

Verkürzter Spitalaufenthalt

Eine Herausforderung auch für Spitex und Reha



Inhalt

Chancen dank Einbezug aller am Prozess Beteiligten

Seite 1

Evidence based Practice und Casewise Corporate Modeler

Seite 4

Werkstätten Buecherwäldli evaluieren neue ERP-Lösung

Seite 6

Neue Investitionskostenfinanzierung führt nicht zum Bankrott der Zürcher Spitäler

Seite 8

Stabile Fallkosten mit dem Wechsel von APDRG zu SwissDRG

Seite 10

DRG und Pflege – eine Herausforderung

Seite 12

Annekäthi Bischoff, bischoff@keller-beratung.ch

Chancen dank Einbezug aller am Prozess Beteiligten

Veränderungen im Gesundheitswesen, z.B. die Einführung von SwissDRG 2012 oder die Einführung der neuen Pflegefinanzierung 2011, welche u.a. eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer der Patienten im Spital oder Veränderungen der Finanzierung in der Spitex zur Folge haben, wirken sich für alle Beteiligten, Patienten und Angehörige, Spitäler, Spitexorganisationen, Heime unmittelbar aus.

Einerseits müssen Patienten, mit z.T. komplexen Pflegesituationen, in einer immer kürzer werdenden Zeitspanne auf ihre Spitalentlassung vorbereitet werden.

[weiter auf Seite 2](#)



Annekäthi Bischoff

Andererseits sind nachbetreuende Organisationen vermehrt mit der Übernahme der Betreuung von Patienten mit aufwendiger Pflege konfrontiert. Beides geschieht unter Einbezug der gesundheitlichen Situation, der sozialen Gegebenheiten der Patienten sowie wirtschaftlichen Aspekten und stellt oftmals eine echte Herausforderung dar. Damit wird die Koordination und Organisation des Übertritts noch wichtiger für die Kontinuität in der Betreuung.

Im Sommer 2010 organisierte die Keller Unternehmensberatung in Olten eine Tagung zum Thema wie die Schnittstelle zwischen Spital und Spitex oder der Übertritt der Patientinnen und Patienten zwischen den Versorgungssystemen gemeistert werden kann. Das Thema ist auf grosses Interesse gestossen und es haben über 40 Personen teilgenommen.

Die Tagung stellte eine Plattform zur Verfügung, auf der die Referentinnen das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchteten, ihre Lösungsansätze aufzeigten und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern diskutierten.

Im Pilotprojekt EVA – Entlastung dank Verbesserung des Austrittsmanagements- wurde im Kantonsspital Baden untersucht, ob bei Patienten mit komplexen gesundheitlichen Problemen durch gezieltes Care Management in den ersten fünf Tagen nach Spitalentlassung eine Verbesserung der Schnittstellen-Betreuung erreicht werden kann. Die Resultate zeigen, dass die Zufriedenheit der Patienten und der Angehörigen grösser ist und die Hausärzte die Austrittsinformationen der Patienten als besser beurteilten, als in der Kontrollgruppe.



Berta Willmann

Mit Patientenedukation werden in der Universitätsklinik für Dermatologie am Inselspital in Bern Patienten und Bezugspersonen befähigt, nach dem Spitalaustritt die Therapien zu Hause in ihren Alltag zu integrieren und angepasst durchzuführen. Sie lernen Veränderungen rechtzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren. Das Ziel ist, ein effizientes Therapiemanagement zu erreichen und die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten zu fördern. Mit einem einheitlichen, zielgerichteten, koordiniertem Vorgehen und geeigneten Hilfsmitteln wird den Patienten Wissen und Fertigkeiten vermittelt. Patienten äussern sich nach einer Mikroschulung in der Durchführung der Therapie sicher zu fühlen und die umfassenden Informationen zu schätzen, die Eigenverantwortung der Patienten wird gefördert und nachbetreuende Stellen, z.B. die Spitex kann die Therapie besser fortsetzen.

Aus der Erkenntnis, dass die Definition für „komplexe Fälle“ im Spital oft nicht mit der Definition für „komplexe Fälle“ der Spitex übereinstimmt, die Informationen oft sehr kurzfristig erfolgen und die Übertritts-Dokumentation manchmal unvollständig oder fehlerhaft ist, Rezepte für die Medikation fehlen oder unvollständig sind, wurde die Spitex Wettingen aktiv und hat ein „Konzept Fallführung“ erarbeitet. Während des gesamten Betreuungs- und Pflegeverlaufs ist die fallführende Pflegefachfrau die zentrale Bezugsperson für die Klientinnen und Klienten, plant und koordiniert den Versorgungsprozess und gewährleistet damit eine hohe Kontinuität in der Betreuung. Mit Fallbesprechungen und regelmässiger Überprüfung der Pflege- und Betreuungsziele wird die Qualität sichergestellt.

In einer Evaluationsstudie zum Thema „Praxisoptimierung im Nahtstellenbereich: Spitex Basel und Liaisondienst Medizin“ am Universitätsspital Basel wurde überprüft in wie weit sich die Einschätzungen des Pflegebedarfs zwischen Spital und Spitex für hoch betagte Patienten decken, wie häufig und welche Art von Abweichungen vorkommen. Die Studie zeigte, dass es markante Unterschiede in der Einschätzung z.B. des Pflegebedarfs gab und Spital und Spitex unterschiedliche Schwerpunkte in der Einschätzung hatten.

