

Richtig positionieren

Prof. Dr. Norbert Roeder, PD Dr. Thomas Klöss, Stefan Ruhl

Um **medizinische Fachabteilungen zukunftsfähig zu gestalten**, muss ein Krankenhaus **Auslastung und Effizienz steigern**. Dazu sind Prozesse optimal zu strukturieren und engpassorientiert zu organisieren. Ebenso ist die **Zufriedenheit der Patienten zu steigern**. Unverzichtbar ist es dabei, sich auf **ausgewählte Leistungen zu spezialisieren**, die **Arbeitsplatzattraktivität zu steigern** und die **Aufgabenverteilung an den Qualifikationen des Personals zu orientieren**.



Foto: fotolia

Mehrbelastungen infolge Tarif- und Sachkostensteigerungen werden nicht mehr adäquat über einen Anstieg der Erlöse für Krankenhausleistungen gegenfinanziert. Es wird immer anspruchsvoller, mittels entsprechender Leistungssteigerungen kompensatorisch die Erlöse zu steigern. Einerseits kommen Krankenhäuser an ihre räumlichen, apparativen und personellen Ressourcengrenzen, andererseits wird es immer aufwendiger, adäquates Fachpersonal zu gewinnen und zu binden (Kasten).

Defizitär wirtschaftende Krankenhäuser sind im wettbewerblichen System vom Risiko bedroht, Opfer einer Marktvereinigung zu werden. Einzelne medizinische Fachabteilungen von Krankenhäusern erwirtschafteten Jahresumsätze von drei bis 30 Millionen Euro. Sie bilden den zentralen Erfolgsfaktor für die Gesamtwirtschaftlichkeit eines Hauses. Fachabteilungen, die besonders effizient sind und mit einem positiven Deckungsbeitrag zum wirtschaftlichen Erfolg des Gesamthauses beitragen, haben insbesondere dann einen Vorteil, wenn sie einen Teil der erwirtschafteten Überschüsse für den langfristigen Fortbestand reinvestieren können. Damit steigt der Ansporn für unternehmerisches Handeln im Sinne des Gesamthauses. Die Herausforderung besteht darin, Diagnostik und Therapie so zu gestalten, dass diese Leistungen weiterhin auf hohem medizinischen Niveau, aber zu Kosten auf Wettbewerbsniveau erbracht werden können.

Größere Krankenhäuser haben trotz ausgeglichenem Jahresabschluss oft mehrere Fachabteilungen, die hohe wirtschaftliche Defizite in der Deckungsbeitragsrechnung ausweisen. Die Ursachen für eine negative wirtschaftliche Performance sind vielfältig und bedürfen einer genauen Analyse. Oft reicht die Umsetzung von wenigen richtigen Maßnahmen, um die Engpässe auf Abteilungsebene nachhaltig zu beseitigen und für eine gesunde Entwicklung einer Fachabteilung zu sorgen. Die notwendigen Maßnahmen bewegen sich dabei häu-

fig im Spannungsfeld zwischen harten finanziellen Rationalisierungsvorhaben und wachstumsorientierten Projekten. Zur erforderlichen Veränderung der Kultur, Erneuerung und Innovation sind scheinbar widersprüchliche Dynamiken im Veränderungsprozess zu vereinen. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass kurzfristige Rationalisierungsmaßnahmen über nachhaltige Kultur- und Organisationsveränderungen in den Kliniken abgesichert werden müssen, um den dauerhaften Erfolg der Abteilung sicherzustellen. Es kommt auf den richtigen Balanceakt zwischen konsequenten Einschnitten und der Gestaltung von Wachstum an. Gelingt dies nicht, folgt Cost-Cutting auf Cost-Cutting, insbesondere wenn eine wachstumsorientierte strategische Ausrichtung fehlt.

Erfolg ist planbar

Vor der Entwicklung strategischer Maßnahmen steht die selbstkritische Analyse der Leistungserbringung und des Leistungsportfolios. Darauf aufsetzend sollten zur Steigerung der Effizienz der Gesamtabteilung eine strategische Leistungsplanung, eine qualifikationsadaptierte Aufgabenverteilung innerhalb des gesamten Behandlungsteams sowie ein strukturiertes Zuweiser- und Patientemarketing erfolgen. Dem gesamten Team sollten die ökonomischen Auswirkungen medizinischer Entscheidungen bewusst sein, damit ein wirtschaftlicherer Umgang mit den

Bis zum Jahr 2020 erwartet das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) eine Zunahme der Zahl der Fälle um elf Prozent. Unter Abzug des ambulanten Potenzials soll die Zunahme mit 3,8 Prozent allerdings wesentlich schwächer ausfallen. Das RWI geht bis 2020 von einem weiter wachsenden Bedarf im ärztlichen Dienst (acht Prozent), im Pflegedienst (vier bis fünf Prozent) und in den anderen medizinischen Diensten (fünf bis sechs Prozent) aus (Quelle: RWI Krankenhaus Rating Report 2010; Executive Summary, Heft 59, Seite 14).

