



Mutter und Kind in guter Obhut auf der Babystation. (Bild Josef Stücker)

## Herausforderungen des KVG für das moderne Spitalmanagement Vom «Betten-Fetischismus» zu unternehmerischem Handeln

Von Heinz Locher

Das neue KVG ruft nach wachsender Kompetenz und Handlungsfähigkeit der Spitalleitungsorgane. Rechtsform und Trägerschaft der öffentlichen Spitäler sind zu überdenken. Ihre heute wahrgenommene Mehrfachrolle ist aufzuheben. Die Trennung der Einkäufer- von der Leistungserbringerfunktion wird sich auf breiter Front durchsetzen. Die Wahl qualifizierter Verwaltungsräte, der Einsatz einer managementgewohnten Geschäftsleitung, die Beherrschung des Prozesses der Leistungserstellung sind Anforderungen des «unternehmerischen Quantensprungs».

Wer die Herausforderungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) für das moderne Spitalmanagement beurteilen will, hat sich vorzuzusetzen mit einigen Umfeldfaktoren auseinanderzusetzen. Ein Teil der allgemeinen Entwicklungen beziehungsweise der gegen sie bereits früher er-

### Der Autor

Dr. rer. pol. Heinz Locher (Bern) ist Vorsitzender der Sitzleitung und Partner bei der STG - Coopers & Lybrand Consulting AG sowie der Health Management Institute (HMI) Management AG in Bern.

polizeiliche Massnahmen, Eigentümer staatlicher Spitäler, Nachfragefixierer durch Spitalplanungen, Subventionsgeber, Kaufkraftvermittler durch Prämiensubventionen an Versicherte, «Schiedsrichter» beim Nichtzustandekommen von Verträgen für allgemeine Abteilungen zwischen Spitalern und Krankenkassen, um nur die wichtigsten zu nennen. Ein Bereich der «Stilverspätung» des KVG betrifft die Fixierung des im Gesetz vorgesehenen Planungsinstrumentariums auf die stationäre Spitalversorgung, also das *Bett als Planungseinheit*. Kritische Beobachter haben auch schon den Begriff des «Bettenfetischismus» verwendet.

### Wechselbad der KVG-Bestimmungen

Als Folge des durch das Gesetz zu fördernden Wettbewerbs sollte es die Einkäufer/Versicherer kaum mehr interessieren, welches die Produktionskosten der Anbieter sind, weil sie ja inskünftig einen Marktpreis bezahlen wollen. Trotzdem müssen nach den einschlägigen Gesetzesbestimmungen die Anbieter aber eine volle *Kostentransparenz* zuhanden der Einkäufer/Versicherer schaffen, was marktwirtschaftlichen Verhältnissen gerade nicht entspricht. Diese Beispiele zeigen ein weiteres Charakteristikum des KVG und seiner Auswirkungen auf die Spitäler. Das Gesetz bewirkt ein eigentliches Wechselbad von Bestim-

griffenen Massnahmen hat Eingang in das KVG gefunden, so die Bemühungen zur Kostendämpfung und die Ermöglichung von mehr Wettbewerb, beispielsweise durch die Zulassung von alternativen Versicherungsformen. Andere Entwicklungen wurden leider nicht berücksichtigt. Dazu gehört namentlich der sich seit einigen Jahren abzeichnende Wandel im Bewusstsein über die *Rolle der Kantone*, die sich ihrer *Mehrfachfunktionen* und der sich daraus ergebenden Widersprüche vermehrt gewahr geworden sind: Hauptfaktoren bei der Festlegung gesundheitspolitischer Ziele, Hoheitsträger für gesundheits-

mungen: Was der eine Artikel «gibt», schränkt der andere wieder ein. Dabei bereitet es auch dem wohlwollenden Betrachter etliche Mühe, hier das souveräne Wirken des um «checks and balances» ringenden Gesetzgebers zu entdecken.