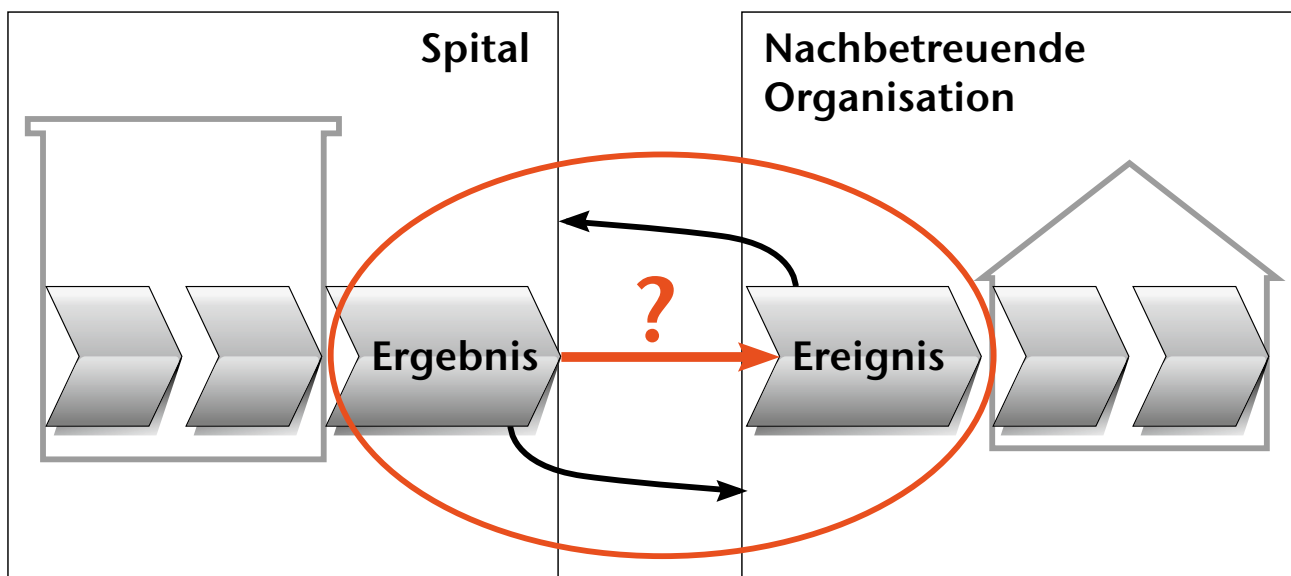
In der Spitex Basel sind verschiedene Verbesserungen eingeführt worden, um den Nahtstellenbereich zwischen Spital und Spitex zu verbessern. Eine zentrale Anmeldestelle bearbeitet alle Anmeldungen, die via E-Mail, Fax oder Telefon mit standardisiertem Formular eingehen. Speziell ausgebildete und erfahrene Pflegefachpersonen, so genannte Abklärerinnen, führen die Vorabklärungen bereits im Spital durch. Kurzfristige Anmeldungen leiten sie an die Spitex Transit, zuständig für die schnelle Übernahme von Pflege und Betreuung

nach kurzfristigem Spitalaustritt, weiter, alle übrigen an eines der 8 Zentren.

Auch das abschliessende Referat befasste sich mit der Nahtstelle Spitex-Spital, der Optimierung des Übertrittsprozederes Spitaler – Spitex im Kanton Baselland mit drei Spitalern, einer Psychiatrie und 26 Spitexorganisationen. Der Spitexverband Baselland steht hier vor der Aufgabe mit den beteiligten Organisationen Anforderungen, Inhalt und Abläufe der Übertritte zu definieren.

Fazit

Die Ausrichtung der Abläufe auf die Anforderungen der Patienten, das Abstimmen von Teilleistungen zur Erreichung von Gesamtergebnissen, der Einbezug aller am Prozess Beteiligten ermöglicht es, unterschiedliche Sichtweisen und Bedürfnisse sichtbar zu machen und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. ◀



Annekäthi Bischoff, bischoff@keller-beratung.ch

Evidence based Practice und Casewise Corporate Modeler



Aktuelle Veränderungen im Gesundheitswesen stellen die Pflege vor neue Herausforderungen. Evidence-Based Practice ist ein möglicher Ansatz, diesen Anforderungen zu begegnen und in der täglichen Pflegepraxis für die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu sorgen.

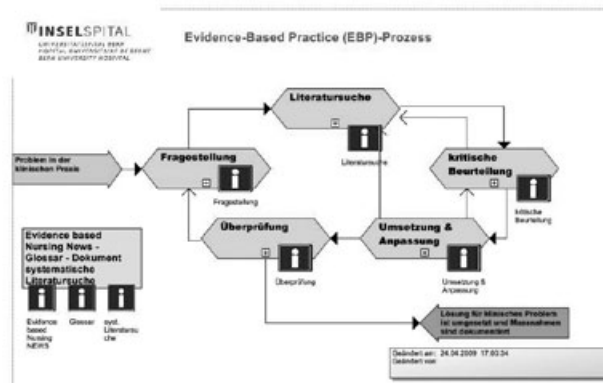
Interview mit Monica Fliedner, MSN, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Bereich Fachentwicklung und Forschung, Inselspital Bern

Vor einiger Zeit haben die Pflegeexpertinnen des Bereichs Fachentwicklung und Forschung im Rahmen eines Projektes den Evidence Base Practice Prozess (EBP-Prozess) erarbeitet und mit Casewise Corporate Modeler modelliert. Können Sie uns erklären, was Evidence Based Practice bedeutet und welche Ziele verfolgt werden?

Monica Fliedner: Unter Evidence based Practice verstehen wir am Inselspital, die Patientinnen und Patienten mit einer effektiven, effizienten, adäquaten und qualitativ hochwertigen Pflege, Betreuung und Therapie zu versorgen. Dies soll mit bezahlbaren Kosten erfolgen. Erfahrung, Patientenpräferenzen, verfügbare Ressourcen und wissenschaftliche Erkenntnisse bilden dazu die Basis, die kritisch reflektiert und für die klinische Praxis genutzt werden. Evidence based Practice heisst in einer konkreten Patientensituation

für ein Problem eine Lösung zu finden, welche die unterschiedlichen Anforderungen berücksichtigt und den bestmöglichen Weg wählt.

