierung von einheitlichen Krankheitsfällen ein besseres Controlling ermöglichen sollte. Aufbauend auf dieser Klassifikation wurden verschiedene Abgeltungssysteme entwickelt, welche auf länderspezifische Unterschiede Rücksicht nehmen. Ihnen gemeinsam ist die Leistungsabrechnung basierend auf der Hauptdiagnose, welche je nach Ausgestaltung des Systems durch Nebendiagnosen und komplizierende Faktoren verfeinert werden kann. Ein höherer Detaillierungsgrad erlaubt eine genauere

Kategorisierung und dementsprechend eine feinere Abstufung der Pauschalpreise.

Die SwissDRG AG (die AG wurde 2004 als Verein gegründet) wurde mit dem Ziel gegründet, landesweit ein einheitliches DRG-System einzuführen. Bereits 2005 wurde beschlossen, die Schweizer DRGs – SwissDRGs – auf dem Deutschen System (G-DRGs) aufzubauen und weiter zu entwickeln (vgl. Abbildung 3).

In der Schweiz werden die Arbeiten zur Einführung von DRGs von der SwissDRG AG unter Einbezug der relevanten Stakeholder durchgeführt. Im Aktionariat der SwissDRG AG finden folgende Interessensvertreter Einsitz:

- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- santésuisse Die Schweizerischen Krankenversicherer
- Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK)
- Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Zum Zeitpunkt der Einführung der G-DRGs in Deutschland war das System noch unausgereift, insbesondere waren die Fallvergütungen schlecht geregelt und der Detaillierungsgrad der DRGs war ungenügend. So waren hauptsächlich Zentrumsspitäler durch eine zu geringe Abgeltung der schweren Fälle deutlich benachteiligt. In der Schweiz kann davon ausgegangen werden, dass das System zum Zeitpunkt der Einführung relativ gut ausgereift sein wird. Als Grundlage wurde in der Schweiz die Fallspezifikation der G-DRGs gewählt.

Die jeweiligen Fälle werden, wo vorhanden, mit Schweizer Daten (z.B. Liegedauer) hinterlegt. Beim Fehlen dieser länderspezifischen Daten werden deutsche Datensätze auf Schweizer Verhältnisse umgerechnet. Für die Schweiz sollen bis zur Implementierung des Systems rund 1'500 einzelne DRGs bereit stehen (aktuell sind in Deutschland rund 1'100 DRGs mit Daten hinterlegt; zum Zeitpunkt der Einführung in Deutschland waren hingegen nur rund 700 G-DRGs spezifiziert). Der in der Schweiz angestrebte hohe Detaillierungsgrad hat zum Ziel, eine möglichst realitätsgenaue Kostenvergütung zu gewährleisten. Die technischen Arbeiten am System und an der Hinterlegung der Daten sind «on track». Der politische Entscheidungsprozess allerdings ist in mancher Hinsicht noch nicht zu Ende: Es verbleiben verschiedene offene Fragen – manche von einer gewissen politischen Brisanz. Eine Übersicht über die wesentlichsten noch nicht geklärten Fragen ist in untenstehender Abbildung 4 wiedergegeben.

Erfahrungen mit DRGs in der Schweiz – Beispiel Kanton Zürich

Die Einführung von DRGs wurde in der Schweiz erstmals 1987 empfohlen. Rund 10 Jahre später, 1998, wurde vom Bundesrat entschieden, Patienten nach den sog. «All Patient Diagnosis Related Groups (APDRG)» zu klassifizieren, was im Kanton Zürich in öffentlich subventionierten Akutspitälern seit 1998 geschieht. Ein Pilotversuch zur Abrechnung mit DRGs wurde in der Schweiz im Kreisspital Männedorf bereits 2001/2002 durchgeführt. Ebenfalls seit 2001 werden in Zürcher Spitälern in zunehmendem Ausmass schwerebereinigte Fallkosten für die Beiträge an die öffentlichen Spitäler berücksichtigt. Es erfolgt eine jährliche Erhebung der Fallkosten mit Einfluss auf die Staatsbeiträge, wobei die 40. Perzentile als Basis für die Fallpauschale dient (getrennt nach Grundversorgern und spezialisierter Versorgung). Das UniversitätsSpital Zürich wird pauschal mit einer 20% höheren Fallkostenpauschale abge-