Dieses Wechselbad der Wirkungen (und Gefühle) verstärkt sich auch bei einer vertieften Beurteilung der Herausforderungen aus *ordnungspolitischer Sicht*. So enthält das KVG ausgesprochen *planwirtschaftliche Elemente*, insbesondere durch den erwähnten Artikel 39. Der Kanton entscheidet – trotz seinen vorstehend erwähnten Interessenkonflikten – über die Zulassung von Leistungserbringern zum Markt, seien diese öffentlichrechtlich konstituiert, subventioniert oder rein privatwirtschaftlich geführt. Der Gesetzgeber bestimmt Einzelheiten der Preisgestaltung zwischen Versicherern und Leistungserbringern und im stationären Bereich gar den Deckungsgrad durch die Versicherer, regelt aber im Gesetz nicht explizit, wer die restlichen Kosten zu übernehmen hat. Unter bestimmten Bedingungen erhält der Kanton gar die Kompetenz, Tarife «auf das richtige Mass» (sic!) zurückzuführen.

Daneben übernimmt aber der Gesetzgeber auch Elemente eines wettbewerbsorientierten Regelungssystems, etwa durch die Erklärung der Unzulässigkeit von Sondervertragsverboten, Konkurrenzverboten oder Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln zulasten von Verbandsmitgliedern. Schliesslich verwendet das Gesetz Elemente eines dritten, administrativen Regelungssystems von hoher Dichte. So schreibt es beispielsweise die Art und Weise der Buchführung, der Überprüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Qualitäts-

sicherung vor. Noch muss offenbleiben, welches dieser drei Systeme letztlich die grösste Wirkung entfalten wird.

### Spitalrechtsform und -trägerschaft überdenken

Das neue Umfeld fordert die Spitäler als Unternehmen heraus und ruft nach wachsender Kompetenz und Handlungsfähigkeit der *Leistungsorgane*. Beim öffentlichen Spital bedeutet dies ein Überdenken von Rechtsform und Trägerschaft. Die Problematik der in verschiedenen Kantonen verbreiteten Zweckverbände als Trägerschaft von Spitalern der Grundversorgung zeigt sich in deren sich widersprechenden *Mehrfachrollen*: Zum einen sollen sie die Versorgung der Bevölkerung des Verbandsgebiets sicherstellen, dies aber, ohne die Finanzen der angeschlossenen Gemeinden allzusehr zu strapazieren, schliesslich bilden ihre Behörden den Verwaltungsrat des eigenen Betriebs und sollten sich um dessen Weiterentwicklung kümmern. Eine Trennung dieser Funktionen könnte nicht nur zur widerspruchsfreien Wahrnehmung der einzelnen legitimen Rollen führen, sondern insbesondere auch durch die Übertragung der Unternehmungsführung an besondere Träger oder Betriebsgesellschaften Formen der überbetrieblichen Kooperation zum Durchbruch verhelfen. Diese *Trennung der Einkäufer- von der Leistungserbringerfunktion* wird sich unseres Erachtens auf breiter Front durchsetzen. Im innerschweizerischen Vergleich sind die Überlegungen zur Neugestaltung von Rechtsform und Trägerschaft sowie der Trennung der erwähnten Mehrfachrollen im *Kanton Bern* am weitesten fortgeschritten.

### Verwaltungsrat und Geschäftsleitung

Sowohl hinsichtlich der Verwaltungsratsstätigkeit als auch auf der Ebene des Spitalmanagements müssen sich neue Lösungsansätze durchsetzen. Auf der Ebene der *Verwaltungsräte* steht die Qualifikation der einzelnen Mitglieder im Vordergrund. Angesichts der gestiegenen Unternehmerrisiken sind Anforderungskriterien, wie sie sich in andern Wirtschaftszweigen aus dem neuen Aktienrecht ergeben, ohne Einschränkungen auf das Spitalwesen anwendbar. Erfreulicherweise sind in jüngster Zeit fast alle Spitäler dazu übergegangen, *Geschäftsleitungen* zu bilden und damit das Spitalmanagement bewusst auszugestalten.