Die folgende Abbildung zeigt den Evidence-Based Practice Prozess des Inselspitals, die Übersicht über den Prozess, die Teilprozesse und Informationselemente.



Was hat Sie veranlasst, diesen Prozess mit Casewise Corporate Modeler zu modellieren?

Der EBP-Prozess ist ein komplexer Prozess, der hohe Anforderungen stellt. Wir suchten eine Möglichkeit, wie man diesen komplexen Prozess der Praxis näher bringen kann. Für uns war wichtig, dass die einzelnen Schritte einfach verständlich und klar dargestellt werden, damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis sie verstehen und ihnen folgen können.

Die Mitglieder der Projektgruppe wurden in Casewise Corporate Modeler eingeführt und entwickelten den Prozess gemeinsam.

Die Umsetzung des Prozesses in den Klinikalltag erfolgte mit Schulungen für die Anwender zu den einzelnen Prozessthemen, z.B. Literatursuche oder kritische Beurteilung. Die Prozessdarstellung bildete jeweils den Rahmen. Mit „Walk-In“-Schulung in der Bibliothek mehrmals pro Jahr wird den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Prozess erklärt.

Die Möglichkeit weiterführende Informationen zur Verfügung zu stellen, war ein weiterer Grund. Dokumente, z.B. Anleitungen zu methodischem Vorgehen, Checklisten, oder Links zu Literaturdatenbanken wie Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PEDro (Physiotherapy Evidence Database), CareLit (deutschsprachige Literatur-Datenbank für Management, Pflege und andere Sozialberufe).

Wie wurde dieser Prozess von den Pflegenden aufgenommen? Wird er gelebt?

Der Prozess wurde als hilfreich und nützlich aufgenommen, mit einer klar strukturierten Anleitung, wie der Prozess in der Praxis angewendet werden muss.

Die Links zu den Dokumenten und Websites bieten einen weiteren Vorteil: die Anwender sehen nicht nur, was man tun muss, sondern sie haben auch gleich die benötigten Instrumente zur Verfügung.

Aber immer wieder braucht es einen Antrieb und Unterstützung, nicht zuletzt vom Management, den Weg der Evidence Based Practice nach dieser Systematik zu folgen.

Was sind Ihre wichtigsten Erfahrungen, Erkenntnisse, z.B. Vorteile, Schwierigkeiten mit der Software?

Mit Casewise können verschiedene Ebenen definiert werden, auf denen man unterschiedliche Detaillierungen des Prozesses darstellen kann. Das heisst, man kann sich auf verschiedenen Ebenen bewegen, je nach Auftrag, der zu bearbeiten ist. Im Grunde kann dieser Prozess mit dem Pflegeprozess verglichen werden. Die Pflegeexpertin hat die Verantwortung für den gesamten Prozess. Die Pflegefachpersonen am Bett sollen den EBP-Prozess im übergeordneten Sinn kennen und verstehen, wie er funktioniert ohne in die Details gehen zu müssen. Eine Pflegefachperson mit einer weiterführenden Ausbildung dagegen muss einzelne Teile des Prozesses tatsächlich durchführen können, z.B. Literatur suchen und beurteilen. Sie geht somit eine Ebene tiefer in diesen Prozess hinein.

Ein weiterer Vorteil ist die Möglichkeit, Informationen zu verlinken und damit einfach zugänglich zu machen. Die Beschränkung der Anzahl Dokumente war manchmal hinderlich. Dass die Links für die Anwender sichtbar sind, ist eigentlich nicht notwendig. Ich fände es gut, wenn die Links analog den Hyperlinks in anderen Programmen eingerichtet wären.

Gerne hätten wir in der Modellpalette andere Farben oder Symbole benutzt, was aber die betriebsinternen Standards zu diesem Zeitpunkt nicht erlaubten.

Ein Nachteil ist, dass die Software Casewise Corporate Modeler nicht einfach von allen angewendet werden kann und geschult werden muss einschliesslich der Möglichkeit, einer Ansprechperson für Fragen im Nachhinein.

Wir stellen manchmal auch fehlendes Prozessdenken fest: die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis haben ein Problem, das gelöst werden muss, der Prozess ist dabei sekundär. Aber die Darstellung des EBP-Prozesses veranschaulicht, was zur Problemlösung alles dazugehört und berücksichtigt werden muss.

Trotz allem hat Casewise Corporate Modeler es uns ermöglicht, diesen komplexen Prozess für die Nutzer klar und verständlich darzustellen und erleichtert damit die Umsetzung in der Praxis.

Frau Fliedner, herzlichen Dank für das Interview.

Bei Fragen erreichen Sie Frau Fliedner über:
Monika.Fliedner@insel.ch ◀

Casewise Corporate Modeler

Casewise Corporate Modeler ist eine moderne, datenbankgestützte Software zur Darstellung und Optimierung von Geschäftsprozessen sowie Unternehmens- und IT-Architekturen. Die gesamte Produktpalette umfasst verschiedene Tools zur Darstellung und Publikation der Prozesse im Intranet bzw. Internet sowie zur aktiven Prozesssteuerung als Workflow-Lösung.

Eine ganze Reihe von Institutionen des Gesundheitswesens und der öffentlichen Hand setzen die Software erfolgreich ein, sei es für das Prozessmanagement oder beispielsweise für die Prozessdokumentation für das Qualitätsmanagement z.B. nach ISO.

Die Keller Unternehmensberatung AG setzt Corporate Modeler selber ebenfalls erfolgreich für Prozessmanagement-Projekte ein. Zudem verkaufen, schulen und supporten wir die Software für die Kunden in der Schweiz.

