



Clarity on Healthcare

Die neue Realität

Oktober 2016

10

Unsere 24-Stunden-Gesellschaft verlangt nach neuen Angeboten

Thomas Heiniger, Regierungsrat Kanton Zürich, spricht über den unternehmerischen Spielraum der Spitäler

24

Den Lean Approach neu umsetzen

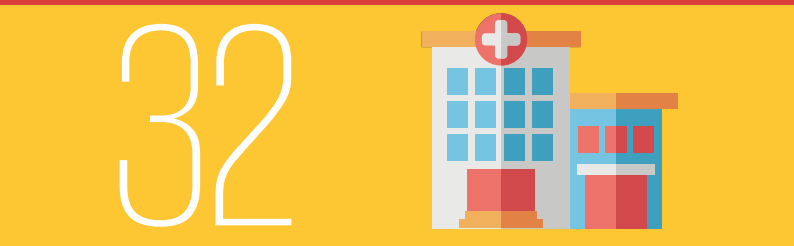
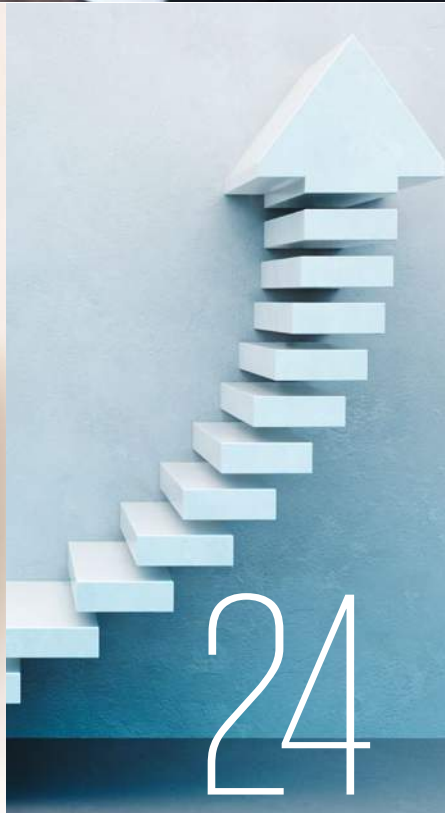
Wie Sie mit Lean Management in 4,5 Tagen einen Prozess optimieren

28

Knappe Personalressourcen

Vier Stellhebel zur Optimierung des Personaleinsatzes





Clarity on Healthcare

EDITORIAL

3 **Die neue Realität**

INTERVIEW

10 **Unternehmerischer Handlungsspielraum für Spitäler**

Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat
und Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich

14 **Ergebnisverbesserung durch Veränderung der Anreizsysteme**

16 **Ertragssteigerung durch Erhöhung der Auslastung**

20 **Die Arzt-Sekretariat-Beziehung im Wandel**

24 **Wie Sie mit Lean Management in 4,5 Tagen einen Prozess optimieren**

28 **Der Herausforderung knapper Personalressourcen mit optimierten Personaleinsätzen begegnen**

32 **Benchmarking im Pflegebereich**

36 **Bauen für die Zukunft**

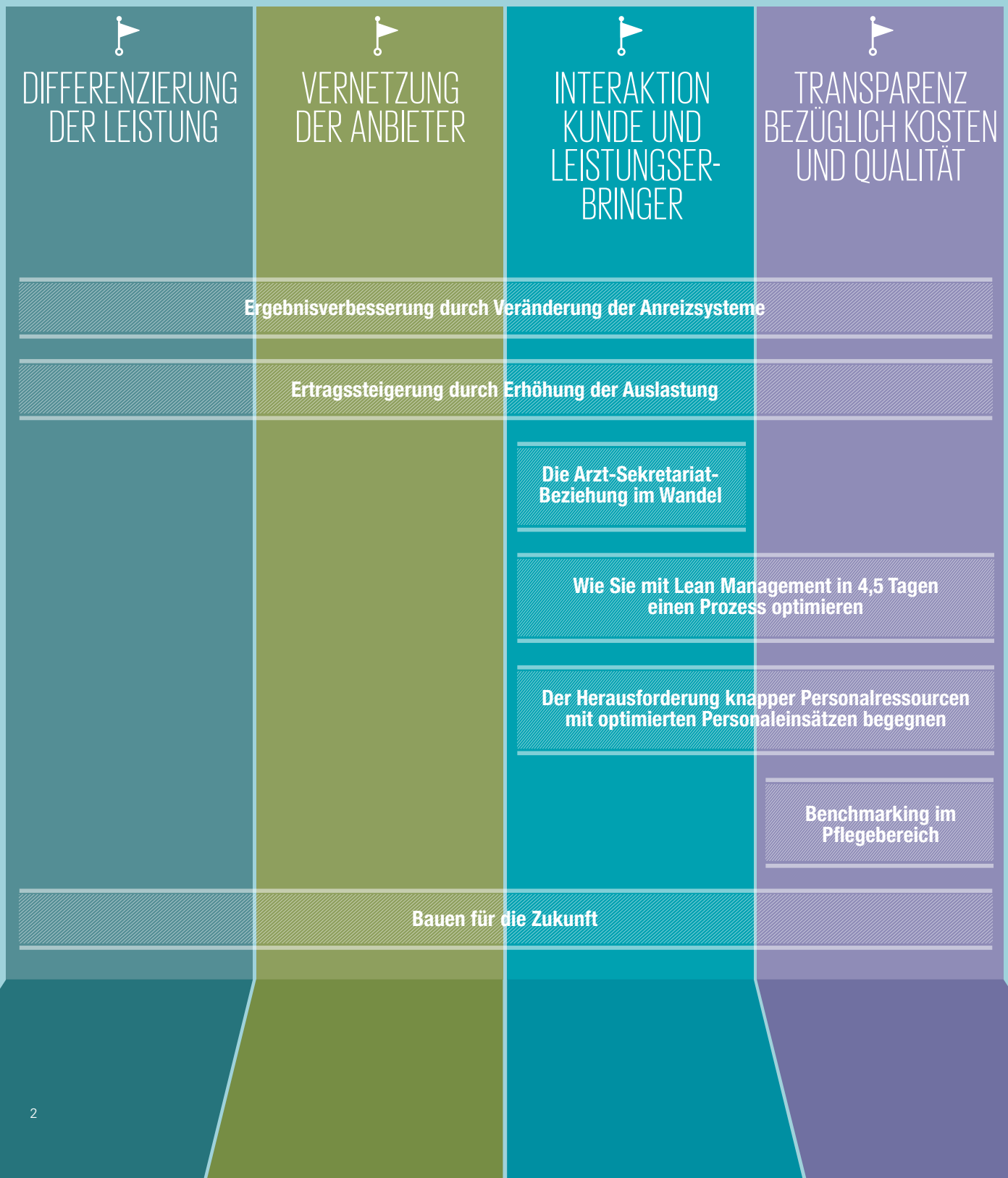
38 **Das Gesundheitssystem Norwegens: kollektive Verantwortung für die Bevölkerung und deren Gesundheit**

42 **Pinboard**

43 **Impressum und Kontakte**



ROADMAP TO Spital 2022



Die neue Realität



André Zemp und Michael Herzog

KPMG Schweiz

Unsere repräsentative Auswertung der Jahresergebnisse 2015 zeigt das Dilemma: Die EBITDA-Marge der öffentlichen Spitäler beträgt im Schnitt lediglich 6,5 Prozent. Gefordert wären mindestens 10 Prozent. Nur so könnte sich ein Spital nachhaltig finanzieren, Zinsen und Darlehen zurückzahlen und nach Ablauf des Lebenszyklus die Immobilien wieder selber refinanzieren.

Erschwerend kommt hinzu, dass die heute ungenügende EBITDA-Marge auf zum Teil bereits abgeschriebenen Immobilien beruht. Wenn ein Spitalneubau realisiert ist, steigt die Belastung mit Zinsen und Abschreibungen an. Wenn die Mehrkosten nicht durch Mehrerträge kompensiert werden können, werden aus heute knapp schwarzen Zahlen rasch rote Zahlen.

Treffend formulierte ein Spitaldirektor kürzlich: «Es ist toll und endlich an der Zeit, dass wir unsere Spitäler sanieren können, aber eigentlich können wir es uns gar nicht leisten.» Rund jedes zweite Akutspital hat Aus- und Umbaupläne. Wir wollten es genau wissen. Unsere Erhebung brachte Bauprojekte mit einem Volumen von über CHF 15 Milliarden zu Tage. Diese enorme Summe bringt zum Ausdruck, dass in vielen Kantonen die Spitalinfrastrukturerneuerungen in der Vergangenheit sträflich vernachlässigt wurden.

Das Management steht vor grossen Herausforderungen. Auf der Ertragsseite droht von verschiedenen Fronten Ungemach. Die Versicherungen wollen dem Kostenschub und der Mengenausweitung Einhalt gebieten. Oft erfolgreich setzen sie mit Unterstützung des Preisüberwachers Tarifsenkungen durch, zum Beispiel beim ambulanten Taxpunktwert. Dies, obwohl klar ist, dass die Gestehungskosten im ambulanten Bereich weit höher liegen als die heutige Abgeltung.

Aber auch die Kantone müssen sparen. Neben dem Einfrieren der Baserate wie im Kanton Zürich (OKP 2017–2019 bei CHF 9650) drohen zusätzliche regulatorische Auflagen wie zum Beispiel die Verschiebung von stationär zu ambulant. Auch hier wollten wir es genau wissen. Eine Musterrechnung in einem Regionalspital zeigte, dass bei einer Verlagerung die Erlöse der betroffenen Fälle um 47 Prozent tiefer lagen. Da vermag auch der Wegfall der Kosten für die vorhandene stationäre Infrastruktur diesen Ertragsausfall bei weitem nicht zu kompensieren.

Was soll man tun? Das Spital als Unternehmen in einem regulierten, aber trotzdem sehr kompetitiven Markt betrachten und führen. Doch was bedeutet das konkret? Auf den nächsten Seiten zeigen wir Ihnen Lösungsansätze.

Michael Herzog

Sektorleiter Healthcare

André Zemp

Leiter Advisory Healthcare

Zeit

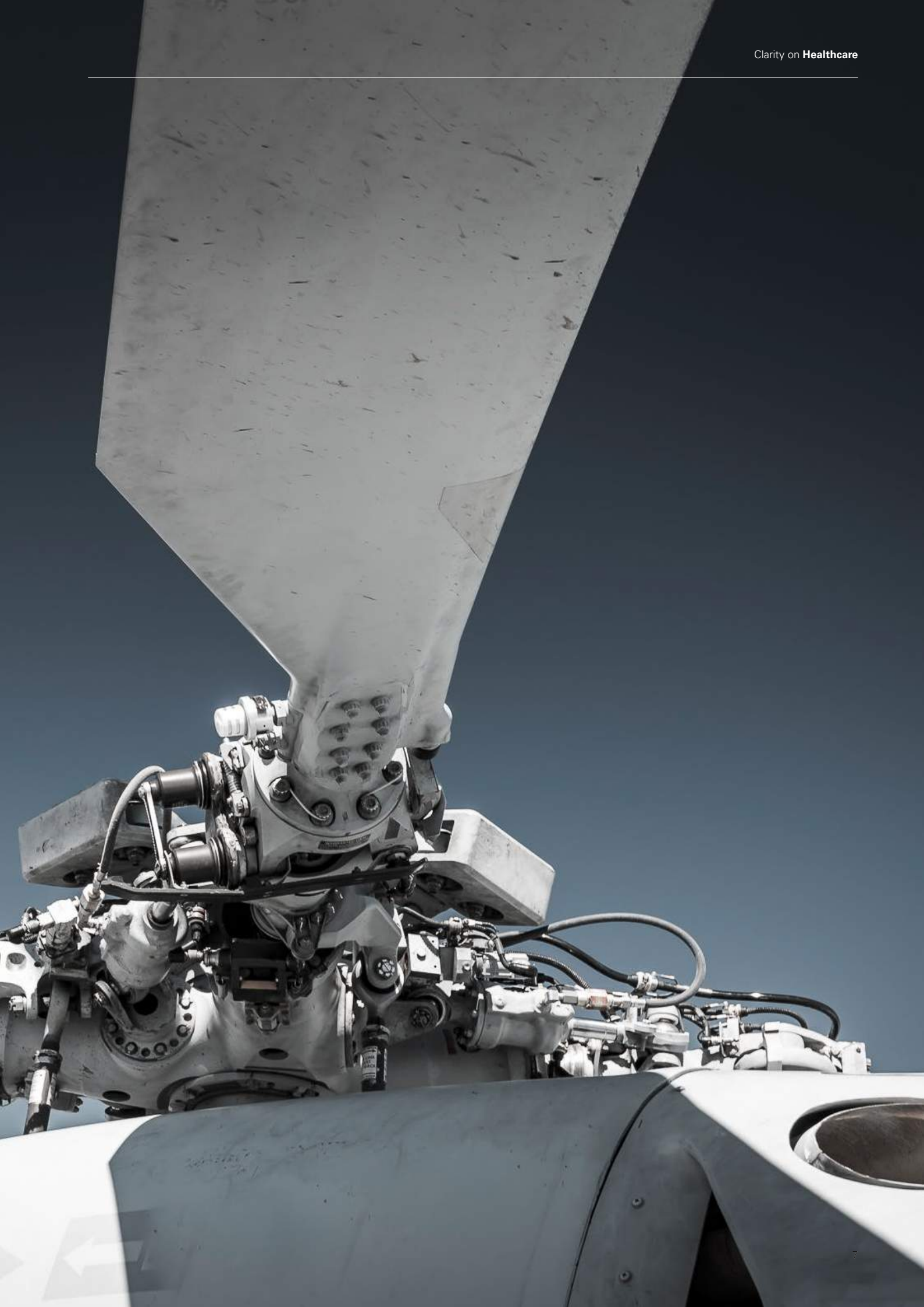
Es ist toll und endlich an der Zeit, dass wir unsere Spitäler sanieren können, aber eigentlich können wir es uns gar nicht leisten.