Personalressourcen und Sachmitteln erfolgt. Ressourcenoptimierte Diagnostik-, Therapie- und Entlassungsprofile haben bei fallstarken Patientengruppen einen hohen wirtschaftlichen Effekt.

Hierzu empfiehlt es sich, eine enge Zusammenarbeit mit dem Apotheker, den Radiologen, Nuklear- und Labormedizinern entlang der ambulanten und stationären Versorgung zu etablieren. Mithilfe einer detaillierten Auswertung der Kosten sowie der anschließenden interdisziplinären Erstellung von Diagnostikprofilen und Standardvorgehensweisen (Standard Operating Procedure, SOP) können deutliche Einsparungen bei gleicher Qualität erreicht werden.

Welche Auswirkungen diese Maßnahmen auf die Kostenstruktur haben können, zeigt das Beispiel einer Klinik für Innere Medizin: Bereits im ersten Jahr der Umsetzung konnten die Kosten für den medizinischen Bedarf um 300 000 Euro reduziert werden, im Folgejahr betrug die Reduktion im Vergleich zur Ausgangssituation bereits etwa 1,6 Millionen Euro. Ebenso eindrücklich waren die Auswirkungen auf die stationären innerbetrieblichen Leistungsverrechnungen inklusive Blutprodukte. Im ersten Jahr wurden diese um rund eine Million Euro gesenkt, im Folgejahr wurde dieses Ergebnis auf 1,7 Millionen Euro verbessert. Im ambulanten Bereich konnten die Kosten für innerbetriebliche Leistungen bis Ende des Jahres 2011 um 70 Prozent auf rund 360 000 Euro im Vergleich zum Ausgangswert des Jahres 2008 ohne negativen Einfluss auf die Entwicklung der stationären Erlöse reduziert werden.

Patienten das richtige Leistungsangebot bieten

Medizinische Leistungserbringung hat sich erheblich entfernt von einem Vorhalteversorgungsangebot für die Bevölkerung, das für eine mögliche Inanspruchnahme zur Verfügung steht. Heute ist sie, intendiert durch die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen, stark wettbewerbsorientiert. Die Vorhaltung eines

Mit den richtigen Hebeln ohne Qualitätsverlust Kosten senken und Erlöse steigern

Einen betriebswirtschaftlichen Orientierungspunkt für die Einführung gestufter Personalkonzepte in der stationären Versorgung bilden die durch die DRG-Erlöse refinanzierten Personalbudgets. Anhand der Inek-Matrizen kann für Normalstationen pro DRG der Anteil für die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes sowie des medizinisch-technischen Dienstes/Funktionsdienstes ermittelt werden. Im Folgenden sind die Effekte eines gestuften Personalkonzepts beispielhaft an zwei Normalstationen einer internistischen Fachabteilung dargestellt. Das Beispiel verdeutlicht die Systematik zur betriebswirtschaftlichen Bewertung der Aufgabenverteilung sowie der Einführung des gestuften Personalkonzepts als Ganzes.

In einem ersten Schritt wurden die DRG-refinanzierten Personalbudgets mit den tatsächlichen Personalkosten abgeglichen. Es zeigte sich folgendes Bild:

2008	Arzt	Pflege	MTD/FD	Summe
BPK/VK	85 451,00 Euro	37 148,00 Euro	30 964,00 Euro	
VK	12,50	41,50	3,80	57,80
PK	1 068 137,50 Euro	1 541 642,00 Euro	117 663,20 Euro	2 727 443,00 Euro
DRG-Erlös	950 521,92 Euro	1 664 395,98 Euro	176 331,12 Euro	2 791 249,00 Euro
Überschuss	-117 616,00 Euro	122 754,00 Euro	58 668,00 Euro	63 806,00 Euro

Legende: BPK (Bruttopersonalkosten), VK (Vollkräfte), PK (Personalkosten)

Die Strukturen und Prozesse auf der Station wurden dahingehend analysiert, wie eine Entlastung des Arztdienstes und eine Aufhebung der Unterdeckung der Kosten umgesetzt werden können. Mit Einrichtung zweier zusätzlicher nicht ärztlicher Vollstellen wurden die folgenden Strukturen geschaffen:

- Stationssekretariat zur administrativen Prozessunterstützung auf Station, dazu zählen unterstützende Aufgaben wie die Vorbereitung der Akte oder Pflegekurve sowie Zuarbeit in der Arztbriefherstellung
- Medizinischer Dokumentationsdienst zur Kodierung
- Belegungsmanagement als zentraler Ansprechpartner für Einweiser und Patienten sowie Abbildung der gesamten Belegungsplanung und -steuerung.