Abbildung 4: Offene Fragen betreffend SwissDRG

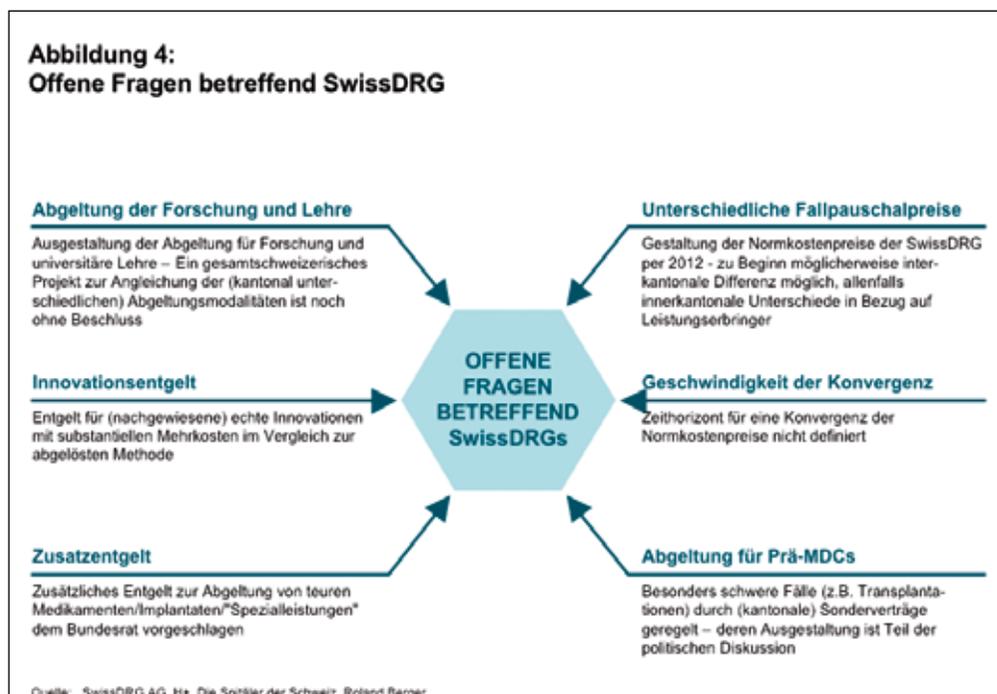


Abbildung 5: Schwerebereinigte Fallkosten im Kanton Zürich – Rangliste und Entwicklung 2006-2008

2006 (AP. DRG 5.1)		2007 (AP. DRG 6.0)		2008 (AP. DRG 6.0)	
Spital	Kosten	Spital	Kosten	Spital	Kosten
Kantonsspital Winterthur	6'627	Spital Zollikerberg	6'863	GZO (Wetzikon)	7'064
Bezirksspital Affoltern	6'979	Kantonsspital Winterthur	6'961	Spital Zollikerberg	7'415
Spital Limmattal	7'049	GZO (Wetzikon)	7'142	Kantonsspital Winterthur	7'622
Spital Zollikerberg	7'108	Bezirksspital Affoltern	7'404	Spital Limmattal	7'657
Spital Männedorf	7'128	Spital Limmattal	7'411	Spital Bülach	7'839
GZO (Wetzikon)	7'198	Spital Uster	7'476	Spital Uster	7'910
Spital Bülach	7'220	Spital Bülach	7'707	Spital Männedorf	8'044
Stadtspital Waid	7'254	Spital Männedorf	7'865	Krankenhaus Sanitas ²⁾	8'420
Spital Uster	7'265	Stadtspital Waid	7'956	Spital Zimmerberg	8'438
Spital Zimmerberg	7'768	Spital Zimmerberg	8'174	Stadtspital Waid	8'453
Stadtspital Triemli ¹⁾	7'793	Stadtspital Triemli ¹⁾	8'383	Bezirksspital Affoltern	8'633
Stiftung Krankenhaus Sanitas ²⁾	8'089	Stiftung Krankenhaus Sanitas ²⁾	8'458	Stadtspital Triemli ¹⁾	9'175
Universitätsklinik Balgrist ²⁾	8'554	Universitätsklinik Balgrist ²⁾	8'229	Schulthess-Klinik ³⁾	9'204
Kinderspital Zürich	9'215	Schulthess-Klinik ³⁾	8'967	Universitätsklinik Balgrist ²⁾	9'279
UniversitätsSpital Zürich	9'351	Kinderspital Zürich	9'401	UniversitätsSpital Zürich	10'257
Schulthess-Klinik ³⁾	9'413	UniversitätsSpital Zürich	9'905	Kinderspital Zürich	10'465

1) Erbringt teilweise hochspezialisierte Leistungen
2) Reines Belegarzspital
3) Wesentlich beeinflusst von den Mehrkosten infolge des höchsten Zusatzversicherer-Anteils

Benchmark für Budget 2010 der Grundversorger im Kanton Zürich

Quelle: Gesundheitsdirektion Zürich

golten – was unter den SwissDRGs nicht mehr vorgesehen ist. Ein Fall sollte nach der Konvergenz der Normkostenpreise für alle Spitäler gleich abgegolten werden.

Die Fallkosten der jeweiligen Spitäler sind mindestens teilweise öffentlich verfügbar. So publiziert die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich seit einigen Jahren regelmässig eine «Rangliste» mit den jeweiligen schwerebereinigten Kosten der verschiedenen öffentlich subventionierten Spitälern. Die Schwerebereinigung der Fälle in der Fallkostenspau-schale erlaubt einen relativ einfachen Vergleich der Kosteneffizienz der jeweiligen Leistungserbringer. Zwischen den verschiedenen Spitälern bestehen erhebliche Unterschiede. So liegen im Jahr 2008 die schwerebereinigten Kosten (unter Ausklammerung der Spitäler mit Zentrumsfunktion) für das Bezirksspital Affoltern mit 8'633 CHF mehr als 20% über dem «günstigsten» Spital Wetzikon mit Fallkosten von 7'064 CHF. Die Zentrumsspitäler im Kanton Zürich liegen in den (schweregradbereinigten) Kosten bis knapp 50% über den Kosten des Bezirksspital Affoltern (UniversitätsSpital Zürich: 10'465 CHF). Die Spitäler Zollikerberg, Winterthur und Limmattal sind in den letzten drei Jahren stets in den «Top 5» vertreten, während andere Spitäler sich in den letzten Jahren immer in den hinteren Rängen befunden haben, was in den betreffenden Spitälern zumindest gewisse strukturelle und/oder prozessuale Ineffizienzen erahnen lässt. Ein Überblick über die Kosten

Abbildung 6:
Qualitative Parameter als Steuerungselement im Rahmen der DRG-Einführung

Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2006, BAG

Krankheitsgruppen	Raten			2006	Benchmark	Fallzahlen
	2004	2005	2006			
Erkrankung des Herzens						
Herzinfarkt						
- Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Todesfälle	7,5%	9,2%	7,0%	5,3%		369
- Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	3,6%	3,8%	3,3%	1,8%		30
- Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	3,9%	6,6%	3,7%	2,1%		161
- Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	14,2%	9,2%	8,6%	7,5%		162
- Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe >=85, Anteil Todesfälle	10,0%	40,0%	31,2%	22,7%		16
- Hauptdiagnose Herzinfarkt, Direktaufnahme, Anteil Todesfälle	10,3%	12,4%	9,7%	6,1%		165
- Hauptdiagnose Herzinfarkt, zurechnet, Anteil Todesfälle	2,5%	4,2%	4,9%	2,8%		204
Herzinsuffizienz						
- Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter >=75, Anteil Todesfälle	7,8%	7,4%	8,3%	6,9%		206
- Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter < 75, Anteil Todesfälle	0,9%	14,3%	0,9%	7,1%		16

- Im April 2009 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstmals veröffentlichte Vergleichsstudie bezüglich Qualitätsmerkmale
- 180 untersuchte Spitäler, darunter alle 5 Universitäts-spitäler – Publiziert wurden die Resultate von 28 Spitälern (freiwillige Publikation)
- Daten von 2004 – 2006, gegen 4 Mio. Fälle analysiert
- Geplant ist eine jährliche Bekanntgabe der Qualitätsmerkmale durch das BAG

Mögliche Hebel zur Verbesserung

- Systematisches **Benchmarking** (intern/national/international)
- **Interne Kommunikation**
- **Prozess- und Fehleranalyse** über alle Bereiche hinweg – Definition eines Qualitätsverantwortlichen für jede Klinik/jeden Medizinbereich/Servicebereich
- **Prozessverbesserungen** zusammen mit (externen) Qualitätsmanagern
- **ISO-Zertifizierung** der Prozesse
- Systematische **Mitarbeiterschulung/Implementieren** der neuen Prozesse
- **(Neue) interne Benchmarks** setzen
- Systematisches **Prozess- und Ergebniscontrolling**

der verschiedenen öffentlichen Spitäler im Kanton Zürich findet sich in untenstehender Abbildung 5.

Es muss davon ausgegangen werden, dass auch interkantonal grosse Unterschiede in den Kostenstrukturen bestehen. Seitens der SwissDRG wird

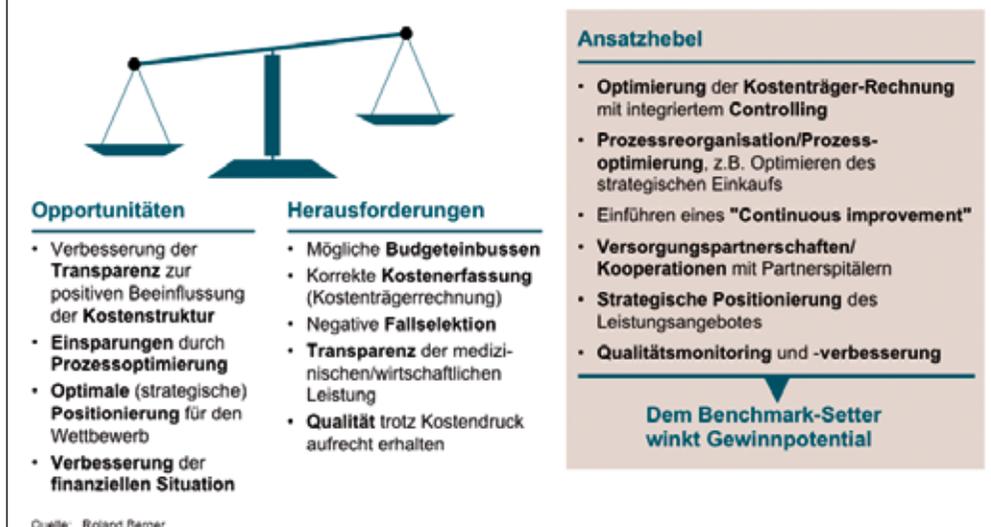
diesem Umstand dadurch Rechnung getragen, dass das System zu Beginn der neuen Vergütungsmodalitäten eine Differenz der Normkostenpreise zulässt. Über das Tempo der Konvergenz der Preise herrscht noch Unklarheit, in Deutschland waren dafür sieben Jahre notwendig. Da das Schweizer System zum Zeitpunkt der Einführung deutlich ausgereifter sein wird, kann angenommen werden dass die Konvergenz in der Schweiz schneller vonstatten gehen sollte, vor allem mit entsprechendem politischem Rückenwind. Nachbesserungen und kontinuierliche Verfeinerungen des Systems (insbesondere auch die weitere Hinterlegung mit neuen Fällen) sind vorgesehen, wie dies auch in Deutschland geschieht.

Konsequenzen der DRG-Einführung für die Spitäler

Das System der Vergütung nach SwissDRG soll dem unterschiedlichen Schweregrad der einzelnen Diagnosen bzw. Prozeduren Rechnung tragen. Das Entgeltsystem nimmt hingegen wie geschildert keine Rücksicht auf die jeweiligen Kostenstrukturen und Aufwendungen des Spitals für einen spezifischen Fall. Ziel der Spitäler muss es deswegen sein, die Kosten für einen krankheitsspezifischen Behandlungsprozess möglichst tief zu halten, wobei das Entgeltungssystem verschiedene Mechanismen beinhaltet, um einem Missbrauch entgegen zu wirken. Der Gefahr z.B. einer frühzeitigen «blutigen» Entlassung eines Patienten wird dadurch Rechnung getragen, dass Wiedereintritte mit derselben Hauptdiagnose innerhalb von 18 Tagen nach Austritt nicht erneut abgegolten werden. Es gilt dabei aber zu verhindern, dass die Kosten nicht zu Lasten der Qualität gesenkt werden. Da qualitativ schlechte Leistungserbringung zu einer erhöhten Wiedereintrittsrate mit entsprechenden Kosten führt, sind Kostensenkungsmassnahmen flankierend mit Qualitätssi-



Abbildung 7: Opportunitäten und Herausforderungen für Schweizer Spitäler durch die Einführung der SwissDRG



cherungsmassnahmen einzuführen. Aus gesundheitspolitischer Sicht wird die freie Spitalwahl sowie eine parallel zunehmende Transparenz der Qualität dazu beitragen.