Weitere Informationen finden Sie auf der Website der Keller Unternehmensberatung AG, dem Vertrieb in der Schweiz: www.keller-beratung.ch, bei der Generalvertretung für den deutschsprachigen Raum: www.cw-innovations.de oder natürlich auch beim Hersteller: www.casewise.com.

Xaver Vonlanthen, vonlanthen@keller-beratung.ch

Werkstätten Buecherwäldli evaluieren neue ERP-Lösung

Die im Buecherwäldli Uzwil eingesetzten Lösungen mussten zwingend abgelöst werden, da die aktuellen Anforderungen auch aufgrund des stark gewachsenen Betriebes nicht oder nur ungenügend erfüllt werden konnten. Die Leitung des Buecherwäldli hat deshalb beschlossen, eine ERP-Lösung zu evaluieren. Die Keller Unternehmensberatung konnte dabei das Evaluationsteam in der Rolle der Projektleitung unterstützen.

Die ERP-Lösung für das Buecherwäldli Uzwil, Heilpädagogische Vereinigung Gossau-Untertoggenburg-Wil, muss die Module Finanz- und Rechnungswesen inkl. Kostenrechnung, Personalinformationssystem, Produktionsplanungssystem, Materialbewirtschaftung, Adressdatenverwaltung und Klientenadministration abdecken.

Dabei wurde eine Lösung gesucht, welche vor allem die branchenspezifischen Anforderungen gut abdeckt und über eine integrierte Lösung im Bereich der Produktionsplanung verfügt. Zudem sollte sich der Einführungspartner über Know-how und Referenzen aus ähnlich gelagerten Projekten ausweisen können.

Das Evaluationsteam hat eine Branchenlösung ausgewählt, welche auf einer weit verbreiteten Standard-ERP-Lösung basierend, die spezifischen Anforderungen aufgrund der Bewertungen am besten erfüllte. Der Einführungspartner konnte während den Drehbuchpräsentationen sein branchenspezifisches Wissen unter Beweis stellen und seine Kompetenz mit Referenzprojekten untermauern.

Der externe Berater führte das Evaluationsteam von der Phase Pflichtenhefterstellung bis zur Vertragsunterzeichnung. Neben dem Pflichtenheft als Basis für die Ausschreibung wurde auch die Drehbuchtechnik zur Auswahl der Applikationen eingesetzt.



Interview mit Brigitte Scheiwiller, Leiterin Administration und Hansjörg Ruckstuhl, Leiter Werkstätten

Welche Gründe führten zur Entscheidung, die Evaluation durch externe Beratung begleiten zu lassen? Welche Erwartungen stellten Sie an den externen Berater?

B. Scheiwiller/HJ. Ruckstuhl: Wir verantwortlichen Bereichsleiter für die Evaluation hatten keine Erfahrung in diesem Bereich und konnten so unseren Zeitaufwand minimieren. Aus diesem Grunde haben wir uns entschieden, uns durch einen externen Berater unterstützen zu lassen.

Wurden Ihre Erwartungen erfüllt? Gab es Wissenstransfer, welches Sie auch für andere Projekte nutzen können?

Ja, Herr Vonlanthen hat unsere Erwartungen voll erfüllt und uns sehr gut unterstützt. Er hat für uns Vorlagen für das Erstellen des Pflichtenheftes erstellt und einen Raster für deren Beurteilung. Ebenfalls hat er den Kontakt zu den von uns gewünschten Firmen aufgenommen und hergestellt. Gewisse Vorgehensweisen können auch bei einem nächsten Projekt angewendet werden.

Wie erlebten Sie das Vorgehen mit der Drehbuchtechnik? Werden Sie dieses Vorgehen auch bei anderen Evaluationen anwenden?

Wir könnten uns vorstellen, dass wir dieses Vorgehen, allenfalls auch in einer verkürzten Form bei einer nächsten Evaluation anwenden werden.

In welchen Situationen war Ihnen der externe Berater wichtig und konnte Sie unterstützen?

Er hat uns den Faden resp. den Ablauf bei einer Evaluation vorgegeben und uns besonders im admini-

strativen Bereich mit Vorlagen, Zusammenfassungen, Kontaktaufnahme und Terminabsprache mit den Firmen etc. unterstützt.

Wo hat sich Zusammenarbeit mit dem externen Projektleiter bewährt? Was würden Sie allenfalls anders machen?

Er hat uns eine Struktur und den dazugehörigen Zeitplan vorgegeben. Auch hat er geschaut, dass wir diesen einhalten. Wir würden nach heutiger Sicht und in diesem Zusammenhang nichts anders machen.

Vielen Dank für das Interview und viel Erfolg mit der neuen IT-Lösung! ◀

Die Werkstätten Buecherwäldli sind ein wertvolles Lern- und Betätigungsfeld für Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Sie werden von einem agogisch ausgebildeten Fachteam gefördert, begleitet und in der individuellen Entwicklung unterstützt. Ziel dieser Fachbegleitung ist die Erreichung eines höchstmöglich selbstbestimmten Lebens und Integration in die Gesellschaft und Berufswelt.

In Produktionsgruppen von 10 bis 14 Mitarbeitenden werden Kundenaufträge aus KMU- und Industriebetrieben der Region ausgeführt.

- Mechanische Bearbeitungen mit konventionellen oder CNC-gesteuerten Bearbeitungsmaschinen: Sägen, entgraten, bohren, gewindeschneiden, drehen, fräsen, gravieren.
- Spanlose Verformungs- Verbindungstechniken: Stanzen, biegen, pressen; schären und taumelnieten, hartlöten, punktschweissen
- Montagetechnik: Wir montieren Geräteteile (Komponenten) oder ganze Apparatemodule insbesondere für Kunden aus folgenden Branchen: Anlagebau, Apparatebau, Elektrotechnik, Elektronik.
- Industriesektor: Ausrüsten, falten, zusammentragen, etikettieren, verpacken, versenden von Mailings oder ganzen Verkaufsordnern. Abzählen, abwägen, verschweissen

Nebst dem Produktionsbereich haben wir auch noch 42 Plätze in unseren Werk- und Beschäftigungsgruppen für Menschen mit schwerer und/oder mehrfacher Behinderung.