Anreizsystem

Im Spitalumfeld beschränkt sich die variable Entschädigungskomponente oft auf Chef- und leitende Ärzte. Dieses rein umsatzorientierte Anreizsystem trägt der (Mit-)Verantwortung für das Gesamtergebnis zu wenig Rechnung und führt oft zu disfunktionalen Anreizen.







Fachkompetenzen

«Es ist absolut nicht zweckmässig und sinnvoll, dass alle Spitäler alles anbieten. Spitäler sollten sich je nach Fall gegenseitig mit Fachkompetenzen und Spezialisten aushelfen. Solche Kooperationen müssen noch viel häufiger genutzt werden, um unsere Topspezialisten auch spitalübergreifend optimal einsetzen zu können.» Thomas Heiniger

Interview

Das Gesundheitswesen ist teuer und stark reguliert. Wie schafft es die Politik, Spitäler und andere Leistungserbringer zu mehr unternehmerischer Verantwortung zu motivieren und gleichzeitig ein strenges regulatorisches Regime aufrechtzuerhalten? Diese und weitere Fragen erörtern wir mit Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat und Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich.

Das Gesundheitswesen im Allgemeinen und Spitäler im Speziellen sind in höchstem Grade reguliert und unter scharfer Beobachtung von verschiedenen Interessengruppen. Müssen Spitäler in Zukunft mit noch mehr Regeln und Auflagen rechnen?

Dazu schlagen zwei Herzen in meiner Brust. Ich interpretiere die Vorgaben für die Spitäler aus dem Krankenversicherungsgesetz aus dem Jahr 2012 (KVG) dahingehend, dass den Spitälern ein möglichst grosser unternehmerischer Spielraum – und damit auch Verantwortung – erhalten bleiben soll. So sollen sich die einzelnen Institutionen auch auf dem Markt entfalten und unterscheiden können; nur so macht die vom KVG geforderte Spitalwahlfreiheit auch Sinn. Dies natürlich in einem vorgegebenen Rahmen, den es halt im Gesundheitswesen auch braucht.

Dieser Rahmen wird aber auch vom KVG immer enger gesteckt.

Meine Einstellung dazu ist, dass wir eine maximale Gestaltungsfreiheit für den einzelnen Leistungserbringer – ob ein Spital oder ein einzelner Hausarzt – erhalten sollen und nur da mit staatlichen Leitplanken eingreifen, wo der Wettbewerb alleine ein Angebot oder ein gewisses Qualitätslevel einer Leistung nicht erbringen kann und daher staatlich gestützt werden muss.

Sind Mindestfallzahlen und damit die Verengung des Angebots der richtige Ansatz, um die Qualität des Angebots und die Spitalwahlfreiheit zu fördern?

Wir machen sehr gute Erfahrungen mit dem Prinzip der Mindestfallzahlen. So konnten in Betrieben mit festgelegten Mindestfallzahlen die durchschnittliche Belegungszeit verkürzt, die Mortalität verringert und der Anstieg der Kosten gebremst

werden. Diesen Effekt spüren wir auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens.

Nun fürchten die Spitäler jedoch nicht primär den Wegfall gewisser Leistungen aufgrund zu kleiner Fallzahlen, sondern sie haben Angst, dass durch ein schmäleres Angebot das Renommee der Klinik sinken könnte und man dadurch nicht mehr die gleiche Anziehungskraft für Spitzenpersonal hätte.

Für mich ist das Bild der Pyramide massgeblich. Das heisst eine grosse, breite und dezentralisierte Abdeckung in der Grundversorgung und eine Spezialisierung einzelner Angebote und Leistungen an einzelnen Standorten. Das schliesst nicht aus, dass regionale und kleinere Spitäler ganz spezifische Leistungen erbringen, in denen sie gut sind und die nicht alle erbringen. Aber es ist absolut nicht zweckmässig und sinnvoll, dass alle

Unternehmerischer Handlungsspielraum für Spitäler

Spitäler alles anbieten und auch noch in jedem Gebiet eine Koryphäe ihres Faches anstellen. Denkbar ist, dass die einzelnen Spitäler sich je nach Fall gegenseitig mit Fachkompetenz und Spezialisten aushelfen. Das geschieht schon heute, wenn zum Beispiel ein Gynäkologe vom Unispital zusammen mit einem Kinderarzt am Kinderspital eine Operation am ungeborenen Fötus ausführt. Solche Kooperationen müssen noch viel häufiger genutzt werden, um unsere Topspezialisten auch spitalübergreifend optimal einsetzen zu können.

Gibt es denn eine betriebswirtschaftlich richtige Grösse für ein Spital?

Der Erfolg eines Spitals oder eines Leistungserbringers hängt nicht in erster Linie von der Grösse ab. Es gibt Anbieter, die ein sehr schmales Angebot bewirtschaften, dies aber mit grossen Fallzahlen und somit effizient betreiben. Auf der anderen Seite

braucht es ein gewisses Volumen, je breiter das Angebot einer Klinik ausfällt.

Viele Spitäler haben grosse Ausbaupläne in der Schublade. Wir haben grob berechnet, dass in der Schweiz Projekte für rund CHF 15 Milliarden auf ihre Umsetzung warten. Kann diese Rechnung angesichts der stärkeren Regulierung und des härteren Wettbewerbs überhaupt aufgehen?

Wenn man den projektierten Zuwachs an Spitalbetten im Kanton Zürich über die nächsten Jahre anschaut, so verläuft dieser flacher als der Zuwachs der Bevölkerung im Kanton. Der Grossraum Zürich ist ein Magnet und ein Zuwanderungsgebiet. Das bedingt auch ein Wachstum der Infrastruktur inklusive Gesundheitsversorgung. Zudem betreffen viele Bauvorhaben Renovationen von bestehender Infrastruktur, hier findet kein Ausbau von Kapazität statt.

Wird denn bei diesen Erneuerungen der Infrastruktur auch einem neuen Verständnis von Effizienz Rechnung getragen?

Das ist genau der Punkt. Wo immer möglich, müssen moderne Prozessplanungen in die Umbauvorhaben einfließen. Wir haben einmal die Produktionsstrasse und die Prozessführung in einem modernen Automobilwerk dem Weg eines Bettes bei einer Operation in einem Spital gegenübergestellt. Auf der einen Seite hatten wir einen bis ins Detail optimierten Fertigungsprozess, auf der anderen Seite einen wirren Zickzack von Bewegungen und Abläufen im Rahmen der Patientenbetreuung. Hier können wir von der Industrie noch viel lernen, auch wenn die Humanmedizin natürlich andere Prämissen als eine Industriefertigung aufweist. Aber eines ist sicher: Um Kosten zu sparen, ist primär Rationalisierung und nicht Rationie-



«Unsere
24-Stunden-
Gesellschaft
verlangt nach
neuen
Angeboten.»

rung angesagt. Zudem werden Um- und Neubauprojekte nicht zuletzt von möglichen Kreditgebern, seien das Banken oder wir als Staat, auf deren Wirtschaftlichkeit hin geprüft.

Das Gesundheitswesen ist ein attraktiver Markt. Immer mehr neue Leistungsanbieter suchen den Markteintritt, zum Teil auch mit frischen, neuen Ideen. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung?

Ich verfolge die Entwicklungen im Markt mit Interesse, aber auch mit einer gewissen Gelassenheit. Unsere Gesellschaft hat heute andere Bedürfnisse als noch vor 100 Jahren. Unsere 24-Stunden-Gesellschaft verlangt nach neuen Angeboten. Medizinische Dienstleistungen werden immer mehr rund um die Uhr angeboten, was bei der zum Teil sehr teuren Infrastruktur durchaus Sinn macht. Zudem beobachten wir eine Ausweitung von Angeboten. So wird

der Hausarzt zum Gesundheitscoach, der den Patienten in seinen verschiedenen Lebensphasen berät sowie Massnahmen und Therapien entsprechend begleitet. Innovationen und neue Angebote begrüsse ich grundsätzlich, der Patient muss sich aber immer bewusst sein, dass alle Leistungen auch etwas kosten.

Das Berufsbild des Arztes verändert sich demzufolge grundlegend?

Da gibt es sicher Veränderungen, ja. Mittlerweile haben zum Beispiel Frauen die Mehrheit im Medizinstudium und somit in den Arztberufen übernommen. Das bringt auch neue Jobmodelle zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit sich. Ein weiterer Trend ist der Zusammenschluss verschiedener Angebote unter einem Dach, sprich Partnerschaften von Ärzten mit Therapeuten, Apotheken etc.

Gerade in ländlichen, dezentralen Regionen stellen wir fest, dass die Spitäler zu umfassenden Dienstleistern und Koordinatoren auch von Leistungen ausserhalb des Spitalbetriebs (z.B. Spitex-Leistungen und Altersversorgung) geworden sind. Die Zürcher Spitäler sind noch sehr auf das klassische stationäre und ambulante Geschäft fokussiert.

Wenn ich sehe, dass auch in den Zürcher Spitälern die Austrittsplanung bereits vor dem Eintritt des Patienten beginnt, sprich, dass der Patient immer mehr auch vor und nach dem Spitalaufenthalt begleitet und betreut wird, sehe ich das als wichtige und richtige Entwicklung. Es wird auch in den Grossagglomerationen zu einer engeren Zusammenarbeit von Spitälern mit Reha-Kliniken und anderen Anbietern entlang der Versorgungskette kommen. Integrierte Versorgung ist hier das Stichwort. Dieser Prozess muss im Kanton Zürich sicher noch weiter vorangetrieben werden.

Portrait

Thomas Heiniger

Dr. iur., Rechtsanwalt, FDP

Seit 2007 Regierungsrat und Vorsteher der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, im Amtsjahr 2013/14 Regierungspräsident

Präsident der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Vorstandsmitglied Swiss Medical Board (Vizepräsident), Verwaltungsrat Zoo Zürich AG, Mitglied im Beirat des Kompetenzzentrums Medizin - Ethik - Recht Helvetiae (MERH) der Universität Zürich und Stiftungsrat Swiss Science Center Technorama Winterthur

Beruf und Ausbildung

Bis 2007 Partner in einer Zürcher Anwaltskanzlei, 2005 Mediator IRP Hochschule St. Gallen (Grundausbildung), Rechtsanwaltspatent 1987, davor Jurastudium an der Universität Zürich mit Doktorat 1985

Politik

Kantonsrat (1999–2007), Stadtrat Adliswil (1986–1994), Stadtpräsident (1994–2007), Schulpflege Adliswil (1982–1986)

Persönlich

Geboren am 29. Mai 1957 in Zürich, aufgewachsen in Zürich-Wollishofen, seit 1980 wohnhaft in Adliswil, verheiratet, drei erwachsene Kinder

Sie präsidieren die Gesundheitsdirektorenkonferenz der Kantone und haben dadurch auch den gesamtschweizerischen Blick auf Bedürfnisse und Veränderungen. Wo liegen hier die Prioritäten im Gesundheitswesen?

Eine der Kernfragen in diesem nationalen Gremium ist die nach der Rolle der Kantone. Die Kantone finden sich oft in multiplen Funktionen wieder. Das Spektrum reicht von Eigentümer, Betreiber, Finanzierer, Regulator, Aufsichts- und Bewilligungsinstanz bis hin zu Schlichtungsstelle und Schiedsrichter in Streitfragen. Meiner Ansicht nach müssen sich die Kantone hauptsächlich auf ihre Rolle als Regulatoren und Systemverantwortliche konzentrieren. Zudem beschäftigt uns auf nationaler Ebene natürlich auch die Frage der Finanzierung des Gesundheitswesens, insbesondere die künstliche Abgrenzung der Finanzierung im

ambulantem und stationärem Bereich. Diese und ähnliche künstliche Abgrenzungen schaffen falsche Anreize für die Führung eines Spitals und werden sich nicht ewig halten können.


Unsere Erfahrung zeigt, dass sich die Spitäler zu wenig mit ihrem Umfeld und dem Patienten als Leistungsempfänger auseinandersetzen. Existierende Umweltanalysen werden oft vernachlässigt.

Wir haben heute alle eine hohe Erwartung an das Leben und an unsere Gesundheit. Doch eine hohe Lebenserwartung basiert nicht nur auf medizinischen Leistungen, sondern erst einmal auf einem hohen Mass an Eigenverantwortung. Gesunde Ernährung und Bewegung können nicht vom Gesundheitssystem übernommen werden. Dazu sind externe Faktoren wie sauberes Wasser und Hygiene, um nur einige zu

nennen, massgebend für die Gesundheit. Die eigentlichen medizinischen Leistungen tragen nur rund 20 Prozent zum Wohlergehen der Bevölkerung bei. Nichtsdestotrotz wird eine immer höhere Lebenserwartung nicht ohne Kostenfolgen möglich sein.



André Zemp
Leiter Advisory
Healthcare
KPMG AG



Ergebnis- verbesserung durch Veränderung der Anreizsysteme

Alle finanziellen Anreizsysteme verfolgen im Kern dasselbe Ziel: die Mitarbeitenden zu (Mit-)Unternehmern zu machen und am nachhaltigen Erfolg partizipieren zu lassen. Im Spitalumfeld beschränkt sich die variable Entschädigungskomponente oft auf Chef- und leitende Ärzte. Im Vordergrund steht die Generierung von Honoraren für stationäre Zusatzversicherte und für ambulante Patienten. Dieses rein umsatzorientierte Anreizsystem trägt der (Mit-)Verantwortung für das Gesamtergebnis zu wenig Rechnung und führt oft zu disfunktionalen Anreizen.