Dank administrativer Entlastung können Arzt- und Pflegedienst sich stärker auf ihre Kernaufgaben konzentrieren. Als begleitende Maßnahme wurde im Ärztlichen Dienst der abteilungsspezifische Bereitschaftsdienst in den Bereitschaftsdienst des Zentrums für Innere Medizin integriert. Ein zusätzlicher Spätdienst der Abteilung wurde eingeführt, um eine aufwandsgerechte ärztliche Versorgung in den Kernzeiten sicherzustellen. Dank der Maßnahme konnten 1,65 VK weniger Ärzte im Bereich der stationären Versorgung der Abteilung eingesetzt werden.

Eine erneute Auswertung der DRG-refinanzierten Personalbudgets nach drei Jahren zeigte folgende betriebswirtschaftlichen Effekte bei deutlich gestiegenen Personalkosten sowie moderat gestiegenen DRG-Erlösen:

2011	Arzt	Pflege	MTD/FD	Summe
BPK/VK	93 891,00 Euro	38 638,00 Euro	31 183,00 Euro	
VK	10,85	42,00	5,30	58,15
PK	1 018 717,35 Euro	1 622 796,00 Euro	165 269,90 Euro	2 806 783,00 Euro
DRG-Erlös	999 949,05 Euro	1 717 656,65 Euro	174 920,47,00 Euro	2 892 526,00 Euro
Überschuss	-18 768,00 Euro	94 861,00 Euro	9 651,00 Euro	85 743,00 Euro

Der DRG-Systematik folgend, wurde mit Einführung des gestuften Personalkonzepts eine verursachungsgerechtere Abbildung der Kosten erreicht. Im Vergleich zur Ausgangssituation sind die Personalkosten um zirka 79 000 Euro gestiegen. Bei gleicher Personalbesetzung wie im Ausgangsjahr wären die Personalkosten um zirka 170 000 Euro gestiegen.

Die Auswirkungen der Aufgabenverteilung und die damit einhergehenden strukturellen Veränderungen lassen sich unter weiteren Gesichtspunkten bewerten. Insgesamt realisierte die Abteilung im Zuge der Veränderungen eine DRG-Erlössteigerung, die allein auf den beiden Stationen über 100 000 Euro im Bereich der erlösfinanzierten Personalbudgets ausmachte. Hierbei spielen Effekte wie die Verbesserung der Kodierqualität oder auch Verweildauereffekte aufgrund optimierter Belegungssteuerung eine wesentliche Rolle. Die unmittelbaren Auswirkungen der Veränderungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit wurden in den Jahren 2009 und 2012 erhoben: Nach Umsetzung der definierten Maßnahmen beurteilten die Mitarbeiter die Team- und Zusammenarbeit um knapp eine halbe Schulnote besser. Insgesamt wurden sieben von neun Befragungsthemen besser bewertet.

Das Praxisbeispiel verdeutlicht, wie unter dem Aspekt qualifikationsbezogene und engpassorientierte Prozessgestaltung ergebniswirksame Hebel sowohl auf der Kosten- als auch auf der Erlösseite in den Klinikstrukturen umgesetzt werden können.

medizinischen Leistungsangebotes kann nur refinanziert werden, wenn sie auch in hoher Frequenz in Anspruch genommen wird. Unter DRG-Bedingungen ist eine Spezialisierung auf bestimmte Patientenspektren unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages notwendig, um mithilfe stringent geführter Prozesse Effizienz-, Qualitäts- und Skaleneffekte zu generieren. Eine gezielte Leistungsplanung ist unter den aktuellen Finanzierungsbedingungen Grundlage für das mit den Kostenträgern zu vereinbarende Erlösbudget. Die geplante Leistung (Casemix) muss erreicht werden, um negative ökonomische Auswirkungen vom Krankenhaus abzuwenden. Am Anfang einer strategischen Ausrichtung des medizinischen Portfolios kann beispielsweise eine SWOT-Analyse (S-Strengths – Stärken, W-Weaknesses – Schwächen, O-Opportunities – Chancen, T-Threats – Risiken) stehen. Dabei ist zu evaluieren, welche Leistungen künftig in der Fachabteilung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation erbracht werden sollen. Eine direkte Einbindung der medizinischen Leistungsträger in die langfristige Ausgestaltung des medizinischen Portfolios befördert eine nachhaltige Casemix-Entwicklung.