Apéro-Veranstaltung für Führungsverantwortliche

Spitalstrategie – Ausrichtung auf 2012 und danach

Mittwoch, 16. März 2011,
16.00 – 18.00 Uhr in Olten

Das Kantonsspital Obwalden, das Stadtspital Waid Zürich und die Solothurner Spitäler AG stellen ihre Strategie im Hinblick auf 2012 und die Folgejahre vor.

Es referieren:

- Rita Anton, Spitaldirektorin,
Kantonsspital Obwalden
- Rolf Gilgen, Spitaldirektor,
Stadtspital Waid Zürich
- Dr. Kurt Altermatt, Direktionspräsident,
Solothurner Spitäler AG

Das Detailprogramm erscheint im Januar 2011 auf unserer Website www.keller-beratung.ch.

Anmeldungen werden ab sofort unter info@keller-beratung.ch oder 056 483 05 10 gerne entgegengenommen.

Die Teilnahme ist kostenlos. Die Anmeldung wird bestätigt.

Dr. Othmar Hausheer, hausheer@keller-beratung.ch

Neue Investitionskostenfinanzierung führt nicht zum Bankrott der Zürcher Spitäler

Eine Privatisierungswelle ist nicht zu erwarten



Interview mit Willy F. Rufer, Geschäftsführer Verband Zürcher Krankenhäuser VZK

Die geltenden gesetzlichen Grundlagen für die Festlegung der Fallpauschalen sehen eine Abgeltung der Anlagenutzungskosten auf der Basis von Anschaffungswerten vor. Spitäler mit älterer Bausubstanz können somit die künftigen Investitionen nicht vorfinanzieren? Könnte dies bei Zürcher Spitälern zur Aufgabe der Betriebstätigkeit oder zu sinkender Qualität/Komfort führen?

Willy Rufer: Die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung (VKL) soll sicherstellen, dass in der ganzen Schweiz eine einheitliche Rechnungslegung der Spitäler erfolgt. Sie sagt aber nichts darüber aus, ob ihre Bestimmungen betriebswirtschaftlich korrekt sind. H+ die Spitäler der Schweiz hat bei Bundesrat Burkhalter interveniert und eine Änderung der Bewertung der Anlagenutzungskosten zu Wiederbeschaffungswerten verlangt. Dies wurde aber vom EDI abgelehnt. Der VZK setzt sich nach wie vor dafür ein, dass den auszuhandelnden Basisfallpreisen betriebswirtschaftlich korrekte Werte zu Grunde liegen. Er geht deshalb nicht davon aus, dass Zürcher Spitäler aufgrund der künftigen Investitionskostenfinanzierung bankrott gehen. Schon gar nicht sollen Qualitäts- oder Komforteinbussen toleriert werden.

Das im Kanton Zürich in Vernehmlassung befindende Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz sieht vor, dass der Regierungsrat Spitälern Darlehen gewähren kann, wenn z.B. das Spital die erforderlichen Mittel nicht selbst aufbringen kann. Wird mit diesem Instrument das mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 angestrebte Ziel, eines selbst zu verantwortenden Mitteleinsatzes und einer risikoorientierten Investitionsplanung gerade wieder unterlaufen?

Die Gewährung von Darlehen durch den Staat ist als Alternative zur Mittelaufnahme auf dem Finanzmarkt zu verstehen und somit wettbewerbsneutral. Spitäler mit einem Investitionsrückstand werden nicht darum herumkommen Fremdkapital aufzunehmen. Dieses soll aber dann mit einem in den SwissDRG-Pauschalen ausreichenden Kapitalkostenanteil amortisiert und verzinst werden können.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich geht davon aus, dass der Investitionsanteil in den Pauschaltarifen voraussichtlich 10–12% beträgt. Ist dies ein Zuschlagsatz auf der Basis der anrechenbaren Betriebskosten oder der prozentuale Anteil an den Vollkosten?

Der Zuschlagsatz ist auf der Basis der anrechenbaren Betriebskosten gedacht und beträgt nach unseren letzten Informationen nun 12%.

Ist davon auszugehen, dass der Kapitalkostenanteil von 10 bis 12% die Refinanzierung der Zürcher Spitäler sichert? Wenn nein, gibt es seitens der Zürcher Spitäler Kalkulationen und Vorstellungen über die notwendige Höhe des Kapitalkostenanteils?

Ein Kapitalkostenanteil in dieser Höhe ist klar ungenügend. Der VZK hat mit fünf grösseren Mitgliedspitälern ein Modell für die Investitionskostenfinanzierung erarbeitet, welches insgesamt zu einem Kapitalkostenanteil von mindestens 15% führt. Dabei haben die Spitäler unabhängig voneinander Berechnungen durchgeführt, welche in etwa zum gleichen Ergebnis führten. Das Modell wurde übrigens sowohl der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wie dem CaseMix-Office der SwissDRG AG kommuniziert und erläutert.

Im Kanton Zürich sind die Gemeinden zukünftig gesetzlich nicht mehr verpflichtet, sich finanziell an den Kosten im Bereich der stationären Spitalleistungen zu beteiligen. Erwarten Sie, dass mit den Risiken aber auch den Chancen, die sich mit dem Wechsel in der Spitalfinanzierung und der freien Spitalwahl ab 2012 ergeben, Zürcher Gemeinden als Träger von Spitalbetrieben zurückziehen könnten? Wenn Ja, welche Auswirkungen erwarten Sie dadurch auf die Gesundheitsversorgung? Bieten sich dadurch Einstiegs- und Marktchancen für Privatspitäler/Investoren im Spitalbereich?