Um ein dauerndes nachhaltiges Unternehmensergebnis zu erzielen, müssen verschiedene Stellhebel stimmen:



Kostenseite

- Effizienter, kostengünstiger Personaleinsatz
- Tiefe Sach- und Anlagekosten
- Auslastung der teuren Infrastruktur und möglichst tiefe Vorhalteleistungen



Ertragsseite

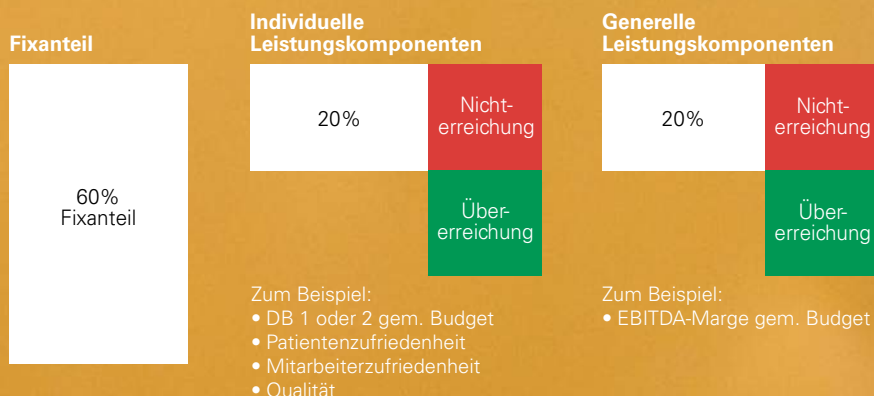
- + Menge (Fallzahlen)
- + Patientenmix (OKP/VVG, stationär/ambulant)
- + Preise und Auslastung

Zur Ertrags- und Kostenseite kommen Qualitätsindikatoren. Die wichtigsten sind die medizinische Qualität, die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Die in den Spitälern traditionellen Anreizsysteme mit oftmals reinen Honorarkomponenten decken nur einen Teil dieser Stellhebel ab. So bestehen zum Beispiel keine Anreize für folgende Faktoren:

- Gewinnung von stationären OKP-Fällen
- Optimaler Einsatz der teuren Infrastruktur, zum Beispiel Auslastung der Operationssäle, Geräte, Untersuchungszimmer etc.
- Zusammenlegung von Organisationen zur Reduktion der Vorhalteleistungen
- Günstiger Materialeinkauf durch Sortiments- und Lieferantenstraffung

Auf der anderen Seite bestehen disfunktionale Anreize, zum Beispiel beim Ausbau von ambulanten nicht kostendeckenden Leistungen. Immer mehr Spitäler gehen dazu über, ihre Anreizsysteme hinsichtlich der neuen Herausforderung eines nachhaltigen Unternehmensergebnisses umzubauen und auf weitere Berufsgruppen auszuweiten. Im Vordergrund stehen einfache, messbare Ziele auf Stufe Klinik- und Bereichsziele sowie Gesamtspital. Die sogenannte «total compensation» soll sich einerseits am Benchmark orientieren, aber auch Unter- und Obergrenzen beinhalten. Der Anteil fix/variabel kann entsprechend der Risiko Wahrnehmung des Berechtigten unterschiedlich gestaltet werden. Als Klinik- und Bereichsziele bieten sich Deckungsbeitragsrechnungen auf den ersten

DB-Stufen an. Die individuellen Ziele sollen selbst beeinflussbar sein. Ergänzt können sie durch Qualitätskomponenten sowie Messungen der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit werden. Als Gesamtspitalziel kommt in der Regel eine zu erzielende EBITDA-Marge zur Anwendung. Entscheidend bei diesem Umbau ist, dass die Direktbetroffenen in diesen Prozess frühzeitig einbezogen werden. Die finanzielle Entschädigung ist mit vielen Emotionen verbunden. Das Modell muss auf eine breite Akzeptanz stossen und möglichst einfach und messbar bleiben. Dazu kommen Anpassungen bei den Arbeitsverträgen und Reglementen. Diese fallen oft umfangreich aus, weil die Dokumente oft aus verschiedenen Jahren stammen, Lücken aufweisen und den heutigen arbeitsrechtlichen Anforderungen nicht mehr genügen.



Matthias Zannantonio
Senior Consultant
Healthcare
KPMG AG



Silvio Hauser
Consultant
Healthcare
KPMG AG

Ertragssteigerung durch Erhöhung der Auslastung



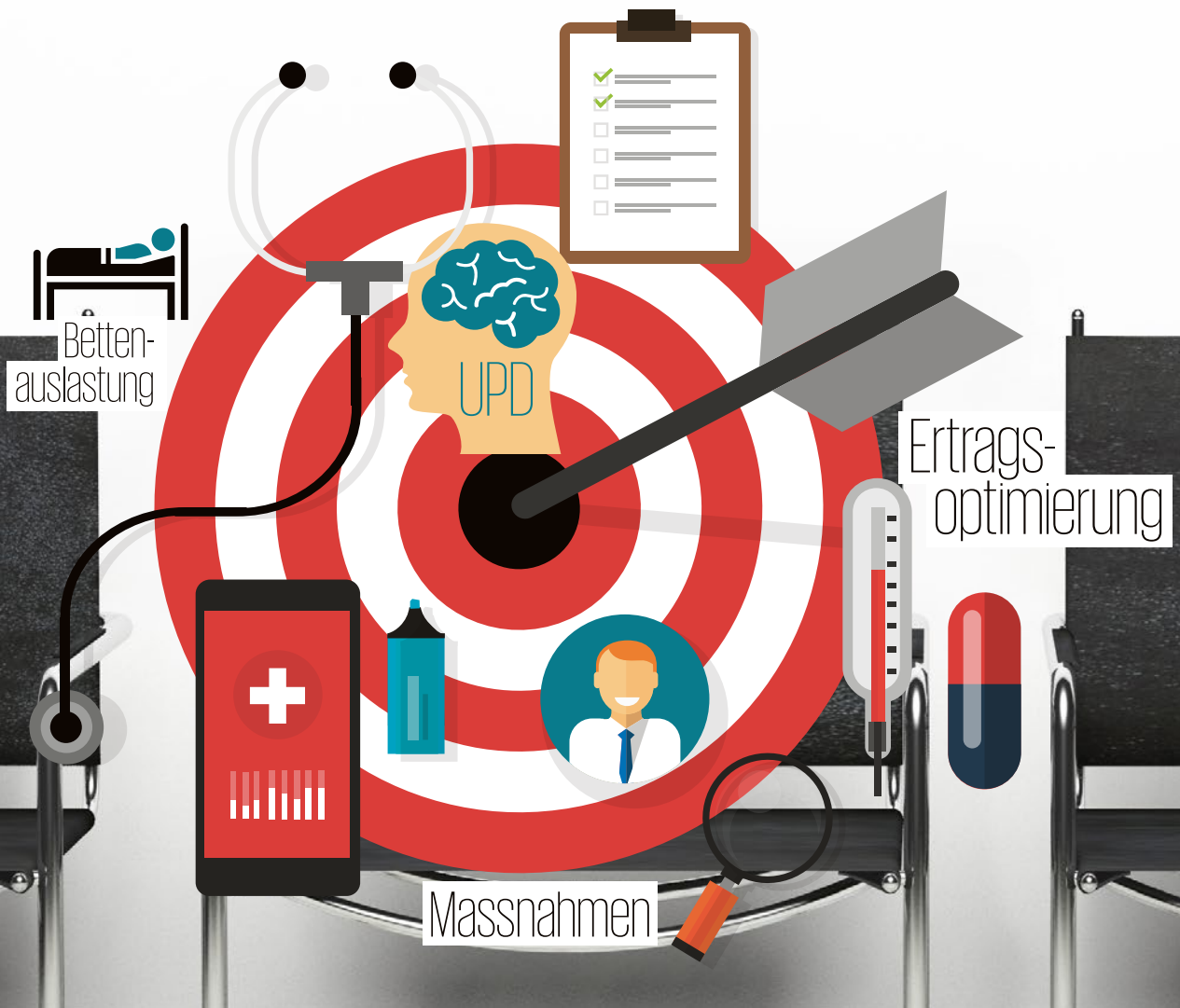
Im Rahmen des Verselbständigungsprozesses sind die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) mitten in der Umsetzungsphase des Ergebnisverbesserungsprojekts. 60 Prozent der Massnahmen zielen dabei auf Ertragsoptimierungen ab. Ein knappes Jahr nach Umsetzungsbeginn stellt sich die Frage, welche Ertragssteigerungen bereits umgesetzt werden konnten und welche Herausforderungen sich dabei gestellt haben.



Per 1. Januar 2017 erfolgt die gesetzlich vorgegebene Auslagerung der UPD aus der Kantonsverwaltung. Mit der Selbständigkeit werden für die UPD Kosten anfallen, die bisher vom Kanton übernommen wurden (z.B. Gebäudeaufwand, IT-Dienstleistungen, Lohnbuchhaltung). Um diese zusätzlichen Kosten zu kompensieren und die Bildung notwendiger Reserven zu ermöglichen, haben die UPD gemeinsam mit KPMG ein substanzielles Ergebnisverbesserungsprojekt initiiert, wobei «jeder Stein umgedreht» wurde (Stefan Aebi, Vorsitzender Geschäftsleitung UPD). Im Rahmen einer umfassenden Analyse wurde ein Ergebnisverbesserungspotenzial von CHF 25 Millionen evaluiert. Erforderlich sind mindestens CHF 16 Millionen. Entsprechend konnten sich die UPD auf die Umsetzung der sozialverträglichsten Massnahmen beschränken. Rund 60 Prozent der Massnahmen zielen dabei auf eine Ertragssteigerung ab. Im Folgenden wird ein kleiner Ausschnitt dieser Ertragsoptimierungen vorgestellt.

Eine Ertragsoptimierung in der Psychiatrie kann über die Stellhebel Preis (Tagespauschale) und Menge (Pflegetage: Bettenkapazität x Auslastung) erreicht werden. Um zusätzliche Pflegetage anbieten zu können, wurden daher neue Bettenkapazitäten geschaffen. Am Hauptstandort der UPD erfolgte bei gleichbleibendem Ressourceneinsatz eine Erhöhung der Kapazitäten um beinahe 10 Prozent. Damit verbunden sind bauliche Massnahmen, die einerseits mehr Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten schaffen, andererseits dem Personal eine bessere Übersicht über das Geschehen auf den Stationen verschaffen und so die zusätzliche Arbeitsbelastung aufgrund von höheren Patientenzahlen teilweise auffangen.

Die Kriseninterventionstagesklinik nahe dem Inselspital wird zudem in eine Bettenstation für stationäre Patienten umgewandelt. Dies verursacht höhere Umbaukosten und erfordert anschliessend mehr Personaleinsatz.



Entsprechend wurde eine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Bauprojekts durchgeführt, welche als Entscheidungsgrundlage für die Umsetzung dient.

Beide Massnahmen befinden sich noch mitten in der Umsetzungsphase. Dabei gilt es, bei Kapazitätsausweitungen immer auch das Zuweisermanagement als unterstützende Massnahme zur Auslastungssicherung zu untersuchen und gegebenenfalls anzupassen.

Erfreulich hoch ist die Bettenauslastung (2015: je nach Klinik 93–100 Prozent). Durch leichte Anpassungen im Ein- und Austrittsmanagement sowie durch die Schaffung zusätzlicher Reservebetten auf den Bettenstationen, die bei Bedarf verwendet werden können, sind die UPD für zukünftige Stosszeiten noch besser aufgestellt. Betreffend Auslastung auf den Tagesstationen konnte unter anderem festgestellt werden, dass an bestimmten Wochentagen ein erhöhter

Anteil No-Shows auftritt. Entsprechend erfolgt nun an diesen Tagen bewusst eine Überbelegung.

Hinsichtlich des Preises befinden sich die UPD noch in den Tarifverhandlungen mit den Versicherern. Die UPD sind zudem mit der Problematik konfrontiert, dass die Leistungserfassung in der Vergangenheit, insbesondere auch aufgrund des bisher geringen finanziellen Drucks, oft unvollständig gewesen ist. Durch eine Anpassung des Leistungserfassungs- und Controllingprozesses sowie durch die Sensibilisierung der Mitarbeitenden konnte die Qualität der Leistungserfassung bereits markant verbessert werden.

Abschliessend kann festgehalten werden:

Je weiter ein Ergebnisverbesserungsprojekt fortschreitet, desto klarer wird das Bild, welche Potenziale in welcher Höhe tatsächlich realisierbar sind. Rahmenbedingungen können sich verändern, so dass gewisse Teilprojekte nicht oder nur teilweise wie geplant umsetzbar sind. In diesem Fall müssen frühzeitig und gemeinsam mit den Mitarbeitern neue Ertragsoptimierungen ermittelt oder bereits geprüfte Massnahmen erneut evaluiert werden.



André Zemp
Leiter Advisory
Healthcare
KPMG AG



Silvio Hauser
Consultant
Healthcare
KPMG AG



Erfahrungen aus Praxisbeispielen

Die Arzt- Sekretariat- Beziehung im Wandel

Ärzte sehen sich mit immer mehr administrativen Aufgaben konfrontiert und Arztsekretariatsmitarbeiter sind mit den unterschiedlichen Ansprüchen der Ärzte oftmals überfordert.

Die Reorganisation der Sekretariatsstrukturen bietet Potenzial, mehr Effizienz in die Prozesse und Strukturen zu bringen und damit auch Kosteneinsparungen erreichen zu können.

Unsere Erfahrungen aus Praxisbeispielen.



