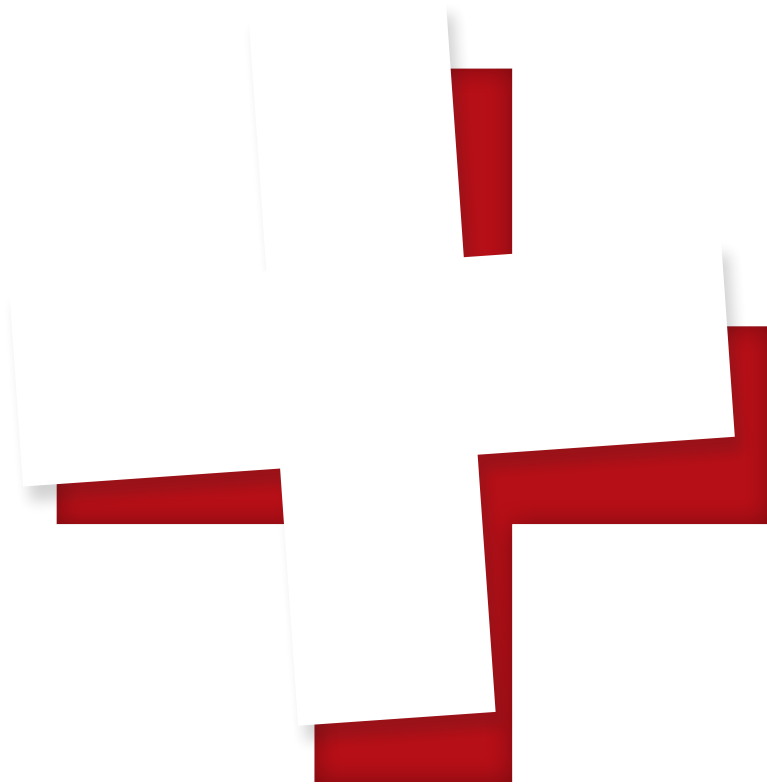


THINK ACT

BEYOND MAINSTREAM



FITNESSKUR FÜR SCHWEIZER SPITÄLER

Wege zu besseren, effizienteren und profitableren Kliniken

JULI 2014

Roland Berger
Strategy Consultants

DIE GROSSEN 3

 **200**

Betten und weniger – das ist die Kapazität von drei Viertel aller Schweizer Akutkliniken. Diese Kleinspitäler haben es schwer, der fortschreitenden medizinischen Innovation zu folgen und die Angebote kosteneffizient zu betreiben.

S. 4

 **10%**

der Gesamtkosten zu sparen, lautet die Vorgabe in vielen Schweizer Spitälern. 35% der Gesamtkosten sind Sachaufwand. Dieser lässt sich um 15% senken. Das macht mit 5% der Gesamtkosten schon die Hälfte des angepeilten Ziels aus.

S. 8

 **9 Mrd.**

Franken beträgt das Projektvolumen aktueller Bauprojekte an Schweizer Spitälern. Für viele Häuser ist ein Neu- oder Umbau die Chance zu einem echten strategischen Neuanfang.

S. 12



**Spitäler
in Zahlen
S. 4**

Das Gesundheitssystem der Schweiz befindet sich im Umbruch. Spitäler werden finanzielle, strukturelle und organisatorische Herausforderungen meistern müssen.

Die Spitallandschaft ist zersplittert: Die Zahl der Krankenhausbetten pro Einwohner liegt unter dem europäischen Durchschnitt und die Spitäler sind verhalmismassig klein. Von den Nachbarländern hat nur Frankreich eine niedrigere Bettenanzahl pro Klinik **B**. Die meisten Schweizer Kliniken bieten dennoch ein grosses Portfolio an Behandlungen, teilweise mit niedrigen Fallzahlen pro Eingriff. Darüber hinaus besitzen viele Häuser eine veraltete Infrastruktur. Diese Gegebenheiten erschweren eine wirtschaftlich effiziente Behandlung bei höchster Qualität.