Wir gehen davon aus, dass die bisherigen Trägerschaften der Zürcher Spitäler keinem raschen Wandel unterliegen werden. Dies schliesst nicht aus, dass sich neue Rechtsformen bilden, wie dies mit der Gründung einer gemeinnützigen AG im Spital GZO Wetzikon mit den Gemeinden als Aktionäre bereits geschehen ist. Allerdings wird auch das Zweckverbandsrecht in die Richtung von grösserer Handlungsfreiheit geändert.

Dass sich einzelne Gemeinden aus der Verantwortung zurückziehen werden, ist nicht auszuschliessen. Wir erwarten aber keine Privatisierungswelle, zumal für die bisherigen Träger der Betrieb eines Spitals auch als zumeist wichtigster Wirtschaftsfaktor in der Region weiterhin attraktiv genug sein sollte.

Was empfehlen Sie kleineren (und grösseren) Akutspitälern im Hinblick auf 2012?

Im VZK finden intensive Diskussionen gepaart mit Schulungen unter Beizug erfahrener und renommierter Experten aus dem In- und Ausland zur Vorbereitung auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung und –planung statt. Dies erlaubt unseren Spitalern, ihre Strategien und Projekte fundiert zu gestalten. Der Verband hat daher keine direkten Empfehlungen abgegeben und konnte sich auf die politische Arbeit wie die Vernehmlassung zum neuen Spitalplanungs- und –Finanzierungsgesetz konzentrieren. So gesehen geht die Empfehlung dahin, sich gut zu informieren und vor allem die Mitarbeitenden im Spital auf veränderte oder neue Leistungen und Prozesse vorzubereiten und auszurichten.

Herr Rufer, vielen Dank für das Interview. ◀



Die Nase im Wind...

Verwaltungsräte verbessern die Führung!

Noch vor nicht allzu langer Zeit waren viele Spitäler und Kliniken nach öffentlichem Recht organisierte Institutionen, zum Teil als Abteilung einer kantonalen Verwaltung oder aber als Betrieb einer Gemeinde oder eines Zweckverbandes. Oftmals zu Recht wurde beklagt, dass damit nicht genügend unternehmerische Freiheit und Flexibilität möglich sind. Aktiengesellschaften wurden gegründet und mit der Führung des Spitals beauftragt.

Aktiengesellschaften verlangen nach einem Verwaltungsrat. Einem unabhängigen, kompetenten Verwaltungsrat, der sich um die Unternehmensstrategie kümmert und die Geschäftsleitung in der operativen Zielerreichung unterstützt und kontrolliert.

Da gibt es Eigentümer von Spitalern und Kliniken, die Verwaltungsräte über die Köpfe des bestehenden Verwaltungsrates hinweg einsetzen, ungeachtet des allenfalls sinnvollen Profils, um den Verwaltungsrat mit umfassenden fachlichen Kompetenzen auszustatten.

Die Verwaltungsräte setzen sich ein, wollen nur das Beste für ihren Betrieb. Deshalb kümmert sich der VR-Präsident in einem Haus sehr engagiert um die nächtlichen Verpflegungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden, sorgt für ein entsprechendes Angebot. Oder ein Verwaltungsrat einer anderen Aktiengesellschaft gibt der Geschäftsleitung konkrete Vorgaben, wie eine IT-Lösung beschafft werden soll. Und der dritte Verwaltungsrat – selber Chefarzt in einem anderen Haus – sorgt sich um seinen Chefarzt-Kollegen im Haus, in welchem er als Verwaltungsrat kompetent und unabhängig Entscheidungen fällt.

Nun, gegenüber früher hat sich einiges geändert. Es sind nicht mehr kantonale Stellen oder die Trägerschaften wie Gemeindeverbände, die operative Themen diskutieren, jetzt kümmert sich ein Verwaltungsrat darum!

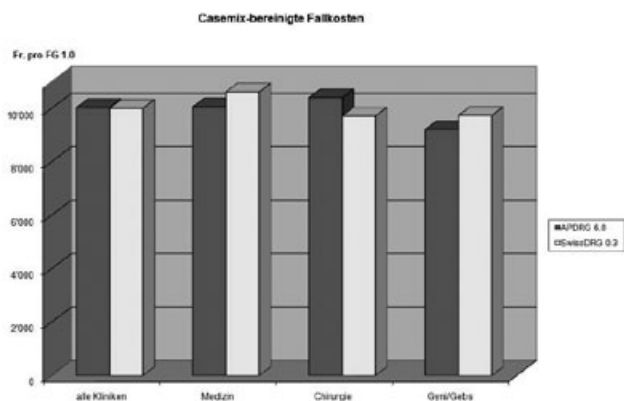
Dr. Othmar Hausheer, hausheer@keller-beratung.ch

Stabile Fallkosten mit dem Wechsel von APDRG zu SwissDRG

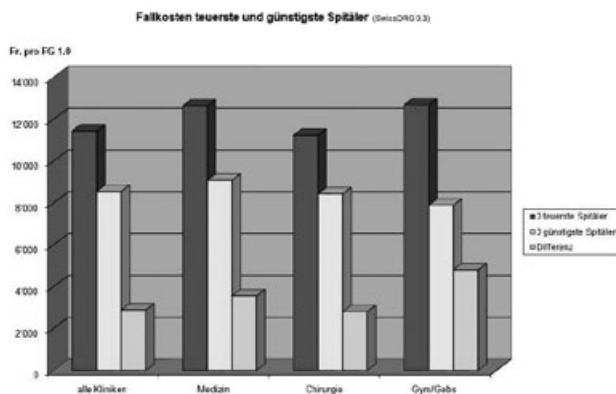
Grosse Effizienzunterschiede zwischen den Spitälern

Für Simulationsrechnungen steht der Fallpauschalen-Katalog „SwissDRG-Version 0.3“ zur Verfügung. Anhand von 180'000 akutstationären Fällen aus 25 Spitälern hat Keller Unternehmensberatung AG abgeschätzt, welche Veränderungen mit dem Wechsel von APDRG zu SwissDRG – z.B. auf die Casemix-bereinigten Kosten – zu erwarten sind.