Die Rolle der Ärzteschaft

Die Ärzteschaft stellt die bedeutendste Berufsgruppe in einem Spital dar. Das wissen nicht nur die Ärzte selbst, sondern auch die weiteren Berufsgruppen wie beispielsweise die Pflege oder die Sekretariatsmitarbeiter, welche die Ärzte in ihren Tätigkeiten unterstützen oder ergänzen. Auch die Unternehmensleitung ist sich der Wichtigkeit der Ärzte, insbesondere der Folgen von Arztabgängen bewusst.

Ärzte sollen möglichst von administrativen Aufgaben entlastet werden, damit sie sich auf ihre Kerntätigkeit, die Patientenbetreuung, konzentrieren können. Doch was ist zu tun, wenn sich insbesondere die administrativen Abläufe zu individuell nach den einzelnen Ärztewünschen richten und damit Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten entstehen? In der Vergangenheit war eine 1:1-Beziehung zwischen Arzt und Sekretärin üblich. Jeder Arzt hatte eine – nämlich «seine» – Sekretärin als Ansprechperson. Auf eine Sekretariatsmitarbeiterin kamen vielleicht zwei bis drei Ärzte. Doch kann sich ein Spital dies heute noch leisten? Und was gilt es zu beachten, wenn Sekretariate reorganisiert werden? KPMG hat verschiedene Kliniken in der Reorganisation der Arztsekretariate unterstützt und begleitet. Nachfolgend finden Sie Erfahrungen aus Praxisbeispielen.

Zieldefinition

In einem ersten Schritt ist es wichtig, das Ziel der Reorganisation zu definieren. Es geht immer darum, Prozesse zu klären, zu vereinheitlichen und zu standardisieren. Dies mit dem Ziel, effizienter zu werden und die Qualität der Arbeit zu verbessern. Dabei stellt sich die Frage, welcher Nutzen angestrebt wird: Geht es um mehr Effizienz bei gleichbleibender Unterstützungsleistung für den Arzt? Oder geht es darum, die Ärzte von administrativen Tätigkeiten zu entlasten, um die produktive Zeit am Patienten zu erhöhen? Auch ein Abbau der Unterstützungsleistungen für den Arzt kann möglich sein, insbesondere dann, wenn ein hoher Kostendruck auf die Personalstellen besteht. Je nach Fokus der angestrebten Ziele müssen sowohl Ärzte als auch Sekretariatsmitarbeiter unterschiedlich miteinbezogen werden. Ein Benchmarking zu den Sekretariatsstellen hilft, die Ausgangslage darzulegen und mögliche Ziele abzuleiten.

Zentral oder dezentral?

In den meisten Spitälern sind die Sekretariate dezentral den medizinischen Bereichen oder einzelnen Ärzten zugeordnet. Dabei bearbeiten die Mitarbeiter oftmals das gesamte Aufgabenspektrum: Von der Terminvereinbarung über die Patientenaufnahme, Leistungserfassung, das Berichteschreiben bis hin zur Bearbeitung von Rechnungsretouren. Es gilt: Je stärker die Bereiche oder die Aufgaben dezentralisiert sind, desto unterschiedlicher sind die Prozessabläufe. Es müssen laufend mehr Mitarbeiter bezüglich unterschiedlichster Themen informiert und geschult werden, was wiederum Ressourcen bindet. Auch die Qualität spielt eine wichtige Rolle: Nachgelagerte



Es geht immer
darum, Prozesse
zu klären, zu
vereinheitlichen
und zu
standardisieren.





Fehler, beispielweise in der Abrechnung, sind häufige Folgen bei dezentralen Organisationsstrukturen.

Alle Aufgaben der Sekretariate zu zentralisieren ist aber oftmals auch nicht die beste Lösung. So gestalten sich vereinzelte Abläufe der Fachbereiche unterschiedlich. Auch der Kontakt oder sogar die Bindung zwischen Sekretariatsmitarbeiter und Patient darf nicht unterschätzt werden. Entsprechend ist es wichtig, die Dienstleistungen der Sekretariatsmitarbeiter zu klassifizieren. Prioritär sind dabei die Dienstleistungen gegenüber dem Patienten, welche möglichst hoch zu halten bzw. zu optimieren sind. Die internen Dienstleistungen für den Arzt und andere Abteilungen gilt es zu vereinheitlichen und möglichst effizient zu gestalten. Hierbei kann eine Zentralisierung von einzelnen Aufgaben (z.B. das Berichtswesen) durchaus sinnvoll sein mit dem Ziel, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und Unterbrüche in der täglichen Arbeit der Sekretariatsmitarbeiter zu minimieren. Auch die Abgrenzung der Sekretariatsarbeiten gegenüber den weiteren administrativen Tätigkeiten, welche in der

Verantwortung des Arztes liegen und von ihm nach wie vor selbst übernommen werden müssen, ist zu definieren.

Umsetzung

Je enger eine Sekretariatsmitarbeiterin mit dem Arzt zusammenarbeitet, desto höher ist generell die Loyalität. Das mag in Bezug auf die Zusammenarbeit förderlich sein, beinhaltet aber oftmals das Risiko, dass Ineffizienzen gar nicht erst bemerkt oder geäußert werden. Wichtig ist daher auch, nicht primär die «umständlichen» oder «unselbständigen» Ärzte zu identifizieren, sondern die Unterschiede in den Prozessabläufen zu eruieren. Mit dem Fokus auf der Identifikation der Unterschiede kann eine ideale Ausgangslage geschaffen werden, um aus den verschiedenen Abläufen die bestmögliche standardisierte Variante zu identifizieren. Bei jeder Reorganisation stellt sich zudem die Frage, wie und welche Mitarbeiter in die Erarbeitung der neuen Organisation miteinbezogen werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine Reorganisation der Sekretariate ohne Einbezug der Ärzte (und im stationären/teilstationären Bereich der Pflege) kaum umsetzbar ist.

Dank der zunehmenden Digitalisierung können Workflows definiert, standardisiert und teilweise sogar automatisiert werden.



Kulturwandel und Digitalisierung

Eine Reorganisation der Arztsekretariate hat auch immer mit Change Management hinsichtlich der Unternehmenskultur zu tun. Von den Ärzten wird der persönliche Kontakt zum Sekretariat sehr geschätzt: Es ist jemand da, der sich um seine Angelegenheiten kümmert. Der persönliche Austausch bindet aber viele Ressourcen und Abläufe sind daher schwieriger zu standardisieren. Dank der zunehmenden Digitalisierung können Workflows definiert, standardisiert und teilweise sogar automatisiert werden. Die Prozesse werden dadurch effizienter und auch Pendenzen werden transparenter. Der persönliche Austausch wird für viele Themen weniger relevant, wodurch Flexibilität bezüglich der Arbeitsplatznähe entsteht. Nicht zu unterschätzen ist, dass die Digitalisierung auch eine Herausforderung für die Mitarbeiter darstellt, da ihre heutigen Aufgaben teilweise durch Systemlösungen ersetzt werden. Entsprechend wichtig ist der Einbezug der Mitarbeiter in den Change-Prozess, damit dieser Kulturwandel stattfinden kann.



Stefanie Ruckstuhl
Manager
Advisory Healthcare
KPMG AG

Wie Sie mit Lean Management in 4,5 Tagen einen Prozess optimieren

Kaum ein Spital beschäftigt sich nicht mit der Frage, wie Wachstumsziele und steigende Erträge erreicht werden können, ohne dass die Personalkosten im gleichen Masse mitwachsen. Ein naheliegendes Handlungsfeld ist die Steigerung der Prozessexzellenz. Mit Hilfe von Rapid Improvement Events werden Prozesse in 4,5 Tagen optimiert. Am Montag starten Sie im interdisziplinären Team mit der Analyse der aktuellen Situation. Am Freitag wird der optimierte Prozess vorgestellt und ab dann auch so gelebt.

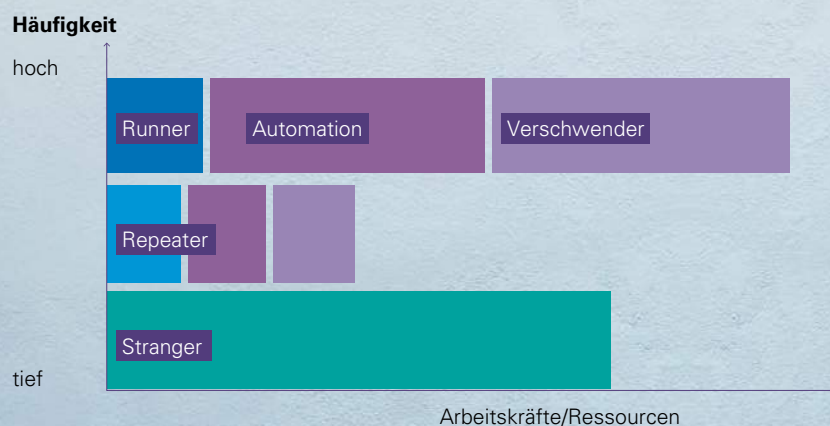
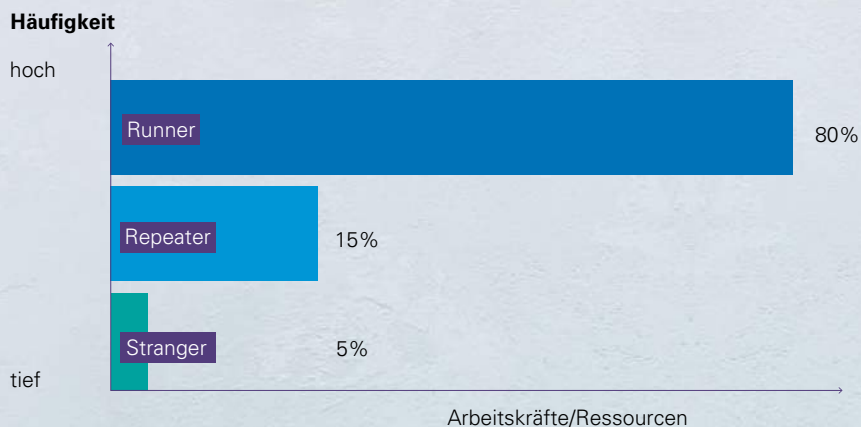


Abb. 1: Transformation von Runner-, Repeater- und Strangerprozessen durch RIE (Quelle: KPMG AG)

Welche Prozesse haben Priorität?

Die Prozesse in jedem Unternehmen – so auch im Gesundheitswesen – lassen sich in drei Kategorien einteilen (vgl. Abb. 1):

1. Runner: werden ständig durchgeführt (rund 80 Prozent aller Prozesse) und beanspruchen am meisten zeitliche und personelle Ressourcen
2. Repeater: werden weniger häufig durchgeführt und benötigen Ressourceneinsatz zu bestimmten Zeitpunkten (z.B. Monatsende)
3. Stranger: Die Prozesse, für die man meist keinen Standardprozess definiert hat, weil sie einen sehr spezifischen, individuellen und bisher seltenen Bedarf erfüllen müssen. Diesen Bedarf zu erfüllen benötigt oft wertvolle Kapazitäten, welche in den Runner- und Repeaterprozessen absorbiert werden.

Die Antwort auf die Frage «Welche Prozesse zuerst?» ist naheliegend: Da die Runnerprozesse am meisten Ressourcen binden, entsteht bei einer Optimierung dieser Prozesse auch die grösste Hebelwirkung. Durch die Standardisierung, Optimierung und ggf. Automatisierung der Prozesse können nicht wertgenerierende Arbeitsschritte auf ein Minimum reduziert werden. Beispiele dafür sind der Patientenein- und austrittsprozess, ambulante Sprechstunden, Behandlung von Patienten auf der Notfallaufnahme, Durchführung von Blutanalysen im Labor sowie Versorgung der Stationsapothek. Die frei werdenden Kapazitäten können insbesondere für die in Zukunft stark ansteigenden Strangerprozesse eingesetzt werden, um so die Qualität der Leistungserbringung durch individuell auf den Patienten zugeschnittene Behandlungen zu erhöhen.

Wachstum durch gesteigerte Prozesseffizienz erfolgreich realisieren

Durchlaufzeiten sind der massgebliche Kostentreiber der Leistungserbringung. Die Reduktion von Durchlaufzeiten ist damit ein erfolgreiches Instrument zur Steigerung der Prozesseffizienz. Durch die Eliminierung von Verschwendung und Standardisierung von Abläufen kann dem Kostendruck im Gesundheitswesen begegnet werden, denn Wachstum lässt sich so mit begrenztem Personalausbau realisieren. (vgl. Abb. 2).

Rapid Improvement Events – grosse Wirkung in 4,5 Tagen erzielen

Unter Rapid-Improvement-Event (RIE) verstehen wir eine Prozessoptimierungsinitiative, in der 8 bis 12 Personen aus unterschiedlichen Hierarchiestufen und Berufsgruppen, evtl. unter Einbezug von Kunden oder Lieferanten, in 4,5 Tagen angeleitet einen strukturierten Problemlösungsprozess durchlaufen. Voraussetzung ist, dass sich die Gruppe in dieser Zeit nur auf den RIE fokussiert und sich vollumfänglich aus dem Tagesgeschäft herausbewegt.

Die Agenda für eine Rapid-Improvement-Event-Woche ist in Abbildung 3 aufgeführt.

Der angewandte Problemlösungsprozess ist sehr ähnlich dem Vorgehen von Medizinerinnen und Pflegefachpersonen in ihrem Alltag: Nach Analyse der aktuellen Situation («Diagnose») und Definition eines zukünftigen Sollzustandes werden die Ursachen für die auftretende Problemstellung gesucht und eine Hypothese aufgestellt, mit welchen Veränderungen bzw. Tools («Behandlung») der Sollzustand erreicht werden kann. Nach dem bekannten Plan-Do-Check-Act-Zyklus

werden die Lösungsoptionen geplant, ausgetestet, gemessen und angepasst.