Dabei stellen die Schweizer Patienten hohe Anforderungen an ihre Versorgung. Immerhin geben sie rund 8.500 Franken pro Jahr für ihre Gesundheit aus, insgesamt zwölf Prozent des BIP fliessen in diesen Sektor. Dazu kommt die demografische Entwicklung: Im Gegensatz zu vielen EU-Ländern wird die Bevölkerung wachsen – bis 2040 mit durchschnittlich 0,6 Prozent pro Jahr. Und: Die Bevölkerung wird immer älter. Dies hat dazu geführt, dass die Kosten im Gesundheitswesen kontinuierlich gestiegen sind **A**.

Die Politik hat reagiert – sie hat im Jahr 2012 Fallpauschalen eingeführt, die SwissDRG (Diagnosis Related Groups). Seitdem werden nicht mehr die Kosten einzelner Fälle vergütet, sondern für Fallgruppen festgelegte Beträge. Leistungen und Kosten **C** sollen so transparent und vergleichbar gemacht, Fehlanreize wie zu lange Liegedauern und Überkapazitäten eliminiert werden. Das Ziel besteht darin, Kosten zu sen-

ken, die Effizienz des Systems insgesamt zu steigern und den Wettbewerb zwischen den Kliniken anzufachen. Die SwissDRG sind zwar längst Realität. Nicht alle Marktteilnehmer sind aber auf diese neuen Rahmenbedingungen im operativen Kerngeschäft optimal eingestellt. Mit Absenkungen der Baserates werden die Schrauben im SwissDRG-System fortlaufend angezogen – viele Kliniken werden ohne neue Konzepte nicht mehr profitabel wirtschaften können.

Wir zeigen, wie Kliniken sich für die Zukunft wappnen können und haben die wichtigsten Handlungsfelder der kommenden Jahre identifiziert. Dabei unterscheiden wir operative und strategische Aufgaben. Vier Ansätze helfen, die Herausforderungen in Spitälern zu meistern:

Kurzfristig muss der Druck auf Kosten und Effizienz sinken. Kliniken sollten ihr **EINKAUFSMANAGEMENT** neu aufstellen und damit ihre Sachkosten erheblich senken. Reicht das nicht aus, schlagen wir einen umfassenden Ansatz zur **ERGEBNISVERBESSERUNG** einzelner Kliniken vor.

Bei den strategischen Hebeln stehen die optimalen Angebote und langfristiges Effizienzsteigerungspotenzial im Fokus. Erstens geht es darum, dringend überfällige **NEUBAUPROJEKTE** von Spitälern zu managen. Zweitens rechnen wir mit einer weiteren Konsolidierung des Kliniksektors. **ZUSAMMENSCHLÜSSE** werden nur dann Effizienzgewinne bringen, wenn sie von Anfang an mit einer passenden Strategie begleitet werden.

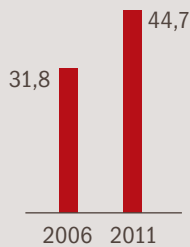


ERFOLGREICHE PRÄVENTION ODER BALD CHRONISCH KRANK?

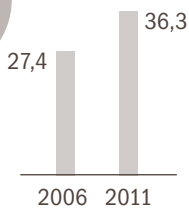
DIE LANDSCHAFT DER SCHWEIZER SPITÄLER IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

A
AUSGABEN FÜR GESUNDHEIT IN
DER SCHWEIZ AM STÄRKSTEN GESTIEGEN
[Gesundheitsausgaben in Mrd. USD]