Die Einführung der SwissDRGs verursacht den Spitalern einige Herausforderungen, sie bietet gleichzeitig aber auch Opportunitäten all denjenigen, welche es verstehen, den vermehrten Wettbewerb zu ihren Gunsten zu nutzen. Im Zentrum der Bemühungen für die Spitäler stehen kostenseitige und prozessuale Verbesserungen mit Effizienzsteigerungen einerseits, eine strategische Ausrichtung des Leistungsangebotes andererseits. Dadurch kann mittel- bis langfristig das Angebot so umgestaltet

werden, dass ein Schwerpunkt auf denjenigen Leistungen gesetzt wird, welche effizient und in guter Qualität erbracht werden können. Eine solche strategische (Neu)Orientierung kann nicht kurzfristig erfolgen, sondern sie muss unter Berücksichtigung des Marktumfeldes, der politischen Leitlinien und weiterer Faktoren erfolgen. Abbildung 7 auf der Folgeseite fasst einige relevante Treiber zusammen.

Unabhängbare Voraussetzung für die Spitäler ist die genaue Kenntnis der Kosten, um eine Verbesserung in Angriff nehmen zu können. Erst diese Kostenkenntnis erlaubt anhand von (internen und externen) Benchmarks, die Hebel mit dem grössten

Kostensenkungspotential zu identifizieren und das Einsparpotential abzuschätzen. Eine Kostenträgerrechnung ist hierfür Voraussetzung, um die Kosten einem spezifischen Fall zuordnen zu können und nicht nur die Kostenstellen zu kennen. Positive Margen (bzw. ein Verlust) für eine spezifische Fallgruppe können so bestimmt und die Effizienz des Spitals im Vergleich zum Best practice-Beispiel gemessen werden.

Sachkostenreduktion in Spitalern durch Einsparungen im Einkauf

Typischerweise fallen in Spitalern hohe Personalkosten mit rund zwei Dritteln der Gesamtkosten an, während das letzte Drittel der Kosten im Wesentlichen aus Sachkosten besteht. Bis anhin waren Spitäler kaum angehalten, die Beschaffung zu optimieren, wurden die Kosten doch über die Anzahl Pflegegezeuge vergütet und der unmittelbare Einfluss auf einen partikulären Fall war wenig transparent. Im Rahmen der Einführung der fallspezifischen DRGs allerdings wird der Einkauf eine grössere Bedeutung erlangen, da durch die Fallkostenrechnung eine sehr genaue Festlegung der Kosten pro Fall stattfinden wird und dadurch die Auswirkungen der Sachkosten unmittelbar ersichtlich werden.

Sachkosten können im Allgemeinen relativ einfach und schneller optimiert werden; Personalkosten sind einer Reduktion aus verschiedenen Gründen häufig nur schwierig zugänglich, da der Abbau von Personal nicht nur grosse interne Widerstände hervorruft, sondern je nach Stelle auch Auswirkungen für den klinischen Alltag mit sich bringt. Leider ist nur ein Teil der Sachkosten einfach zu beeinflussen. Auf Grund vertraglicher Verpflichtungen, laufender Verfahren und aus anderen Gründen ist ein Teil der Kosten (kurz- und mittelfristig) nicht beeinflussbar (vgl. Abbildung 8).

Wege zur Optimierung

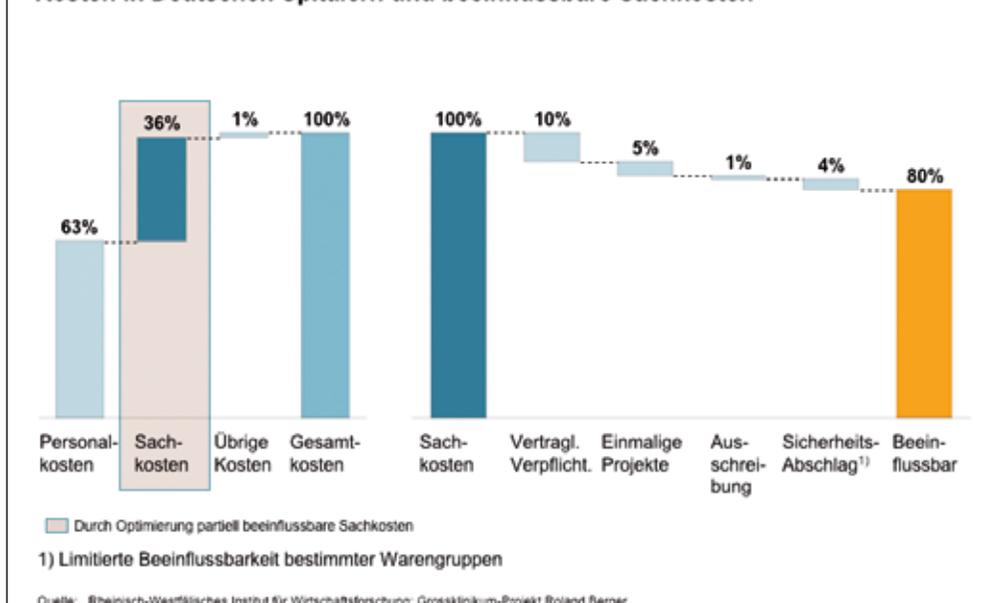
Die Optimierung der Sachkosten kann über verschiedene Wege erfolgen, wobei sich drei Alternativen besonders bewährt haben:

- Teilnahme an einer Einkaufsgesellschaft
- Kooperation mit anderen Kliniken
- Aufbau einer organisatorischen Einheit «strategischer Einkauf»

Es ist offensichtlich, dass auch Mischformen dieser drei Möglichkeiten angewandt werden können, je nach individueller Ausgangssituation und strategischer Ausrichtung des Spitals. Abbildung 9 gibt einen Überblick über die jeweiligen Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten:

Die Differenzierung der Einkaufsgesellschaften erfolgt typischerweise anhand ihrer Grösse (Einkaufsvolumen und Anzahl verschiedener Vertragspartner) und des maximal möglichen Einsparpotenziales. Weiterhin unterscheiden sich die Einkaufsgesellschaften teilweise durch ihren Fokus der Leistungserbringung. Gesellschaften für den gesamten

Abbildung 8: Kosten in Deutschen Spitalern und beeinflussbare Sachkosten



Spitalbedarf stehen spezialisierte Gesellschaften gegenüber, welche beispielsweise schwerpunktmässig nicht-medizinischen Bedarf abdecken. Das durchschnittliche Einsparpotential von Einkaufsgesellschaften liegt bei ungefähr 7% des Einkaufsvolumens der beteiligten Organisationen. Der Einspar-effekt wird vornehmlich durch Bündelung und Skaleneffekte erzielt.

Einkaufskooperationen von verschiedenen Kliniken innerhalb eines Spitals erzielen die Einspar-effekte ebenfalls vor allem durch Bündelung/Skalen-effekte, aber auch durch Produktstandardisierung, welche Skaleneffekte teilweise erst ermöglichen. Die Skaleneffekte sind häufig sprungfixer Natur mit einer oberen Limite der maximalen Rabattmöglichkeiten. Standardisierungs- und Produktoptimierungseffekte zeigen bei einer geringen Teilnehmerzahl der Einkaufskooperation einen relativ grossen positiven initialen Effekt auf die Ersparnisse durch die Kompetenz eines professionellen Einkäufers sowie durch Benchmarking. Durch die wachsende Teilnehmerzahl allerdings steigt die notwendige Vielzahl von Produkten, die Konsensfähigkeit hingegen sinkt, so dass sich die Einsparmöglichkeiten nicht beliebig skalieren lassen. Durch diese gegenläufigen Entwicklungen der Ersparniseffekte ergibt sich eine optimale Anzahl von nur drei bis fünf verschiedenen Teilnehmern in einer Einkaufsgesellschaft.

Der Aufbau einer organisatorischen Einheit «strategischer Einkauf» lässt sich innerhalb eines grösseren Spitals realisieren. Generell geht es darum, die Position des Einkaufs insgesamt zu stärken und dessen Relevanz für die Klinik anzuerkennen. Die rein operative Tätigkeit des Einkaufs ist um die strategische Komponente aufzuwerten und die Einheit durch erfahrene Einkäufer zu stärken. Dabei sind die Beschaffungsfunktionen organisatorisch neu auszurichten und die Ablaufprozesse neu zu definieren, um die optimale Sortimentsstruktur festzulegen und die Einkaufsmengen zu optimieren, wobei trotz Einsparungen eine hohe Qualität sichergestellt sein muss. Schliesslich muss das Know-how zur Artikel- und Sortiments-Straffung und -Standardisierung in die einzelnen Kliniken transferiert werden, um eine nachhaltige Verbesserung zu erreichen.

Drei Potenzialstufen

Drei verschiedene Potenzialstufen lassen sich im strategischen Einkauf beobachten.

- «Pflicht»: Die Basis besteht darin, maximale Einsparungen zu realisieren, die Ärzteschaft in den Einkaufsprozess zu involvieren und Risiken adäquat zu bewerten
- «Kür»: Durchführung von Schulungen des Personals, Verankerung der neuen Strukturen und Prozesse sowie nachhaltige Implementierung des Change-Managements
- «Best practice»: Aufbau strategischer Versorgungsketten, Bildung strategischer Partnerschaften sowie Ausbau und Integration strategischer Lieferanten