Trotz den verbliebenen planwirtschaftlichen und administrativen Regelungssystemen erfordern die wettbewerbsorientierten Neuerungen des KVG zusammen mit der ebenfalls verstärkt wahrnehmbaren Macht der Versicherer als Einkäufer von Leistungen eine bewusste Gestaltung der *strategischen Unternehmungsführung*. Wer hier ~~seine unternehmerischen Hausaufgaben nicht erledigt~~, gerät angesichts der Verschiebungen vom Verkäufer- zum Käufermarkt, der generellen Intensivierung des Wettbewerbs und neuer Formen wie der *managed care* unter Existenzdruck.

### Kundenorientierter Patientenfluss

Die sich immer rascher vollziehende Verlagerung weg vom stationären zum teilstationären und ambulanten Bereich wird zu einem eigentlichen *Paradigmawechsel* im Bild des Spitals führen: Ist das Spital heute noch ein Bettenhaus mit angegliedertem oder vorgelagertem medizinisch-technischem Bereich, wird es inskünftig eher zu vergleichen sein mit dem Betrieb eines grossen Kongresshotels, das über verschiedene Businesscenters verfügt, Restaurantdienstleistungen anbietet und, nicht gerade nebenbei, auch noch Betten. Dem kundenorientierten *Patientenfluss* wird eine ausserordentlich grosse Bedeutung beigemessen werden müssen, so dass ein Spital auch neu definiert werden könnte als grosser Empfangsbereich, von dem aus verschiedene Dienstleistungsstrassen ausgehen, beispielsweise in Richtung Notfall, ambulanter und teilstationärer Behandlung oder eben, immer noch, stationärer oder kurzstationärer Behandlung.

Neue prospektive, leistungsbezogene und marktpreisorientierte Entschädigungsformen wie diagnosebezogene Fallpauschalen sowie die er-

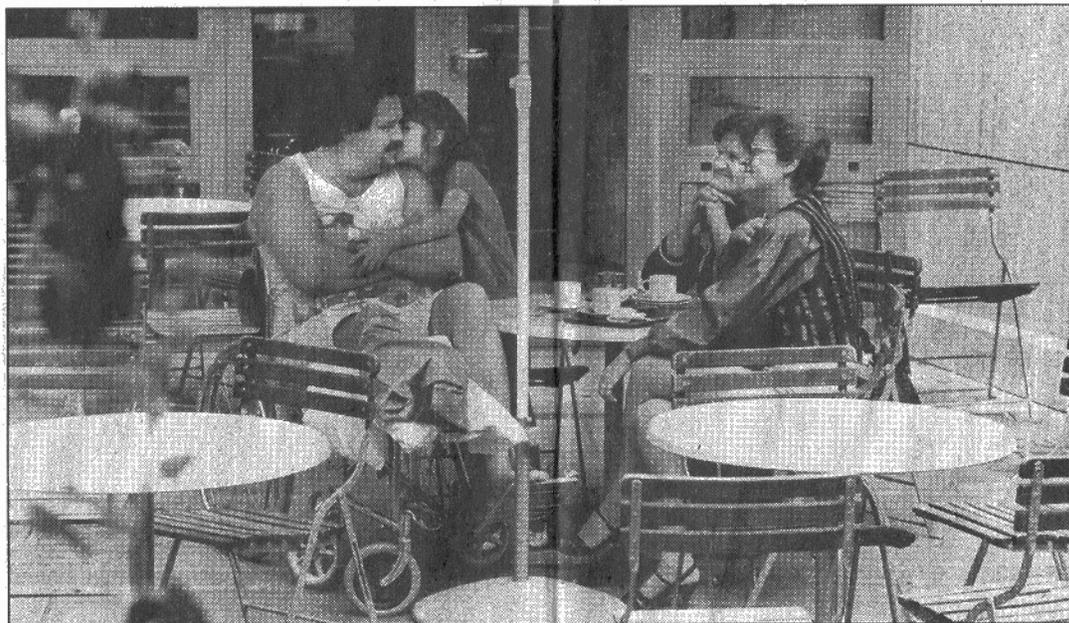
höhten Anforderungen an das Qualitätsmanagement verlangen nach einer *Beherrschung des Leistungserstellungsprozesses* durch die Angehörigen ärztlicher, pflegerischer, medizintechnischer und medizinterapeutischer Berufe. Darin eingeschlossen ist die wirtschaftliche Verantwortung im Sinne eines eigentlichen *target costing*, jeweils bezogen auf die zur Verfügung stehenden Fallpauschalbeiträge. Stichworte einer Neugestaltung sind etwa Behandlungsprotokolle, Therapie- und Pflegeplanungssysteme, Qualitätssicherungsmassnahmen im doppelten Sinne der Qualität als klinischer Qualität und als Dienstleistungsqualität, die konsequente Patientenorientierung des Spitals mit all ihren Aspekten bezüglich Layout, Ausrüstung, Personaleinsatz und insbesondere als Denksystem und Haltung.