Wettbewerb um Personal

Medizin wird von Menschen für Menschen gemacht, das Krankenhaus existiert ausschließlich durch die Leistung seiner Mitarbeiter. Der zunehmende Fachkräftemangel wird zu einem erheblichen Wettbewerb der Krankenhäuser um qualifizierte Mitarbeiter führen. Mit Maßnahmen zur Beeinflussung der Arbeitsplatzattraktivität kann sich der Arbeitgeber einen positiven Ruf erwerben, der direkt den Erfolg der Personalrekrutierung und -bindung beeinflussen wird. Dies gelingt beispielsweise mit Schaffung eines ansprechenden Arbeitsumfeldes, das den Mitarbeitern genügend Freiräume für eigene Initiativen lässt. Die stark hierarchisch orientierte Struktur in Krankenhäusern weicht

zunehmend auf und wandelt sich zu einer Teamstruktur mit flacheren Hierarchien sowie Übertragung von Verantwortung an die einzelnen Teammitglieder. Eine Leitung, die dieser Änderung nicht Rechnung trägt, wird beim Wettbewerb um Fachkräfte das Nachsehen haben. Schon bei der Auswahl von Führungskräften sollte verstärkt auf soziale Kompetenzen geachtet werden, da hieran heute höhere Anforderungen als noch vor wenigen Jahren gestellt werden. Von Führungskräften wird erwartet, dass sie team- und mitarbeiterorientiert führen und die Rahmenbedingungen so gestalten, dass die nächste Leitungsebene Bereiche mit einer partiellen Eigenständigkeit übernehmen.

Engpassorientierung und Qualifikationsbezug

Prozesse sind abteilungsspezifisch zu analysieren, engpassorientiert zu optimieren und auch an den Schnittstellen zu anderen Kliniken zu gestalten. Sie sind so zu kommunizieren, dass der gesamte Veränderungsprozess von der Führung vorgelebt und von der überwiegenden Mehrheit des Personals getragen wird. Zu empfehlen ist eine Strukturierung des Veränderungsprozesses in Meilensteinen, damit Teilziele erreicht und der Erreichungsgrad geprüft werden können. Die Veränderung sollte anhand von Kennzahlen regelmäßig gemessen und im Team diskutiert werden, um Erfolge sichtbar zu machen und eine positive Wirkung auf das ganze Team zu schaffen. So führt zum Beispiel die Verminderung von Wartezeiten für Patienten nicht nur zu einer verbesserten Prozessqualität und damit zu einer höheren Patientenzufriedenheit, sondern reduziert auch den Stress für die Mitarbeiter im Krankenhaus und wirkt insgesamt kulturverbessernd.

Die Fallpauschalierung setzt eine sehr strukturierte Leistungserbringung des gesamten Behandlungsteams einer Klinik voraus. Neben der Neustrukturierung der Prozesse erfordert dies häufig eine Umstrukturierung der Personalzusammensetzung mit dem Ziel, jedes Mitglied des Behandlungsteams entsprechend sei-

ner Qualifikation optimal einzusetzen. Allerdings liegt auch ein wichtiger Hebel zur Realisierung betriebswirtschaftlicher Ergebnisverbesserungen im Personaleinsatzbereich. Erfahrungsgemäß werden oft kurzfristige Rationalisierungsziele durch Personalabbau erreicht, die jedoch langfristige Wachstumsziele blockieren. Um diesen Widerspruch aufzuheben, sollten Maßnahmen zur Effizienzsteigerung des Personaleinsatzes mit denen zur Kostenreduzierung kombiniert werden. So können zum Beispiel neue Berufsgruppen eingesetzt werden. Grundlage dafür bildet ein gestuftes Personalkonzept. Entlang der behandlungsrelevanten Prozesse wird der Einsatz von Unterstützungsfunktionen definiert. Das Pflegepersonal übernimmt ärztliche Tätigkeiten wie Blutentnahmen. Weitere ärztliche Tätigkeiten übernehmen der medizinische Dokumentationsdienst oder Stationssekretärinnen und das Belegungsmanagement. Die Pflege wird durch Stationssekretärinnen und Servicekräfte nachhaltig entlastet. Verbindliche Ablaufstrukturen und klar geregelte Verantwortlichkeiten sorgen für eine Verzahnung der Berufsgruppen sowie eine verbesserte Arbeitseffizienz.

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. Norbert Roeder
Vorstandsvorsitzender
Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 22
48149 Münster
E-Mail: Norbert.Roeder@ukmuenster.de

PD Dr. Thomas Klöss
Vorstandsvorsitzender
Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Ernst-Grube-Straße 30
06120 Halle (Saale)
E-Mail: thomas.kloess@uk-halle.de

Stefan Ruhl
Vorstand
Ruhl Consulting AG
Harrlachweg 1
68163 Mannheim
E-Mail: stefan.ruhl@ruhl-consulting.de



Im Rahmen des 11. Nationalen DRG-Forums *plus* werden die Autoren zu diesem Thema in einem Workshop ausführlich referieren und konkrete Beispiele vorstellen.