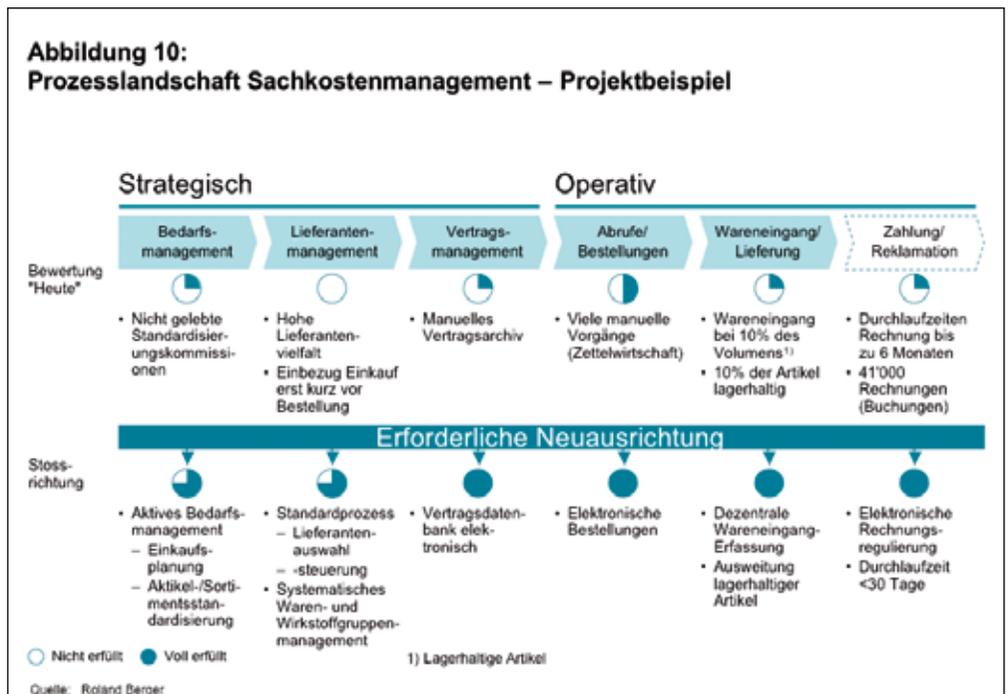
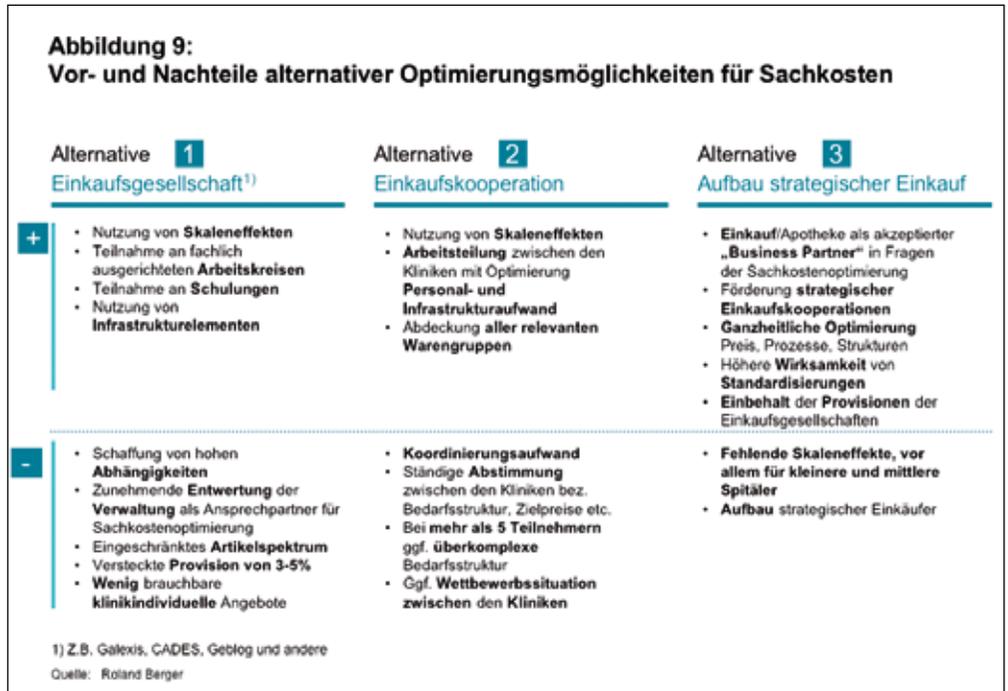
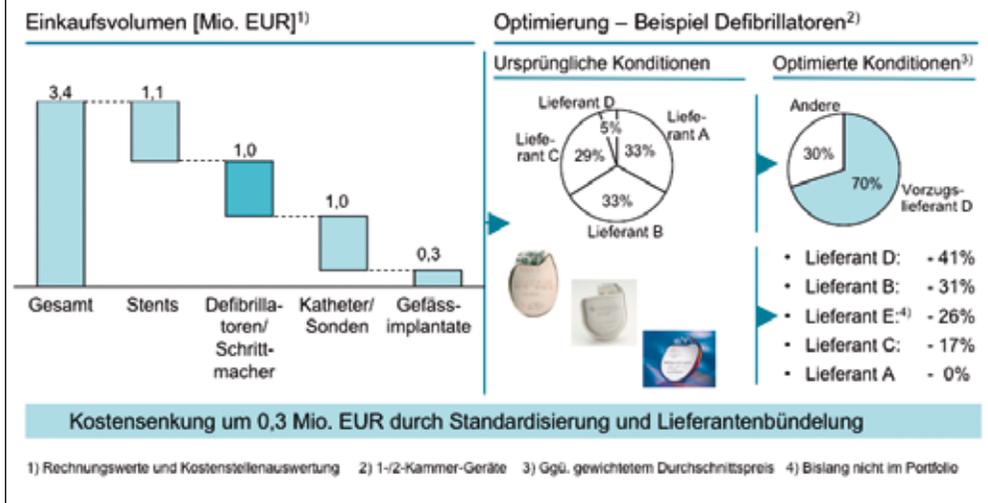


Abbildung 10 zeigt beispielhaft die mögliche Entwicklung hin zu einem effektiven strategischen Einkauf. Nebst den prozessualen Veränderungen sind insbesondere auch die verschiedenen Key Performance Indicators (KPIs) aufgeführt, welche im strategischen Einkauf ein effektives Controlling und eine kontinuierliche Prozessverbesserung erlauben.