Mit einem Rapid Improvement Event den Patientenfluss im Spital erhöhen

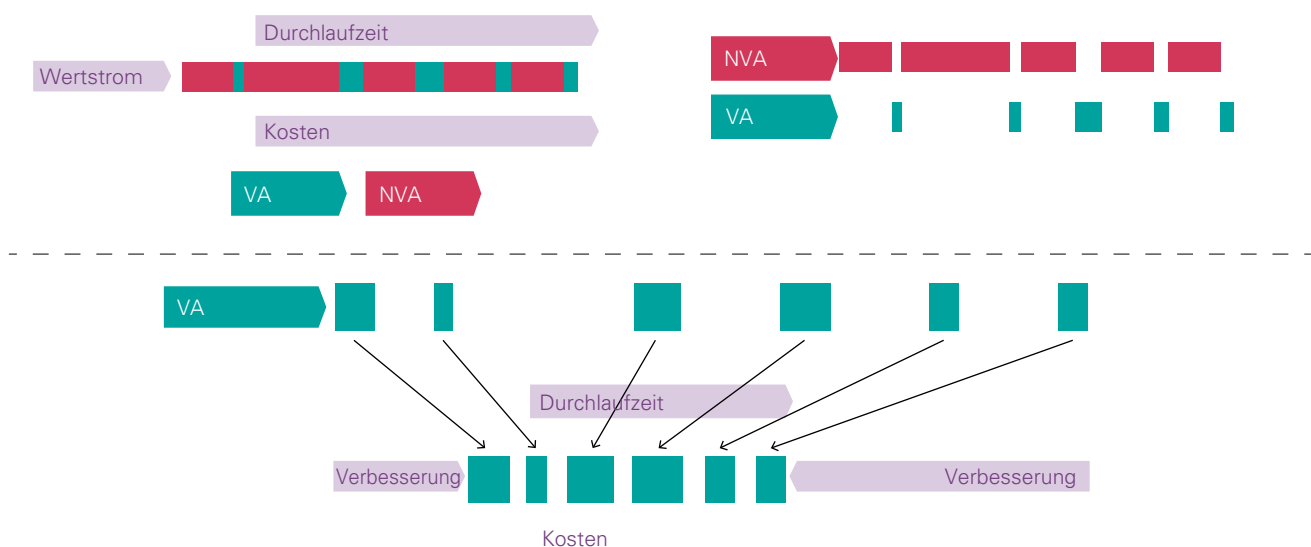
KPMG hat im Spitalumfeld mit Hilfe von RIE verschiedene Erfolge erzielt, welche immer im zweistelligen Prozentbereich lagen. Beispielsweise wurde die Durchlaufzeit des Patienten (Patientenfluss) im ambulanten Bereich um 55 Prozent reduziert. Damit wurden bei den involvierten Personen Kapazitäten von 25 Prozent geschaffen.

Ausgangslage

- Ambulante Patienten hielten sich durchschnittlich 51 Minuten in der Praxis auf
- Totale Betreuungszeit durch medizinische Praxis-assistierende, Arzt und Administration betrug 34 Minuten
- Patient wurde 5 Mal einer anderen Stelle überwiesen (5 Schnittstellen)

Ansatz KPMG

- 4,5 Tage Rapid Improvement Event
- Reduktion der Anzahl Überweisungen des Patienten von einer Stelle zur nächsten (Schnittstellen) von 5 auf 3
- Reduktion des Laufweges des Patienten durch Blutentnahme im Untersuchungszimmer statt im Labor auf einem anderen Stockwerk
- Entwicklung von Standards (Protokollen) für die drei häufigsten Behandlungsfälle
- Abschaffung des Laborempfangs
- Patient wird direkt in das Untersuchungszimmer gebracht
- Anwendung der 6S-Technik im Untersuchungszimmer



● NVA = non-value-adding/nicht wertgenerierend ● VA = value-adding/wertgenerierend

Abb. 2: Verkürzung von Durchlaufzeiten durch Minimierung von Verschwendung (Quelle: KPMG AG)



Abb. 3: Rapid Improvement Event-Zeitplan (Quelle: KPMG AG)

Resultate und Kundennutzen

- Reduktion der Durchlaufzeit eines Patienten um 55 Prozent auf 23 Minuten (Leistungserbringung)
- Steigerung der verfügbaren Kapazität um 25 Prozent (Kostensenkung)
- Kalkulierbarer Endzeitpunkt bezüglich Schichtwechsel der Mitarbeitenden (Mitarbeiterzufriedenheit)
- Reduktion der gesamten Behandlungszeit um 35 Prozent auf 22 Minuten (Kosten)
- Versetzung von 5 Mitarbeitenden: 2 Labortechniker, 2 Rezeptionisten, 1 administrative Assistenz (Kosten)

Welchen Nutzen bringen Rapid Improvement Event

Neben der Optimierung der Performance-Dimensionen «Kosten», «Qualität» und «Zeit» bringen RIEs eine Reihe weiterer immaterieller Benefits für eine Organisation:

- Steigerung der Qualität und der Kundenorientierung, weil jeder RIE mit den Fragen «Für wen und warum tun wir, was wir tun?» und «Was möchte die Zielgruppe wirklich und was ist eigentlich unnötig?» beginnt
- Begeisterung und Befähigung der Mitarbeitenden, Prozessoptimierungen selbständig an die Hand zu nehmen («Ownership»)

- Nutzung der Innovationskraft der eigenen Mitarbeitenden und hohe Identifikation mit dem «neuen Prozess»
- Transformation der Organisation in ein agiles Unternehmen, weil die Organisation des Events, die Durchführung, die Werkzeuge und die Methodik von RIEs von KPMG schrittweise in die Gesundheitsorganisation einfließen
- Schnelle Einarbeitung von neuem Personal bzw. vereinfachter Wechsel zwischen Stationen aufgrund klarer Standards und Prozesse
- Schaffung von Transparenz durch Visualisierung der Ergebnisse



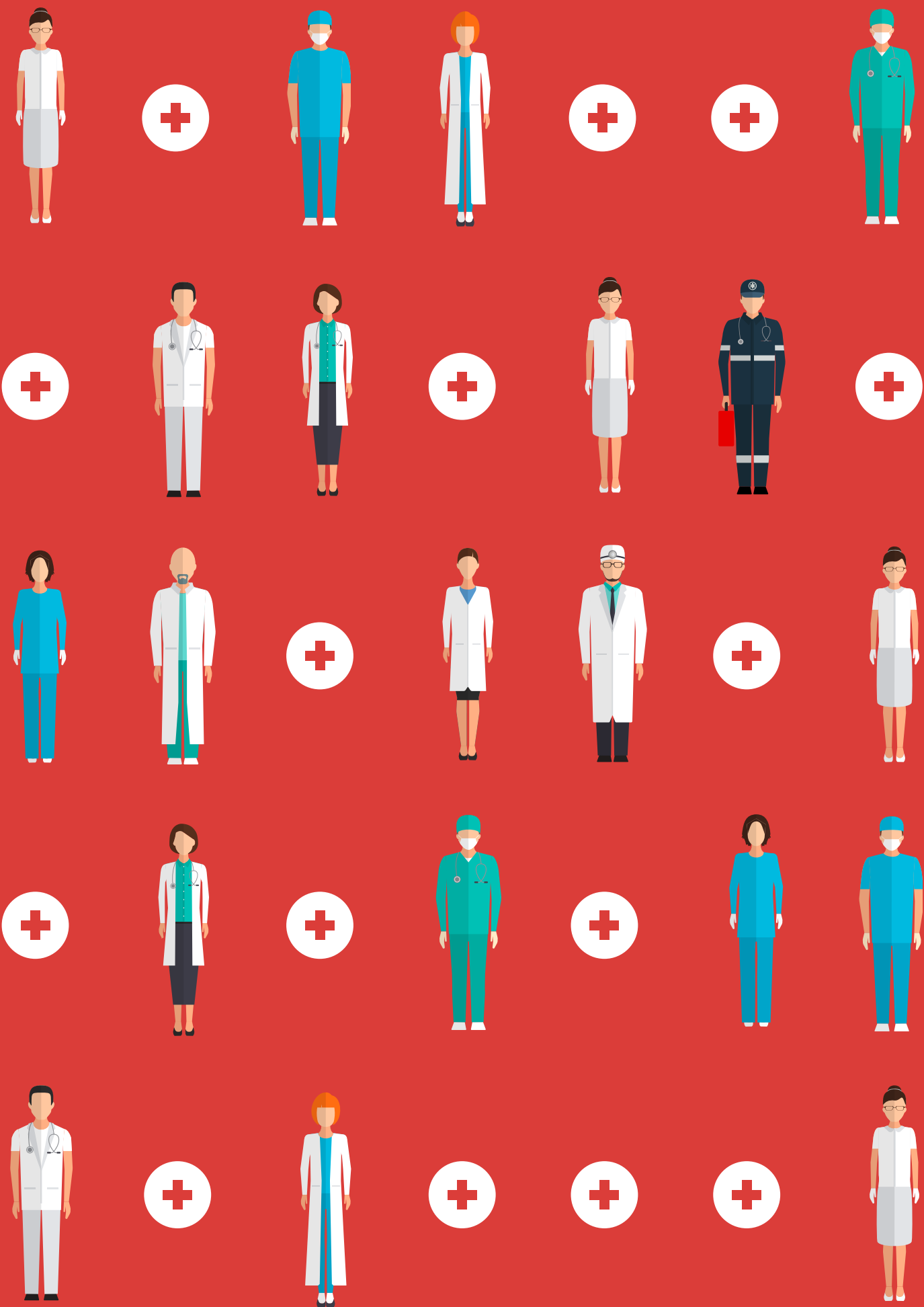
Dietmar Dold
Partner
Transformation
KPMG AG



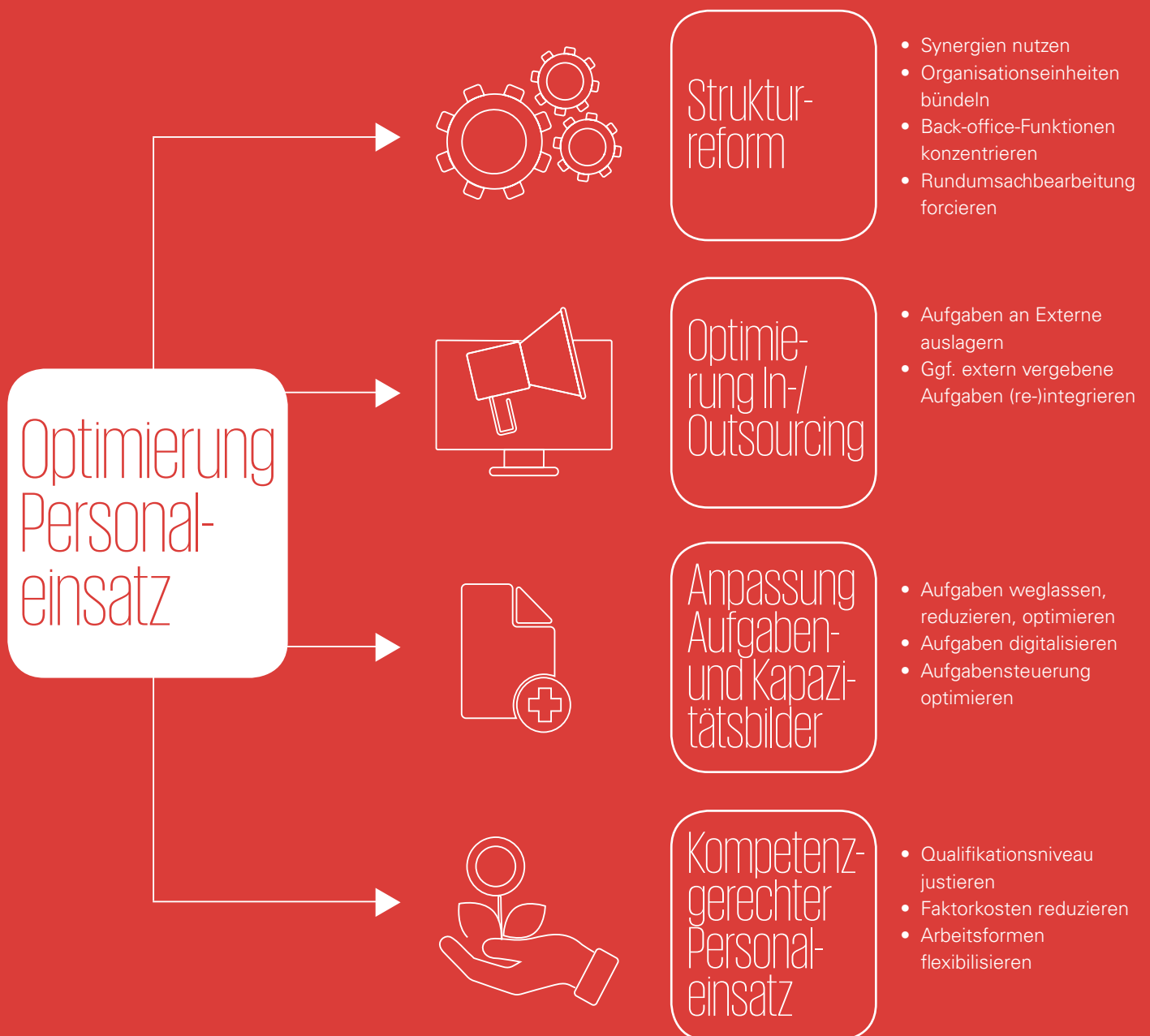
Gabriela Kern
Manager
Advisory Healthcare
KPMG AG

Der Herausforderung knapper Personalressourcen mit optimierten Personaleinsätzen begegnen

Leistungserbringer stehen im Zielkonflikt zwischen Behandlungsqualität, Wirtschaftlichkeit und Arbeitgeberattraktivität. Knappe Personalressourcen verschärfen die Situation und rufen nach Handlungsoptionen. Mit vier zentralen Stellhebeln zur Optimierung des Personaleinsatzes können die aktuellen Herausforderungen gezielt angegangen werden.