Die Analysen zeigen, dass der durchschnittliche OKP-Patient im Jahre 2009 rund 8'900 Fr. kostete. Es handelt sich dabei um Vollkosten, d.h. um Betriebs- und Anlagenutzungskosten. Da sich mit dem Wechsel vom APDRG- zum SwissDRG-System der adjustierte Casemixindex (CMI adj.) der 180'000 Fälle praktisch nicht verändert, resultieren für die 25 Spitäler durchschnittliche CMI-bereinigte Fallkosten von 10'000 Fr.

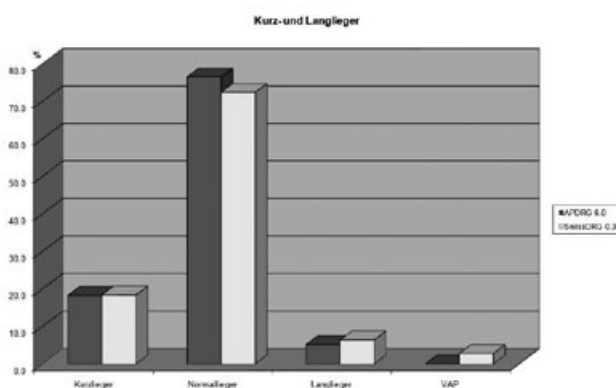


Ebenfalls in ähnlicher Grössenordnung fallen mit dem Wechsel vom APDRG-System zum SwissDRG-System die Effizienzunterschiede zwischen den teuersten und den kostengünstigsten Häusern aus. Die durchschnittlichen Casemix-bereinigten Fallkosten der drei teuersten Spitäler liegen im APDRG-System um knapp 40% über dem Niveau der Vergleichsgrösse der drei kostengünstigsten Spitäler. Im SwissDRG-System resultiert ein Effizienzunterschied von knapp 35%.



Betrachtet man die Effizienzunterschiede in den einzelnen Disziplinen, so ist insbesondere der im SwissDRG-System resultierende Fallkostenunterschied von 60% in der Gynäkologie/Geburtshilfe zu vermerken. Die in diesem Segment drei teuersten Kliniken arbeiten zu Schweregrad-bereinigten Fallkosten, die um 60% dem Kostenniveau der drei effizientesten Kliniken liegen. In der Medizin und in der Chirurgie ergeben sich Effizienzunterschiede von knapp 40% und 33%.

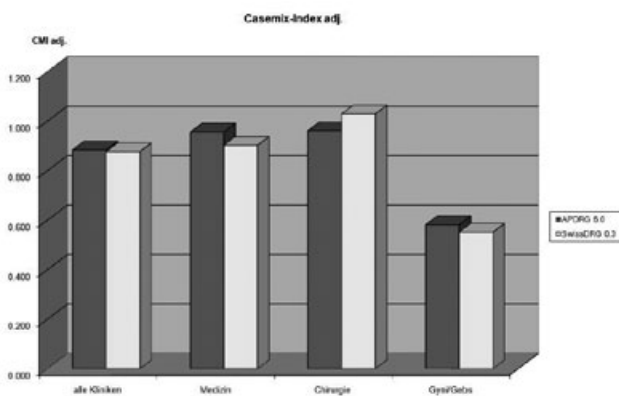
Die Auswertungen zeigen auch, dass die Ausreisser-Verhältnisse mehr oder weniger unverändert bleiben. Der Kurzliegeranteil liegt sowohl im APDRG- wie auch im SwissDRG-System bei rund 18%. Der Normalliegeranteil sinkt im SwissDRG-System leicht wegen einer Verschiebung zu den Langliegern und denjenigen Fällen, die einer Verlegungsabschlagspauschale unterliegen (knapp 3% VAP-Fälle).



Die für die Kalkulation der SwissDRG-Fallgewichte herangezogenen Werte für die „Mittlere Verweildauer“ (MVD) dürften zu keinem Druck auf die Aufenthaltsdauer führen. Über alle 180'000 in die Berechnungen einbezogenen Fälle deckt sich die durchschnittliche

IST-Aufenthaltsdauer im SwissDRG- und im APDRG-System mit dem MVD- resp. dem ALOS-Richtwert.

Über die einzelnen Kliniken betrachtet führt die SwissDRG-Tarifstruktur im Vergleich zum APDRG-System zu einem Anstieg des Casemixindex (CMI adj.) in der Chirurgie (+7.0%) und einer Abnahme von je rund 5% in der Medizin und in der Gynäkologie/Geburtshilfe. Entsprechend verändern sich die Casemix-bereinigten Fallkosten mit dem Systemwechsel. ◀