In Ergänzung zum Aufbau eines strategischen Einkaufs muss eine detaillierte Warengruppenanalyse erfolgen. Denn nur auf diese Weise kann ein systematisches Warengruppenmanagement implementiert werden. Der entsprechende Prozess gliedert sich in drei Phasen. Ziel der ersten Phase ist die Schaffung von Datentransparenz im Einkauf. Erfolgs-

faktoren werden identifiziert und das Einsparpotential wird grob abgeschätzt. Hierzu werden relevante Warengruppen bestimmt und Einkaufshebel (kaufmännische, technische, prozessuale und e(lektronische)Hebel) definiert. In einer zweiten Phase werden Warengruppen und Prozesse detailliert analysiert, und eine Bottom-up Validierung der Potentiale wird vorgenommen. In einer dritten Phase wird ein detaillierter Massnahmenplan erarbeitet, und Konzepte zur Verbesserung entwickelt. Gestützt auf diese Vorarbeiten erfolgt die Umsetzung der verschiedenen Massnahmen. Zu deren Überwachung und laufenden Verbesserung müssen schliesslich noch ein Controlling und Monitoring des Einkaufs aufgebaut werden.

Abbildung 11: Standardisierung und Bündelung Einkaufsvolumen – Beispiel Defibrillatoren/Schrittmacher



Gerät beim Anbieter angemietet und die Lasersonden als Verbrauchsmaterial bezogen. Der ursprüngliche Angebotspreis lag bei 850 EUR/Sonde. Abbildung 11 zeigt auf der linken Seite die Kostenrechnung für das herkömmliche elektromechanische Verfahren mit der DRG-spezifischen Fallpauschale. Bei der aktuellen Fallpauschale lässt sich mit dem alten elektromechanischen System eine Marge von 322 EUR zugunsten des einkaufenden Spitals errechnen. Der Wechsel auf das neue Lasersystem mit einem Angebotspreis von 850 EUR/Sonde bringt Kosten von 3'050 EUR mit sich (vgl. rechte Hälfte der Darstellung in Abbildung 12). Bei einer unveränderten DRG-Fallpauschale von 2'797 EUR resultiert durch den Systemwechsel ein Defizit von 253 EUR. In den Verhandlungen mit dem Anbieter müssen nun die Kosten für die Sonde auf die Materialkosten des elektromechanischen Verfahrens heruntergedrückt werden, so dass die Marge gehalten werden kann. Während das neue Laserverfahren keine Herabsetzung der Kosten des Eingriffs mit sich bringt, verbleiben dennoch die technischen Vorteile des neuen Systems. Das Beispiel zeigt die Wichtigkeit der Kenntnis der fallbasierten Kostenstrukturen (durch eine Fallkostenrechnung), welche erst die erforderlichen Daten liefert.

Fallbeispiele Einkaufsoptimierung in Grossklinika

Fallbeispiel 1: Einsparpotenzial bei Herzschrittmachern und Defibrillatoren durch Bündelung und Standardisierung

Für Herzschrittmacher/implantierbare Defibrillatoren gibt es im Markt nur wenige Anbieter. Die hochkomplexen Geräte sind einer ständigen Entwicklung und Verbesserung unterworfen. Dementsprechend belaufen sich die Einkaufspreise auf einen substantiellen Betrag. Die eingekauften Mengen hingegen sind vor allem in kleineren Spitälern relativ gering. Die Geräte haben eine geringe Umsetzungsgeschwindigkeit, weisen allerdings eine hohe Patientennähe auf, d.h. sie sind wichtig im klinischen Betrieb. Internes (z.B. Durchschnittspreis von verschiedenen Herstellern) und externes Benchmarking (z.B. kommerziell erhältliche Datenbanken, Berater) helfen, das Einsparpotenzial abzuschätzen.

Sobald relevantes Einsparpotenzial vermutet wird, bieten sich die Standardisierung der Geräte und eine Bündelung im Einkauf an. Die Analyse, welche Geräte vorzugsweise zu beziehen sind, muss sich einerseits bei gleicher Qualität und Serviceleistung am Preis orientieren, zudem sind die Stakeholder im Spital (Kardiologen, Chirurgen) zu involvieren, um die Akzeptanz zu gewährleisten.

Unsere Projekterfahrung zeigt, dass sich durch eine Beschränkung der Zahl der verschiedenen Geräte sowie eine Bündelung des Einkaufs signifikante Einsparungen erzielen lassen. Abbildung 11 zeigt als Projektbeispiel, wie in einem deutschen Grossklinikum Einsparungen von 30% durch die Optimierung des Sortiments und eine Bündelung der Nachfrage erzielt werden konnten.

Fallbeispiel 2: Verhandlungsmacht durch Kenntnis der eigenen Kostenstrukturen bei Lasersystemen

Das zweite Fallbeispiel zeigt auf, dass der Strategische Einkauf nicht nur bündelt und standardisiert, um Preisvorteile zu erzielen. Durch Kenntnis der eigenen Kostenstrukturen wird es möglich, Verhandlungen taktisch und zielgerichtet zu führen und in Kenntnis der eigenen Zielmarge Maximalpreise für bestimmte Artikel fest zu legen.

Im vorliegenden Fall beabsichtigte eine Klinik, von einem elektromechanischen Operationsverfahren auf ein Lasersystem zu wechseln. Dabei wurde das

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

SwissDRGs werden per 2012 eingeführt. Es ist damit zu rechnen, dass bis dahin das System auf technischer Basis gut ausgereift und eine hohe Differenzierung der verschiedenen Fälle möglich sein wird. Über verschiedene (politische) Entscheidungen herrscht derzeit noch Unklarheit. Es ist davon auszugehen, dass die Interessengruppen in der verbleibenden Zeit bis zur Einführung noch versuchen werden, den Prozess zu beeinflussen.