Das *Informationssystem* als Grundlage für zu treffende Entscheide bedarf einer grundlegenden Erneuerung. Es soll die Bedürfnisse sowohl auf der Ebene des Gesamtsitals als auch der einzelnen Bereiche oder Kliniken abdecken. Die bisherigen finanzbuchhaltungsorientierten Rechnungslegungen müssen nicht nur durch ein betriebliches Rechnungswesen mit Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnungen, sondern zudem durch eigentliche Klinikerfolgsrechnungen ergänzt werden. Entsprechend gestiegene Anforderungen ergeben sich für die *Personalführung*, eingeschlossen die Leistungsreizsysteme. Auch die gegenwärtig verwendeten recht «primitiven» Formen der Entschädigung privatärztlicher Tätigkeit werden durch differenzierte Kaderentschädigungssysteme abgelöst werden. Bei all diesen Herausforderungen erstaunt es nicht, dass der *Fort- und Weiterbildung der Führungskräfte* aller Stufen ein besonderes Augenmerk gewidmet werden muss. Dies gilt namentlich für die Bereiche Markt, Finanzen sowie Organisation und Personal. Inskünftig müssen Spitäler im neuen KVG-Umfeld mindestens so professionell geführt werden wie andere Unternehmungen von vergleichbarer wirtschaftlicher Bedeutung.

### Unternehmerischer Quantensprung

Die einzelnen Spitaltypen mit ihren unterschiedlichen Profilen etwa bezüglich Trägerschaft, Versorgungsstufe, Ausbildungsangebot, Durchschnittsalter von Patientinnen und Patienten werden durch das KVG in unterschiedlicher Weise betroffen. Das neue Gesetz gefährdet – zumindest bei entsprechender Anwendung durch die Kantone – namentlich viele *Privatspitäler* in ihrer Existenz. Bestrebungen, die «fertige Arbeit» gleich wieder zu reparieren, sind im Gange. Es ist ihnen im Interesse einer verstärkten Betonung der wettbewerbsorientierten Elemente des KVG Erfolg zu wünschen.

Dessenungeachtet bleibt das Spitalmanagement durch das KVG herausgefordert. Es ist nicht übertrieben, wenn man angesichts der rasch und nachhaltig gestiegenen Anforderungen von einem eigentlichen *unternehmerischen Quantensprung* spricht. Im Interesse von Patientinnen und Patienten, des Personals aller Stufen, aber auch angesichts der hohen volkswirtschaftlichen Kosten des Spitalwesens bleibt zu hoffen, dass die neuen Herausforderungen rasch und ohne allzuviel vermeidbare Folgeschäden und Nebenwirkungen gemeistert werden. Diesen Wandlungsprozess sinnvoll zu unterstützen und zu strukturieren, damit Zusammenbrüche von Teilsystemen vermieden werden können, stellt eine anspruchsvolle Aufgabe der Regulierer auf Bundes- und Kantonsstufe sowie der Behörden und Verbände auf allen Ebenen dar.