Veränderungen von APDRG zu SwissDRG, Jahresdaten 2009		
OKP-Patienten, alle Kliniken	APDRG	SwissDRG
Fallkosten (Fr.)	8'864	8'770
Casemix-bereinigte Fallkosten (Fr.)	10'029	10'001
Unterschied Casemix-bereinigte Fallkosten zwischen den 3 teuersten und 3 günstigsten Spitalern (%)	38	34
Aufenthaltsdauer (Tage)	7.0	5.9
Abweichung Aufenthaltsdauer geg. Normaufenthaltsdauer	0.0	0.0
CMI adj.	0.884	0.877
Anteil Kurzlieger (%)	18.3	18.4
Anteil Normallieger (%)	76.5	72.4
Anteil Langlieger (%)	5.2	6.4
Anteil Verlegungsabschlagspauschale VAP (%)	0.0	2.8
OKP-Patienten nach Klinik		
Medizin		
Fallkosten (Fr.)	9'612	9'579
Casemix-bereinigte Fallkosten (Fr.)	10'053	10'614
Unterschied Casemix-bereinigte Fallkosten zwischen den 3 teuersten und 3 günstigsten Spitalern (%)	28	39
Aufenthaltsdauer (Tage)	8.4	7.4
CMI adj.	0.956	0.903
Chirurgie		
Fallkosten (Fr.)	10'010	9'971
Casemix-bereinigte Fallkosten (Fr.)	10'402	9'711
Unterschied Casemix-bereinigte Fallkosten zwischen den 3 teuersten und 3 günstigsten Spitalern (%)	36	33
Aufenthaltsdauer (Tage)	6.4	5.4
CMI adj.	0.962	1.029
Gyni/Gebts		
Fallkosten (Fr.)	5'362	5'373
Casemix-bereinigte Fallkosten (Fr.)	9'207	9'729
Unterschied Casemix-bereinigte Fallkosten zwischen den 3 teuersten und 3 günstigsten Spitalern (%)	42	61
Aufenthaltsdauer (Tage)	5.4	4.5
CMI adj.	0.582	0.552
Zusammenfassung		
Anzahl ausgewertete stationäre OKP-Fälle	182'675	177'996
Anzahl Spitäler	25	25
CW-Version	6.0	0.3
Grouper Version	MedGrouper 1.10	SwissDRG 0.3

Begriffe in der „DRG-Welt“

- **Fall- oder Kostengewicht (cost weight):** Relatives Mass für die Ressourcenintensität der Fallbehandlung; jeder DRG ist mit einem Kostengewicht versehen, z.B. der SwissDRG I43B verfügt im Fallpauschalenkatalog SwissDRG Version 0.3 über ein Kostengewicht von 2.067 Punkte.
- **Casemix (CM):** Summe der Kostengewichte aller Behandlungsfälle. Der Casemix spiegelt das normierte Kosten- und Umsatzvolumen eines Spitals oder einer Spitalabteilung.
- **Casemixindex (CMI):** Wird die Summe der Kostengewichte durch die Zahl der Behandlungsfälle dividiert, resultiert das durchschnittliche Kostengewicht pro Fall oder der sog. Casemixindex. Der CMI spiegelt den durchschnittlichen Schweregrad des Patientengutes. Ein Spital mit einem CMI von z.B. 1.100 Punkten behandelt ein aufwändigeres Patientenkollektiv als ein Spital mit einem CMI von z.B. 0.950 Punkten.
- **Fallkosten:** effektiv für die Behandlung eines Patienten entstandene Fallkosten in Franken.
- **Casemix-bereinigte Fallkosten:** Dividiert man die mit einer Behandlung entstandenen Fallkosten durch den CMI resultieren die Casemix-bereinigten Fallkosten. Oft werden diese Kosten auch als schweregradbereinigte Kosten oder Kosten pro Normfall (Kosten pro Fallgewicht 1.000) bezeichnet. Dieses Mass wird für Kostenvergleiche herangezogen.

SwissDRG-basierte Kostenanalysen

Keller Unternehmensberatung AG betreibt das Benchmarkportal „health.bench“. Als Grundlage für die Beurteilung der Effizienz der Leistungserstellung steht ein Pool mit Detaildaten von rund 300'000 akutstationären Fällen zur Verfügung. Gestützt auf diese Detaildaten erstellen wir für Sie gerne Top-down-Analysen im APDRG- und SwissDRG-System.

DRG und Pflege – eine Herausforderung

In einer gut besuchten Apéro-Veranstaltung, moderiert von Berta Willimann, Keller Unternehmensberatung AG, stellten sich Ende November viele Vertreter der Pflege die Frage, welche Leistungen sich auf die Swiss-DRG auswirken und welche Vorkehrungen getroffen werden müssen.

Nach einer Einführung in die SwissDRG-Thematik durch Dr. Othmar Hausheer, Keller Unternehmensberatung, stellte Markus Stadler, Leiter Pflegeentwicklung und Controlling am SpitalNetz Bern das unter seiner Leitung erarbeitete Modell vor, die DRG-relevanten Pflegeleistungen zu erfassen. Patric Fuchs, Leiter DRG-Codierung der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland zeigte die Erkenntnisse seiner Projekt-

arbeit auf, bei welcher systematisch Fälle in Bezug auf die DRG-Relevanz von ausgewählten Pflegeleistungen untersucht wurden. Zudem hat er abgeschätzt, wieviel Mehrertrag durch einen vollständigen Einbezug der massgebenden Informationen in die Codierung erwirtschaftet werden könnte. Pia Pfenniger, Pflegeexpertin am Standort Wolhusen des Luzerner Kantonsspitals rundete den Anlass mit der Vorstellung der Entwicklung eines Behandlungspfades als Vorbereitung auf DRG ab.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Dokumentation von rund 20 bis 30 relevanten Pflegeleistungen wichtig ist, weil diese unter Umständen die Bestimmung des abrechnungsrelevanten DRG beeinflussen können. Dabei dürfte es eine nicht zu unterschätzende Herausforderung darstellen, den ganzen Prozess der Dokumentation, in Absprache zwischen den involvierten Fachleuten (Pflegedienst, Arztdienst, Codierung) im täglichen Ablauf zu implementieren.



Berta Willimann



Pia Pfenniger



Patric Fuchs

Weitere Informationen und Kontakt

Keller Unternehmensberatung AG
Täferstrasse 11
5405 Baden-Dättwil

Telefon 056 483 05 10
Telefax 056 496 75 40

E-Mail: info@keller-beratung.ch
Internet: www.keller-beratung.ch