Vier zentrale Stellhebel



Hohe Ansprüche an das Gesundheitssystem

Als Patient, Angehöriger, Steuer- und Prämienzahler, Arbeitgeber und Arbeitnehmer stellen wir unterschiedliche Ansprüche an unser Gesundheitssystem. Die Leistungserbringer stehen in einem Zielkonflikt: Die medizinischen und die pflegerischen Leistungen sollen patientenzentriert sein und einen hohen Nutzen erzielen. Gleichzeitig besteht der Anspruch, dass die erbrachten Leistungen und der erzielte Nutzen im Verhältnis zu den verursachten Kosten stehen. Nicht zuletzt wollen die Leistungserbringer auch attraktive Arbeitgeber sein und den Arbeitnehmenden Entwicklungschancen und Gestaltungsspielräume bieten. Diesen Ansprüchen gilt es gerecht zu werden.

Knappe Personalressourcen und überlastete Mitarbeitende

Fakt ist: Ein chronisches Problem im Gesundheitssektor sind nach wie vor die knappen Personalressourcen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)¹ spricht dann von einem Mangelberuf, wenn mindestens zwei der vier Knappheitsindikatoren auf einen Mangel hinweisen. Die Studie kommt zum Schluss, dass es Hinweise auf einen Fachkräftemangel bei den Berufsgruppen der Ärzte, der Pflege und der medizinisch-technischen Berufe gibt. Hinzu kommt, dass die knappen Personalressourcen oftmals zu Überlastung beim bestehenden Personal führen.

Knappe Personalressourcen gekoppelt mit den einleitend erwähnten hohen Ansprüchen an das Gesundheitssystem führen dazu, den Einsatz des Personals durch die Leistungserbringer zu überdenken.

Welche Stellhebel zeigen Wirkung?

Zur Diskussion stehen vier zentrale Stellhebel (vgl. Abb.), die sich die Unternehmensführung zunutze machen kann, um der Herausforderung der knappen Personalressourcen zu begegnen und den Personaleinsatz zu optimieren – mit dem mittelfristigen Ziel, die Personalkostenentwicklung zu stabilisieren.

Die vier Stellhebel in der Praxis

Voraussetzung für die Anpassung der Aufgaben-/Kapazitätsbilder ist die Schaffung von Transparenz betreffend der Frage: Wer macht was mit welchem Ressourceneinsatz? Detaillierte Tätigkeits- und Wertstromanalysen bringen Licht ins Dunkle. Sie sind effektive Werkzeuge zur Identifikation von nicht wertschöpfenden Tätigkeiten und unnötigen Warte- und Lagerzeiten. Des Weiteren geben sie Anhaltspunkte für Strukturreformen und bringen Hinweise, ob Organisationseinheiten zur Nutzung von Synergien sinnvoller gebündelt werden können.

Der Fokus liegt darauf, «die richtigen Dinge richtig zu tun». Hier kommt häufig das Konzept des optimalen Skill-Grade-Mix² ins Spiel. Er wird als der entscheidende Faktor für die Behandlungsqualität und die Ressourceneffizienz gehandelt. Entscheidend sind neben dem Einsatz von Mitarbeitenden mit den richtigen Fähigkeiten, Erfahrungen und Kompetenzen auch das richtige Verhältnis von Mitarbeitenden mit unterschiedlichem Ausbildungsgrad sowie der Mix im interprofessionellen Team.



Gabriela Kern

Manager
Advisory Healthcare
KPMG AG

Stefanie Ruckstuhl

Manager
Advisory Healthcare
KPMG AG

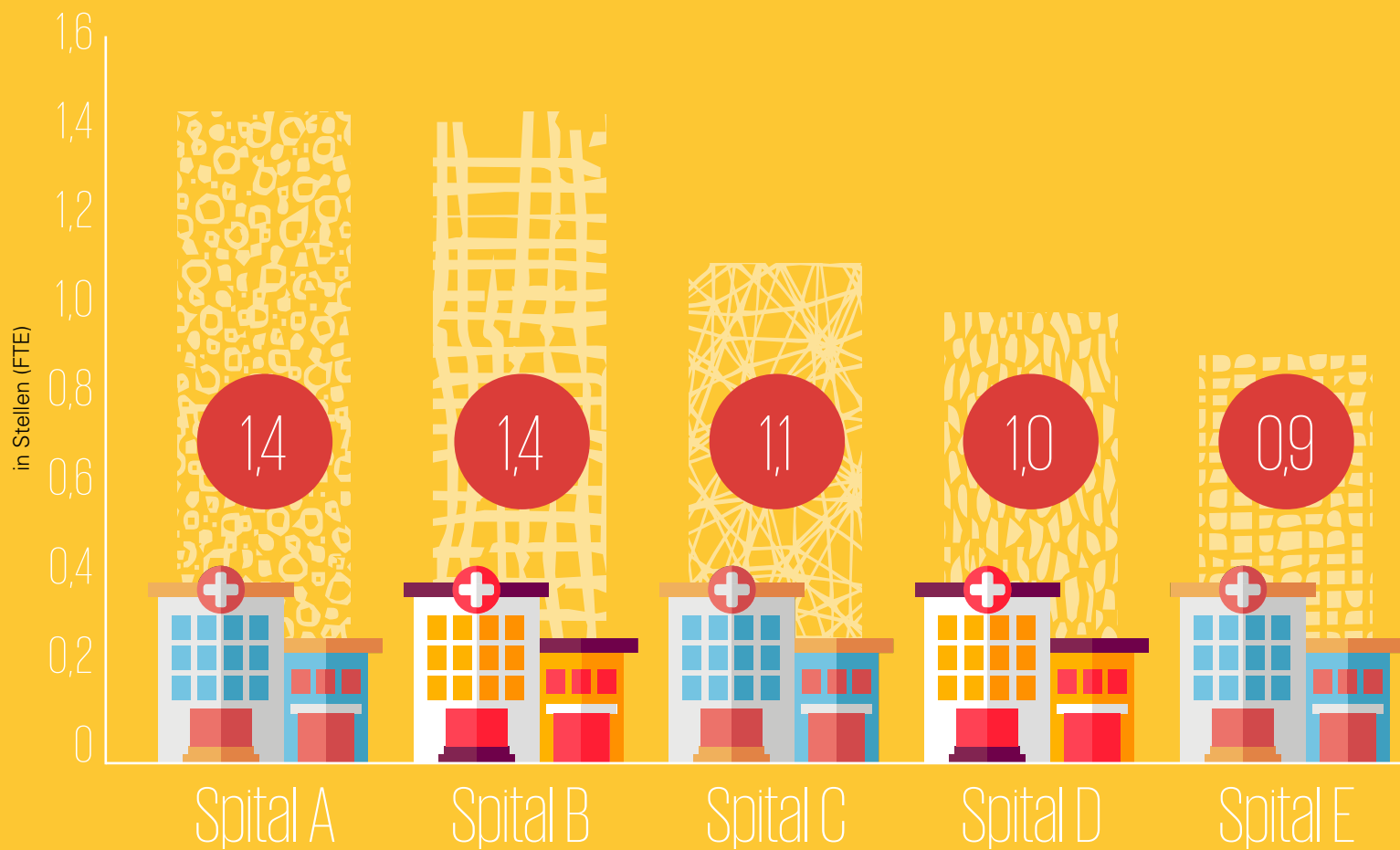
¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan Dossier 53, Analyse der Strukturerhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal, 2016, S. 6. Als Knappheitsindikatoren gelten: Deckungsgrad, Zuwanderungsquote, Arbeitslosenquote und Quote der offenen Stellen.

² Dubois, C.A., Singh, D. (2009): «From Staff-Mix to Skill-Mix and Beyond: towards a Systemic Approach to Health Workforce Management.» Human Resources for Health, 7:87, 1–19.

Bench

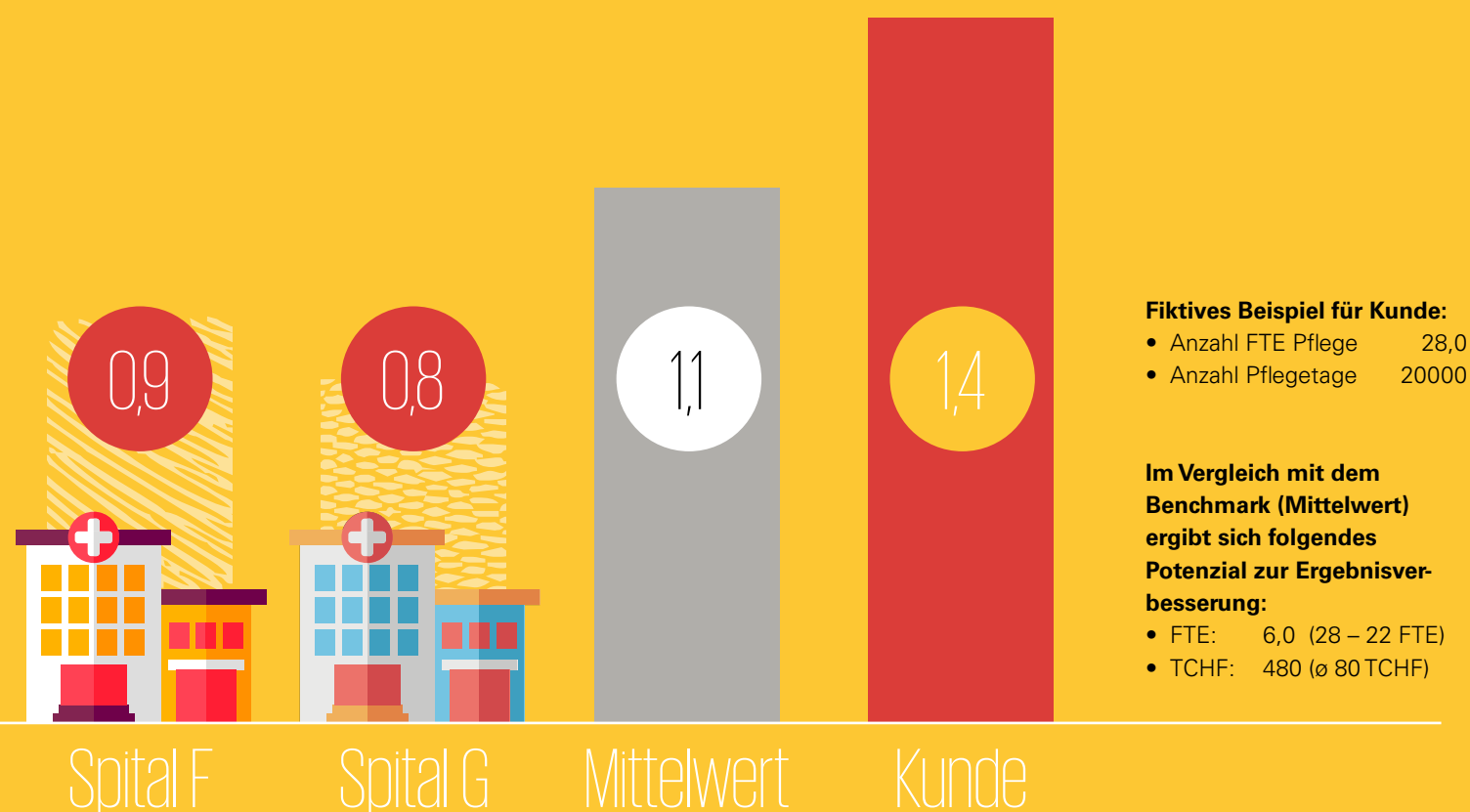
Beispiel Benchmarking im Pflegebereich

Anzahl FTE pro 1000 Pflegetage



marking

im Pflegebereich



Im aktuellen Spitalumfeld erfordert die Ausschöpfung vorhandener Kostenpotenziale für den Pflegebereich eine differenzierte Beurteilung der eigenen Situation, einen tragfähigen Vergleich mit den «Besten» und eine konsequente Umsetzung spezifischer Massnahmen (Führungsspannen, Teamgrössen, Skill-Grade-Mix, Prozessoptimierung, Einsatzplanung, Digitalisierungspotenziale etc.)



Im typischen Schweizer Akutspital bindet der Pflegebereich grosse Personalkapazitäten mit entsprechenden Kostenfolgen. Hinzu kommt, dass die Faktorkosten (Löhne, Zulagen, Sozialleistungen) aufgrund des «ausgetrockneten Arbeitsmarktes» ständig steigen. Gleichzeitig sind die Pflegestationen stark patientenbezogen ausgerichtet und lassen so die medizinischen Dienstleistungen eines Spitals spürbar werden. Insofern ist die Ermittlung und Ausschöpfung von Kosteneffizienzen häufig kein einfaches Unterfangen. Ein systematisches Benchmarking eignet sich gut, um Optimierungsmassnahmen zu ermitteln.