Der Besuch von Angehörigen oder Freunden ist eine Abwechslung im Spitalalltag. (Bild Josef Stücker)

## Kostentransparenz im Gesundheitswesen Mit Standards und Patientenkategorien Einsparungen erzielen

Von Erwin Rieben

*Am Kantonsspital Aarau (KSA) sollen vermehrt Leistungs- und Kostentransparenz Einzug halten. Eine spitalinterne Arbeitsgruppe hat ein prozessorientiertes Fallkostenmodell erarbeitet, das mehr Licht in die Kostenstrukturen im Spitalbereich bringen soll. Sie will damit einen Beitrag an die gesundheitspolitische Kostendiskussion leisten.*

Mit dem zunehmenden Kostendruck auf die Spitäler wurden in den letzten Jahren neue Aspekte beziehungsweise zusätzliche Kostenfaktoren auf das Parkett der öffentlichen Diskussion über die Gesundheitskosten gehoben. Begriffe wie «Total Quality Management» stellen generell die Frage nach der Effektivität von organisierten Leistungs- und Versorgungsformen in der Medizin. Das Gesundheitswesen befasst sich mit Kosten/Nutzen-Überlegungen, das heisst mit Fragen der *Wirksamkeit* und der *Notwendigkeit* von medizinischen Massnahmen. Selbst Gewohntes soll im übergeordneten Interesse hinterfragt und allenfalls geändert werden. Gesucht sind neue Denkansätze, die ökonomisches, marktconformes Handeln mit optimaler, qualitätsorientierter medizinischer Leistung für jeden erschwinglich kombinieren. Man will damit Leistungs-, Qualitäts- und Kostenbewusstsein in den eigenen Reihen fördern.

Damit aber nicht genug: Unter dem starken Reformdruck haben weitere Begriffe in den Spitalen Einzug gehalten, wie beispielsweise das «New Public Management», «Business Process Reengineering», «Benchmarking» usw. Diese Methoden sollen als Garanten der Effizienz sicherstellen, dass medizinische Dienstleistungen, ökonomischen Gesetzen folgend, auch wirtschaftlich und kostentransparent erbracht werden.

### Standards gegen Verbürokratisierung

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in den Spitalen ist eine Forderung von aussen, der nur innerhalb der Spitalstrukturen nachgelebt werden kann, mit entsprechenden unternehmerischen Anreizen und in vermehrter *Selbstverantwortung* der Mitarbeiter auch in finanziellen Belangen. Das

Qualitäts- und Kostenbewusstsein muss an der Front gefördert werden, wo täglich Millionen von diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Entscheidungen – in Gegenwart der Patienten – gefällt werden. Davon ist die Arbeitsgruppe des Kantonsspitals Aarau überzeugt. Der momentane Trend geht jedoch nicht in diese Richtung. Mit einem rasch wachsenden Administrativauf-

### Der Autor

Der Betriebsökonom Erwin Rieben ist Chef der Patientenadministration des Kantonsspitals Aarau und Leiter des Projekts Fallkosten-Modell.

wand – als weiterem kostentreibendem Faktor – will man die Spitäler mit *Controlling-Massnahmen* von aussen zur Raison bringen. Ein teures und auch nicht ganz ungefährliches Unterfangen, das die Administration unnötigerweise aufbläht. Der Trend in den USA geht in diese Richtung. Ist bald jeder zweite Spitalmitarbeiter ein Administrator, der von aussen gesteuert wird?

### Spezielles Modell der Fallkostenrechnung

Das Kantonsspital will daher mit einem prozessorientierten Modell der *Fallkostenrechnung* auf diesen Trend reagieren. Das Ziel ist es, die Leistungs- und Kostentransparenz herzustellen und wo nötig zu verbessern, um so gezielt handeln und den Leistungsauftrag trotz der Verknappung der öffentlichen Mittel langfristig sicherstellen zu können. Es geht aber auch darum, eine neue Basis für die Preisgestaltung zu schaffen. Damit sollen künftig Leistungen kostengünstig zu einem *definierten Qualitätsstandard* angeboten

werden können, im stationären wie im ambulanten Bereich. Das Fallkostenmodell wurde in zweijähriger Arbeit von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit Vertretern aus der Ärzteschaft, aus der Gruppe der Pflegenden und der Spitalverwaltung erarbeitet. Es besteht aus drei Teilen:

- 1. Patientenkategorisierung mit Behandlungspfaden:** Im Zentrum des Konzepts steht die Prozessoptimierung auf der Basis von Patientenkategorien und sogenannten Behandlungspfaden. Das heisst Art, Menge und Preis der ärztlichen, pflegerischen, paramedizinischen und hauswirtschaftlichen Leistungen werden standardmässig vorgegeben, womit die Voraussetzungen für ein Qualitätsmanagement im Spital geschaffen werden. Die Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten werden dabei kategorisiert und die dafür notwendigen Behandlungen definiert. Bei einfacheren chirurgischen Fällen ist eine Kategorisierung kein Problem. Bei komplexeren Behandlungen müssen noch Erfahrungen gesammelt werden.
- 2. Kostenträgerrechnung:** Der Begriff Kostenträger wird sehr unterschiedlich verstanden und angewendet. Im Fallkostenmodell reden wir von Leistungsgruppen oder Leistungsbündeln der Behandlungspfade, die standardmässig vorgegeben werden. Die Kostenträgerrechnung ist hier eine Standardkostenrechnung, im Gegensatz zur Normalkostenrechnung, wie sie in anderen Modellen wie z. B. im Kanton Zürich geplant ist, wo keine Standards vorgesehen sind. Eine Kostenträgerrechnung, bei der auch der Qualitätsaspekt in die Kostenüberlegungen einbezogen wird, existiert bisher in keinem Schweizer Spital.
- 3. Mehr unternehmerische Verantwortung:** Durch die Bildung von Profitzentren anstelle der bisherigen Kostenstellen soll überdies auch unternehmerisches Denken im Kantonsspital gefördert werden. Der Kostenstellenleiter ist künftig nicht nur für die Planung und die Kontrolle der Ausgabenbudgets, sondern auch für ein ausgeglichenes Budget verantwortlich. Um die grössere Gesamtverantwortung wahrnehmen zu können, sollen die Profitzentren mit mehr Kompetenzen ausgerüstet werden.

### Sozial und wirtschaftlich

Die Arbeitsgruppe ist sich bewusst, dass sie sich damit im Spannungsfeld zwischen dem sozialen Auftrag und der wirtschaftlichen Verantwortung des Kantonsspitals bewegt. Die Patientenkategorisierung ist jedoch lediglich ein Hilfsmittel für die betriebliche Führung und nicht für die Erfassung der individuellen Situation des einzelnen Patienten. In der täglichen Arbeit geht es nach wie vor darum, das Spitalangebot wo immer möglich nach der persönlichen Situation und nach dem individuellen Bedarf auszurichten. Die Kategorisierung erfolgt daher erst retrospektiv nach dem Austritt des Patienten. In diesem Sinn ist die «absolute Kostenwahrheit» denn auch nicht das Ziel der Kostenträgerrechnung. Der *Einzelfall* wird vom vorgegebenen Behandlungspfad gegen die eine oder andere Seite meistens abweichen, wobei die grosse Zahl dem Standard als Durchschnitt entsprechen muss. Mit den Patientenmanagementkategorien und den Behandlungspfaden geht es vielmehr darum, eine Basis für die *Prozessoptimierung*, eine Basis für die Definition von Qualitätsanforderungen und eine Grundlage für die Gestaltung neuer Tarifmodelle, wie etwa der Fallpreispauschale, zu erhalten.

Zurzeit wird die Umsetzung der Hauptstudie, die sich grundsätzlich mit der Machbarkeit und den dafür notwendigen Instrumenten auseinandersetzt, in die Praxis vorbereitet, und zwar mit Unterstützung des Gesundheitsdepartements des Kantons Aargau. Es wird schrittweise, zum Teil auch im Rahmen von Pilotprojekten, in den nächsten Jahren eingeführt.