Abbildung 12: Zielpreisermittlung für Laser-Sonde

KOSTEN-/ERLÖSRECHNUNG FÜR PROSTATA-OP		ZIELPREISERMITTLUNG SONDE ⁴⁾	
Kosten des Eingriffs [EUR]		Kosten des Eingriffs [EUR]	
Stationsaufenthalt 3 Tage ¹⁾	1'200	Stationsaufenthalt 3 Tage ¹⁾	1'200
OP-Kosten	1'000	OP-Kosten	1'000
Materialkosten elektromechan. Verfahren ²⁾	275	Angebotspreis Sonde	850
Summe Kosten	2'475	Summe Kosten	3'050
Erlös/Fallpauschale [EUR]		Erlös/Fallpauschale [EUR]	
Baserate	2'910	Defizit	253
x	0,961	Ziel-Marge Prostata-OP	322
Fallpauschale³⁾	2'797	Zielkostensenkung Sonde	575
Marge Prostata-OP	322	Zielkosten/Sonde	ca. 250-275

1) Inkl. Medikamente, Anästhesie, etc.
2) Davon: Abschreibung/Eingriff: 15; Verbrauchsmaterial: 65; Nachsorge: 195

3) Für 3-17 Aufenthaltstage
4) Bei Miete des Lasergeräts

Kostentransparenz und -effizienz

Die Entscheidungsträger erhoffen sich von der Einführung der DRGs Kosteneinsparungen durch vermehrte Kostentransparenz und Kosteneffizienz. Die Spitäler werden sich insbesondere mit denjenigen Leistungsangeboten, welche sie kosteneffizient erbringen können, im Markt positionieren wollen. Insgesamt ist damit mit einem verschärften Wettbewerb unter den Spitälern zu rechnen. Neben der Kosteneffizienz wird auch die Qualität der Leistungserbringung von der Öffentlichkeit in zunehmendem Masse kritisch beobachtet und kontrolliert werden; eine qualitativ gute Leistungserbringung wird einen Wettbewerbsvorteil darstellen. Nicht nur wird ein Wettbewerbsvorteil auf Grund der vereinfachten Patientenansprache durch gute Qualität vorherrschen, sondern es wird sich auch zeigen, dass die gute Qualität mittelfristig und längerfristig auch zu Kostenreduktionen führen wird.

Fokussierung des Leistungsangebots

Zwei grundsätzliche Entwicklungsrichtungen werden in den Spitälern zu beobachten sein: Einerseits Effizienz- und Effektivitätssteigerungen, andererseits eine Fokussierung des Leistungsangebotes. Auf Grund der zu erwartenden Ausrichtung der Fallpau-

schalen an einem Benchmark wird es nötig, kostenseitige Fortschritte zu erzielen. Ein Bereich, in welchem relativ schnell Kostenvorteile realisiert werden können, ist wie gesehen beispielsweise ein effizientes Sachkostenmanagement. Es werden aber auch prozessuale Fortschritte zu erzielen sein, so dass sich – um beim Beispiel der Sachkosten zu bleiben – auch die Effektivität im Spital und insbesondere der Prozesse verbessern muss. Erst die Prozesseffektivität ermöglicht, Veränderungen nachhaltig zu implementieren. Schliesslich werden sich Spitäler mittel- und langfristig zusehends auf die Erbringung ausgesuchter Leistungen fokussieren und sich bis zu einem gewissen Grad auch spezialisieren. Dies wiederum erlaubt Effizienzgewinne, aber auch eine qualitative Verbesserung durch ein optimiertes Zusammenspiel.

Verbesserungspotenzial jetzt implementieren

Aus unserer Sicht müssen die Spitäler die Zeit bis 2012 unbedingt nutzen, um sich auf die Einführung der SwissDRGs vorzubereiten. Dazu gehört eine IST-Analyse des Spitals (Rechnungslegung, Kosten-Benchmarking, Prozesse etc.). Aufbauend auf dieser Analyse muss – sofern Bedarf besteht – Verbesserungspotenzial in den verschiedenen Bereichen

identifiziert werden. Verbesserungen sollten nach Möglichkeit noch 2010 implementiert werden, um fortlaufend bis 2011 die Neuerungen auf ihre Alltagstauglichkeit hin zu testen und für die Einführung der SwissDRGs die letzten notwendigen Korrekturen vorzunehmen.

Die Dynamik soll aber über die Einführung der SwissDRGs 2012 hinaus mitgenommen werden, ein «Continuos improvement» des Spitals ist das Ziel, denn mit der Einführung der SwissDRGs 2012 geht der Wettbewerb erst in die entscheidende Phase. Wer allerdings den Start verpasst, hat schlechte Chancen, im Rennen als Sieger hervorzugehen. Chancen und Risiken liegen nahe beieinander.

Schulthess-Wet-Clean – das schonende Reinigungsverfahren für alle Textilien



Wet-Clean von Schulthess reinigt praktisch alle Textilien äusserst schonend mit Wasser und umweltfreundlichen Flüssigwaschmitteln. Ob Duvets, Kopfkissen, Vorhänge, Problemwäsche aus der Pflege, Uniformen oder Mikrofaserlappen: Schulthess Wäschereiprodukte sind die erste Wahl für alles, was in Heimen, Hotels u.Ä. anfällt. Kontaktieren Sie uns!

Schulthess Maschinen AG
CH-8633 Wolfhausen
Tel. 0844 880 880
Fax 0844 880 890

info@schulthess.ch
www.schulthess.ch



Swiss Made 



SCHULTHESS

Wäschepflege mit Kompetenz