Praxiserprobtes Vorgehen

Idealerweise läuft das Benchmarking in vier Schritten wie folgt ab:

- **Design**
Kick-off, Definition der Erhebungsstruktur, interne Information über das Vorhaben, Erstellung des Datenfiles, Festlegung der Datenquellen für die Ermittlung der externen Vergleichswerte (z.B. Berater)
- **Datenerhebung**
Befüllung des Datenfiles mit eigenen Leistungsdaten sowie mit Personalkapazitäten und Personalkosten

• **Kennzahlenberechnung**

Integration externer Vergleichswerte in das Datenfile, Berechnung der einzelnen Kennziffern, Effizienzberechnung durch Vergleich interner/externer Daten, Ermittlung der Kostenpotenziale auf Basis standardisierter Personalkostensätze

• **Ergebnisanalyse und Massnahmenfestlegung**

Validierung der Ergebnisse mit den Verantwortlichen, ggf. Rücksprache mit den Benchmarking-Partnern, Identifikation von Massnahmen, Festlegung von Umsetzungsfahrplan und -controlling

Spezifische Kennziffern mit klaren Hinweisen auf Potenziale

Im Pflegebereich führt man ein internes und ein externes Benchmarking durch. Einerseits vergleicht man zwischen den einzelnen Pflegestationen (z.B. intensiv, palliativ etc.), andererseits mit den festgelegten Benchmarking-Partnern bzw. vergleichbaren Akutspitälern.

Für den Pflegebereich hat sich die Ermittlung folgender Kennziffern als «treffsicher» erwiesen:

- «Anzahl systemseitig erfasster Pflegtage pro Stelle (gemessen in Full-Time Equivalents)»

- «Durchschnittliche Personalkosten (Löhne und Sozialleistungen) pro Stelle»
- «Anzahl systemseitig erfasster LEP-Minuten pro Stelle»
- «Anzahl Pflegebetten bzw. Pflegeminuten pro Stelle»
- «Anzahl Personen pro Pflegestation im Vergleich zu Anzahl Stellen»

Basierend auf diesen Kennziffern werden die Effizienzpotenziale ermittelt.

Klar identifizierbare Stellhebel zur Steigerung der Performance

Auf Basis des Benchmarking lassen sich strukturelle, prozessorientierte und systembezogene Ansätze zur Kostenoptimierung verfolgen:

1. Strukturelle Massnahmen:

Hier geht es primär um die Organisation der Pflegestationen:

- Reduktion der Führungsspannen der Leitungen
- Vergrösserung der Pflegeteams (Kompensation Abwesenheitszeiten etc.)
- Anpassung der Betreuungsquoten (Anzahl Patienten pro Pflegekraft)
- Optimierung des Skill-Grade-Mix der Pflegekräfte

2. Prozessorientierte Massnahmen:

Im Zentrum stehen folgende Ansatzpunkte:

- Reduktion administrativer Tätigkeiten der Pflegekräfte (Pflegedokumentation, Leistungserfassung, Apothekenbewirtschaftung etc.)
- Reduktion nicht patientenbezogener Tätigkeiten (Personaladministration etc.)
- Standardisierung patientenbezogener Prozesse (z.B. Beziehungspflege mit Angehörigen)

3. Systembezogene Massnahmen:

Hierbei handelt es sich primär um Massnahmen, welche auf die Steuerung abzielen:

- Optimierung der Einsatzplanung (Leistungsspitzenausgleich etc.)
- Nutzung von Digitalisierungsansätzen bei der Leistungserfassung und Pflegedokumentation
- Qualitätsverbesserung bei der Leistungserfassung

Eine aktive, systematische und konsequente Umsetzung der dargestellten zehn Einzelmassnahmen reicht erfahrungsgemäss aus, um einen Pflegebereich unter den «Besten» zu positionieren und vorhandene Kosteneffizienzen auszuschöpfen.



Walter Gratzner
Senior Manager
Healthcare
KPMG AG



Bauen für die Zukunft

Veränderungen von gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen haben zu einem Umbruch im Gesundheitswesen geführt. Für die Sicherung der zukünftigen Wettbewerbsfähigkeit stehen Schweizer Spitäler heute vor der Herausforderung, eine nachhaltige Strategie zu erarbeiten und umzusetzen. Dies beinhaltet auch die sorgfältige Planung der zukünftigen Investitionen in die Infrastruktur und deren nachhaltige Finanzierung.

Der Businessplan als Entscheidungsbasis

Im immer härter umkämpften Gesundheitsmarkt sind eine nachhaltige Positionierung und die Nutzung von Marktchancen unerlässlich. Grundlage dafür bildet die sorgfältige Ausarbeitung der Unternehmensstrategie. Deren detaillierte Überleitung in den Businessplan ist unabdingbar, um den zukünftigen Erfolg des unternehmerischen Vorhabens zu messen und die dafür notwendigen Massnahmen zu planen. Dazu gehören auch die Investitionen in Infrastruktur- und Bauprojekte sowie deren Finanzierung. In der Umsetzungsphase dient der detaillierte Businessplan zur Steuerung und Kontrolle. Schweizer Spitäler planen, in den nächsten 20 Jahren über CHF 15 Milliarden in ihre Infrastruktur zu investieren. Diese Grössenordnung unterstreicht die Bedeutung der sorgfältigen Planung und Umsetzung, um Fehlinvestitionen bei ohnehin knappen Ressourcen durch die detaillierte Abbildung von Wert- und Kostentreibern zu vermeiden.

Die optimale Finanzierung für den langfristigen Erfolg

Die Umsetzung eines massgeschneiderten Konzepts zur Finanzierung der für die Umsetzung des Businessplans notwendigen Infrastruktur stellt eine grosse Herausforderung dar, welche sich langfristig auf den finanziellen Erfolg auswirkt. Der Schweizer Kredit- und Kapitalmarkt ist infolge der verschärften Bankenregulierung und des aktuellen Negativzinsumfelds im Umbruch. Gerade für Institutionen im Gesundheitswesen bieten sich neue, attraktive Finanzierungsoptionen, die sich durch günstige Konditionen, lange Laufzeiten und bisher unbekannte Kapitalgeber auszeichnen. Dabei wird nicht die Minimierung der Finanzierungskosten als alleiniges Ziel verfolgt. Vielmehr müssen unter Berücksichtigung der Unternehmensziele und durch die Bewertung von Finanzierungsrisiken die individuell optimale Struktur und die idealen Kapitalgeber gefunden werden.

Die Kontrolle von Bauprojekten von der Planung bis zur Schlussabrechnung

Infrastruktur- und Bauprojekte werden immer komplexer und erfordern von der Planung bis zur Schlüsselübergabe vorausschauendes und strukturiertes Arbeiten. Dabei gilt es Kosten, Termine und Qualität während des gesamten Prozesses im Gleichgewicht zu halten. Bereits in der Projektierungsphase sollten der Kostenvoranschlag und der Terminplan kritisch auf die Umsetzbarkeit hinterfragt werden. Während der Ausführung können anhand von Stichproben Termin- und Kostenabweichungen frühzeitig erkannt und Gegenmassnahmen eingeleitet werden. Schliesslich deckt die Kontrolle der Schlussabrechnung fehlerhafte Abrechnungen und Auftragsabweichungen auf und gibt Aufschluss über allfällige Mehrkosten. Diese Prüfkativitäten sind auch bei der Mandatierung eines General- oder Totalunternehmers unentbehrlich, um das Leistungsversprechen sicherzustellen oder allfällige Ansprüche aus der Unterschreitung des Kostendachs geltend zu machen.

Der unternehmerische Erfolg als Resultat eines konsequenten Prozesses

Entscheide über Investitionen in Infrastruktur- und Bauprojekte dürfen nicht isoliert gefällt werden. Deren Notwendigkeit muss aus der Strategie abgeleitet und die Wirtschaftlichkeit unter Berücksichtigung der nachhaltigen Finanzierung im Businessplan nachgewiesen werden. Sowohl zu hohe wie auch zu tiefe Investitionen beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit im gleichen Mass, wie eine ungünstige Finanzierung den finanziellen Erfolg über Jahre hinweg schmälert. Die integrierte Planung sowie deren präzise Umsetzung und sorgfältige Kontrolle von der Idee bis zur Schlüsselübergabe bilden die Basis für den unternehmerischen Erfolg.



Oliver Specker
Director
Deal Advisory
Real Estate
Head of Real Estate
St. Gallen
KPMG AG



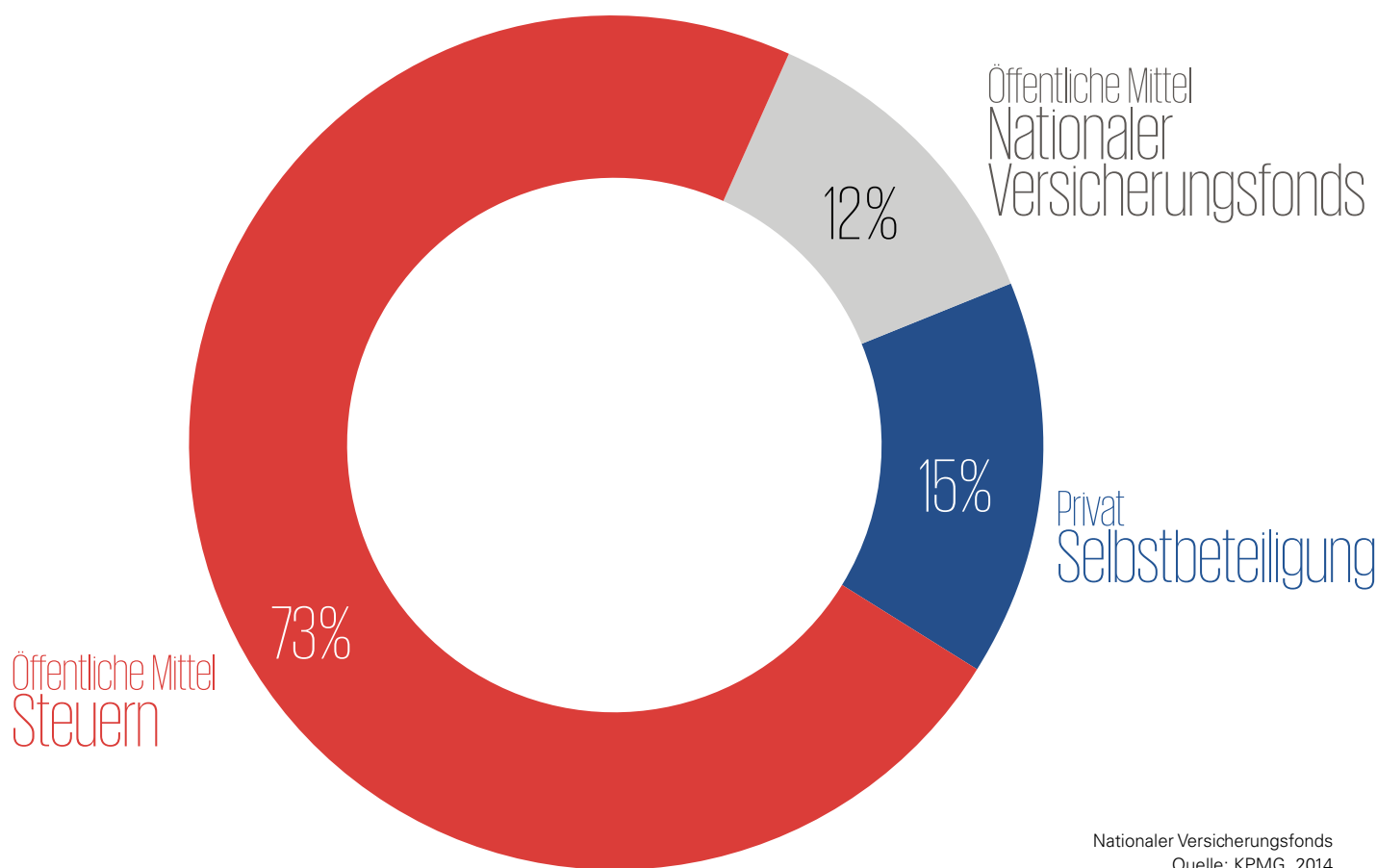
Marc Widmer
Director
Consulting Healthcare
KPMG AG



Alessandro Farsaci
Senior Manager
Restructuring &
Performance
Services
KPMG AG

Das Gesundheitssystem Noregens: Kollektive Verantwortung für die Bevölkerung und deren Gesundheit

Das norwegische Gesundheitssystem wird fast vollständig durch den öffentlichen Sektor finanziert, organisiert und verwaltet. Die Anzahl privater Akteure ist klein. Mit einem HDI (Index für menschliche Entwicklung) von 0,95 steht Norwegen seit dem Jahr 2009 auf Platz eins der am weitesten entwickelten Länder dieser Welt. Dem grösstenteils staatlich geregelten Leistungssystem liegt das Solidaritätsprinzip zugrunde.



Zuständigkeit und Lenkung – ein staatlich verwaltetes System

Die Struktur des norwegischen Gesundheitssystems lässt eine klare administrative Unterscheidung zwischen der medizinischen Grundversorgung, der Administration von Krankenhäusern und den spezialisierten Dienstleistungen erkennen. Das norwegische Ministerium für Gesundheit und Soziales stellt die zentrale staatliche Institution dar. Ihr obliegt die nationale Verantwortung für den Gesundheitssektor. Die 2002 eingeführte Krankenhausreform zog im norwegischen Gesundheitssystem eine schwerpunktmässig öffentliche Verwaltung nach sich. Im Zuge dieses Umbruchs wurde die Bereitstellungs- und Finanzierungsverantwortung

der Krankenhäuser und ambulanten Dienste – bis dahin von den Landkreisen verantwortet – an die regionalen Gesundheitsregionen (Nord, Mitte, West und Süd-Ost) übergeben. Zur Ergänzung der staatlichen Einrichtungen wurde in den letzten Jahren vermehrt eine Reihe von privaten Krankenhäusern und Gesundheitsinstitutionen gegründet. Die privaten Akteure sind über Kooperationsverträge mit den Gesundheitsregionen grossteils in das öffentliche Netz eingebunden. Die Neuetablung wird zudem durch eine restriktive Handhabung beschränkt, um ein Überangebot an Arbeitskräften in urbanen Gegenden zu begrenzen.¹

Aufbau und Organisation – ein stark kommunal geprägtes Gefüge

Die 434 Gemeinden sind in ihrem Wirkungskreis wenig an die regulatorischen Vorgaben der zentralen Staatsverwaltung gebunden und agieren grösstenteils eigenständig. Bereits in den 1970er-Jahren verfolgten norwegische Allgemeinärzte den Gedanken der Einführung eines Listensystems für Patienten, wie es in Grossbritannien schon seit 1948 existiert. Im Jahr 2001 wurde dieser Gedanke in Form eines Hausarztsystems in die Praxis umgesetzt: Jeder Hausarzt bekommt seitdem die Verantwortung für einen festen Patientenstamm, dessen Umfang variieren kann, jedoch eine Grenze nach oben hat. Im Jahr 2013

¹ Sæter T., Heimly V. (1996): «En kort beskrivelse av helsevesenet i Norge». www.kith.no/upload/2154/R13-96HelsevesenetNorge.pdf, letzter Aufruf am 06.06.2015

kamen im Durchschnitt 1150 Patienten auf einen Arzt.² Wie viele davon pro Jahr tatsächlich Kontakt zu ihrem jeweiligen Arzt aufnehmen, ist nicht vorhersehbar. Für das Jahr 2013 wurden 4,2 Arztkonsultationen pro Einwohner gezählt.³ Hausärzte können sowohl direkt bei der Gemeinde angestellt als auch privat praktizierend sein. In letzterem Fall schliessen sie mit der jeweiligen Gemeinde individuelle Vereinbarungen hinsichtlich der Patientenversorgung ab. Ausserhalb der Sprechzeiten von Haus- und Fachärzten gibt es, anders als in Deutschland, eine separate kommunal betriebene Akutambulanz. Ist der Zustand eines Patienten nicht lebensbedrohlich, fungiert diese als erste Anlaufstelle.⁴

Gesetzliche Finanzierung

Das norwegische Gesundheitssystem finanziert sich im Allgemeinen aus zwei Quellen:

- Die Gesundheitsausgaben werden zu 85 Prozent öffentlich finanziert. Etwa 73 Prozent stammen aus Steuermitteln der Gemeinden, Landkreise und des norwegischen Staates. Die verbleibenden 12 Prozent kommen aus dem 1967 eingeführten nationalen Versicherungsfonds. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung wird auch die Sozialversicherung über diesen Fonds finanziert. Unabhängig vom Einkommen sind alle Arbeitgeber und -nehmer, Selbständige und Rentner gesetzlich verpflichtet, in diesen Fonds einzuzahlen. Der Beitrag berechnet sich prozentual vom Bruttoeinkommen.⁵

- Rund 15 Prozent der Gesundheitsausgaben sind Selbstbeteiligungen der Bürgerinnen und Bürger. Diese Selbstbeteiligung ist subsidiär und beispielsweise im Fall von nicht stationären Leistungen zu zahlen. Die leistungsindividuelle Höhe wird durch den norwegischen Staat festgelegt, stellt jedoch alle medizinischen Leistungen nach einer jährlichen Selbstbeteiligung von 200 Euro frei.

Die Verteilung der Finanzmittel an die Leistungserbringer

Das Gesundheitsministerium steht in der Verantwortung, die zur Verfügung gestellten Budgetmittel an die Gesundheitsregionen, Gemeinden und Landkreise zu verteilen. Diese tragen dafür Sorge, dass die finanziellen Mittel den öffentlich finanzierten Leistungserbringern zugeteilt werden. Neben Leistungserbringern wie Krankenhäusern, Akutambulanzen und Hausärzten werden an dieser Stelle auch Privatinstitutionen, die Vertragsabkommen mit den regionalen Gesundheitsbehörden haben, berücksichtigt. Die Finanzierung der somatisch fachärztlichen Versorgung ist im Wesentlichen zweigeteilt. Sie besteht zu 60 Prozent aus einem Basisanteil und zu 40 Prozent aus einem leistungsbasieren Anteil, der sogenannten «Innsatsstyr finansiering» (ISF).⁶ Letztere ist die wichtigste tätigkeitsbezogene Finanzierung für stationäre Behandlungen, ambulante Chirurgie und einige tagesklinische Behandlungen in Krankenhäusern. Poliklinische Behandlungen werden durch die Selbstbeteiligung des

Patienten mitgetragen.⁷ Die nicht somatische fachärztliche Versorgung wird über ein separates öffentliches Budget finanziert. Die Finanzierung der kommunalen Leistungserbringer wie der Akutambulanz, der ambulanten Krankenpflege oder auch der privat praktizierenden Hausärzte wird durch die Gemeinden sichergestellt. Der Festanteil, den die Gemeinden vom Gesundheitsministerium erhalten, ist anhand unterschiedlicher Faktoren gewichtet. Eine gerechte Verteilung der Mittel und ein Ausgleich lokaler Unterschiede sollen somit gewährleistet werden. Patienten kommen anteilig für die erbrachten Leistungen auf, wohingegen Gesundheitsleistungen wie beispielsweise die ambulante Krankenpflege frei von Selbstbeteiligungszuschüssen sind. Privat praktizierende Hausärzte erhalten ein Basisfestgehalt von der Gemeinde. Dieser Anteil macht 30 Prozent des Gesamteinkommens aus. Das übrige Einkommen erzielen Hausärzte durch Patientenselbstbehalte und Einzelleistungsvergütungen. Kommerzielle Versorgungsinstitutionen werden von den Patienten privat finanziert. Private Krankenversicherungen wie in Deutschland gibt es nicht. Neben der gesetzlichen Pflichtversicherung können Bürgerinnen und Bürger jedoch private Zusatzversicherungen abschliessen, die beispielsweise auf das Verkürzen von Wartezeiten bei elektiven Eingriffen und Behandlungen abzielen.

Herausforderungen

Im Hinblick auf gesundheitspolitische Fakten wie Lebenserwartung, Ausgaben für das Gesundheitswesen und

² Norwegisches Gesundheitsministerium: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Fastlegestatistikk/fastlegestatistikk%20%202013%20Omtale.pdf>, letzter Aufruf am 01.06.2015

³ OECD Health Statistics (2014): «Frequently Requested Data», www.oecd.org/berlin/themen/gesundheit.htm, letzter Aufruf am 15.07.2015

⁴ Karsch-Völk, M. et al. (2010): «Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärarztsystem aus ärztlicher Sicht», www.online-zfa.de/media/article/2010/12/3BF5E3F0-EB9B-42E6-8582-B50747A626CC/3BF5E3F0EB9B42E68582B50747A626CC_primaerarzt-norwegen-jbr_1_original.pdf, letzter Aufruf am 15.07.2015

⁵ European Observatory on Health Systems and Policies (2013): «Health Systems in Transition», www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/norway-hit-2013, letzter Aufruf am 06.06.2015

⁶ European Observatory on Health Systems and Policies: «Health Systems in Transition», www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/norway-hit-2013, letzter Aufruf am 06.06.2015

⁷ www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta—ny/ofte-stilte-sporsmal/id534086/, letzter Aufruf am 15.07.2

Anzahl der Ärzte pro Einwohner ist Norwegen bekannt für sein erfolgreiches Gesundheitssystem. Die immer komplexeren Herausforderungen, mit denen auch dieses System konfrontiert ist, werden hierbei gerne übersehen. Der innenpolitische Fokus richtete sich im letzten Jahrzehnt verstärkt auf die fachärztliche Versorgung im Krankenhaus. In vielen Fällen resultieren aus der staatlichen Kontrolle begrenzte Behandlungskapazitäten. Beispielsweise führt die Regelung von Facharztterminen oder elektiven Eingriffen über Wartelisten häufig zu sehr langen Karenzen. Im Bemühen, seine Gesundheitsressourcen effektiver zu verteilen, strebt Norwegen eine Reduktion der Krankenhausbetten und eine Umverteilung von stationären Patienten auf ambulante Versorgungszentren. Der verstärkte Abbau trägt zur Abwanderung der Gesundheitsinstitutionen in Ballungsgebiete bei. Die räumlich immer konzentriertere Versorgungsstruktur erschwert insbesondere der ländlichen Bevölkerung den Zugang zu fachärztlicher Gesundheitsversorgung. Der norwegische Staat hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte innenpolitisch sehr stark für die Entwicklung des Gesundheitssystems eingesetzt. Das Primärarztssystem wurde eingeführt, eine Reduktion der direkten Patientenvorstellungen im Krankenhaus wurde erreicht, staatliche Vertragskooperationen mit privatwirtschaftlichen Institutionen wurden eingegangen und eine «Wartezeitgarantie» wurde gesetzlich festgelegt. Nichtsdestotrotz bleibt der Leitgedanke «gleicher Zugang für alle» eine gesundheitspolitische Herausforderung für die Zukunft.

Gesundheits- politische Fakten



	Norwegen		Schweiz	
	2014	2009	2014	2009
Bevölkerung (in Millionen)	5,1	4,8	8,2	7,8
Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)	81,5	81,0	83,1	82,4
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner)	4,2	4,1	4,1	3,8
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	4,5	4,6	9,3	10,5
Krankenhausbetten (pro 1000 Einwohner)	4,0	4,5	4,7	4,8
Ausgaben für das Gesundheitswesen (in Prozent des Bruttonationalprodukts)	9,2	9,1	11,0	10,4
Ausgaben aus öffentlichen Quellen an Gesundheitsausgaben total (in Prozent)	85,2	84,4	66,0	65,5
Selbstbeteiligung (OOP) an Gesundheitsausgaben	15,3	14,4	26,8	24,7

Quelle: OECD Health Statistics 2013

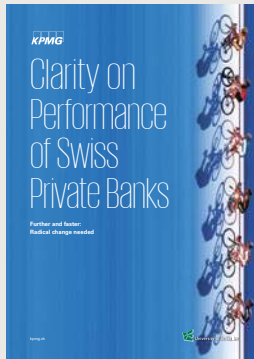


Alexandra M. Rüger
Gesundheitswirtschaft
Consulting
KPMG Deutschland

«Clarity on»-Publikationen

Die «Clarity on»-Serie von KPMG Schweiz bietet ein breites Spektrum an Studien, Analysen und Fachartikeln. Sämtliche Publikationen sind in gedruckter Form sowie online erhältlich. Weiterführende Informationen erhalten Sie unter kpmgpublications@kpmg.com

Aktuelle Ausgaben



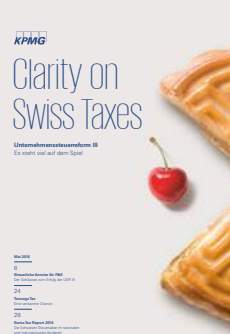
Clarity on
**Performance of Swiss
Private Banks**



Clarity on
Compliance



Clarity on
Cyber Security



Clarity on
Swiss Taxes



Clarity on
Transformation



Clarity on
Non-Life Insurance



Clarity on
Mergers & Acquisitions



Clarity on
Entrepreneurs

🔗 **Clarity on**
kpmg.ch/clarity-on

KPMG Knowledge App

Die KPMG App «Knowledge» bietet schnellen Zugang zum Wissen der KPMG Spezialisten. Die App ist erhältlich für iPad, iPhone und Android Smartphone.

🔗 **KPMG Apps**
kpmg.ch/apps



IMPRESSUM UND KONTAKTE

Für weitere Informationen
bezüglich **Clarity on Healthcare**
wenden Sie sich bitte an:

Michael Herzog

Sektorleiter Healthcare
Leiter Audit Healthcare
Telefon +41 58 249 40 68
michaelherzog@kpmg.com

André Zemp

Leiter Advisory Healthcare
Telefon +41 58 249 28 98
azemp@kpmg.com

Valérie Reymond-Benetazzo

Leiterin Healthcare Romandie
Telefon +41 58 249 55 18
vreymond@kpmg.com

Marc Dominic Widmer

Director
Telefon +41 58 249 41 24
mwidmer@kpmg.com

Elvira Haeusler

Assistant Manager
Telefon +41 58 249 53 87
ehaeusler@kpmg.com

Herausgeber

KPMG AG
Badenerstrasse 172
CH-8036 Zürich

Bestellungen/Anschriftenänderung

Christa Erne
Telefon +41 58 249 29 70
cerne@kpmg.com

Konzept und Redaktion

Mareva Freites Lecerf &
Daniela Wüthrich, KPMG AG

Design

konkret, Baldegg

Print

PrintCenter, Hergiswil

Bilder

Cover: Shutterstock
Seite 1: Shutterstock
Seite 4: Shutterstock
Seite 6: Shutterstock
Seite 8: Shutterstock
Seite 12: zVg
Seite 14: iStock
Seite 16: Shutterstock
Seite 22: Shutterstock
Seite 24: Shutterstock



Artikel dürfen nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und unter Angabe der Quelle «Clarity on Healthcare von KPMG» erneut veröffentlicht werden.

Die hierin enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und beziehen sich daher nicht auf die Umstände einzelner Personen oder Rechtsträger. Obwohl wir uns bemühen, genaue und aktuelle Informationen zu liefern, besteht keine Gewähr dafür, dass diese die Situation zum Zeitpunkt der Herausgabe oder eine künftige Situation akkurat widerspiegeln. Die genannten Informationen sollten nicht ohne eingehende Abklärungen und professionelle Beratung als Entscheidungs- oder Handlungsgrundlage dienen. Bei Prüfkunden bestimmen regulatorische Vorgaben zur Unabhängigkeit des Prüfers den Umfang einer Zusammenarbeit.

© 2016 KPMG AG ist eine Konzerngesellschaft der KPMG Holding AG und Mitglied des KPMG Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, der KPMG International Cooperative ("KPMG International"), einer juristischen Person schweizerischen Rechts. Alle Rechte vorbehalten.