**+40%
SCHWEIZ**



**+23%
ÖSTERREICH**



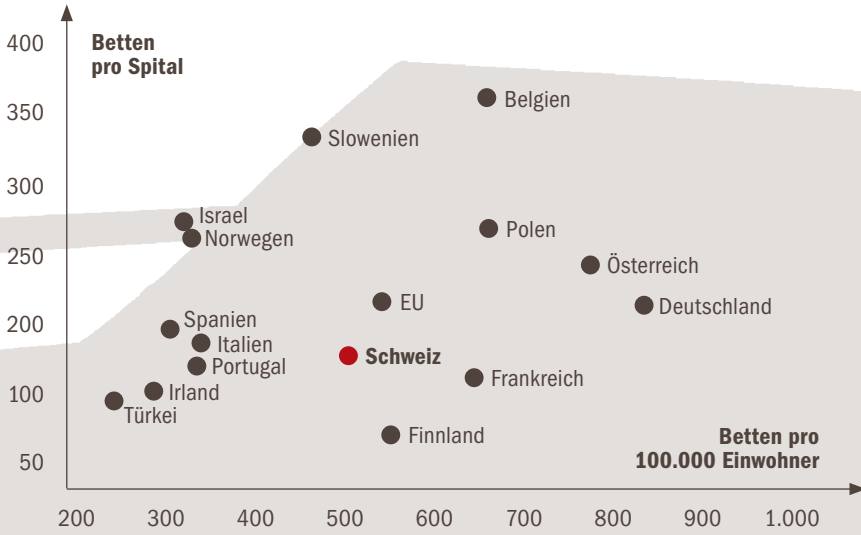
**+23%
FRANKREICH**



Quelle: OECD, Roland Berger

1

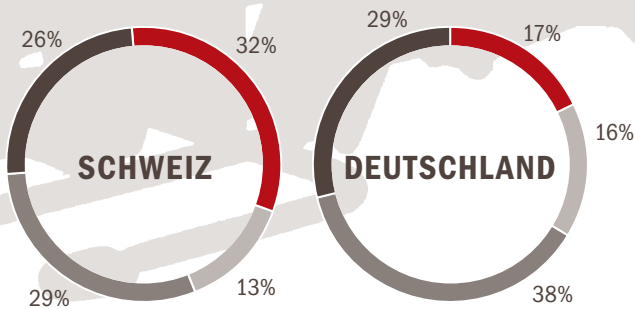
VIELE SPITÄLER SIND ZU KLEIN, UM WIRTSCHAFTLICH ARBEITEN ZU KÖNNEN



Quelle: OECD, Bundesamt für Statistik

B

FAST DOPPELT SO VIEL VERWALTUNGSPERSONAL WIE IN DEUTSCHLAND
[Personalgruppen in % des gesamten Krankenhauspersonals]



■ Nicht med. Personal ■ Ärzte ■ Schwester, Hebammen
■ Übriges med. Personal

Quelle: OECD

C

SCHWEIZER PATIENTEN BLEIBEN LANGE IM SPITAL
[Durchschnittliche Verweildauer in Tagen]



Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik Austria, destatis

1. Einkaufsmanagement neu aufstellen. Bestellungen abwickeln war gestern. Der Weg zur professionellen Einkaufsorganisation.

Viele Kliniken unterschätzen die Bedeutung des Beschaffungsmanagements, obwohl der Aufwand dort immerhin 35 Prozent des Gesamtaufwands beträgt. Im Rahmen unserer "Purchasing Excellence"-Studie untersuchen wir regelmässig, wie leistungsfähig der Einkauf in verschiedenen Branchen ist. Spitäler landen dabei stets auf den hinteren Plätzen. Woran liegt das? Da dieser Bereich nicht Kerngeschäft ist, wird er oft nicht mit gleicher Aufmerksamkeit geführt wie die Medizin.

In vielen Spitälern wickelt die Abteilung chronologisch Aufträge ab – auf Basis von Anforderungen, die

das medizinische Fachpersonal vorgibt. Die Lieferanten werden meist nur im Inland gesucht. Die Einkäufer erhalten zu wenig eigenen Gestaltungsspielraum und Durchsetzungsmacht. Bei so einer Ausgangslage ist erhebliches Potenzial zu heben – und das schnell, effektiv und sozialverträglich. Am Ende sollte der Beitrag des Einkaufs zum Ergebnis transparent sein, die Einkaufsabteilung sollte über ein Netz von strategischen Partnerschaften verfügen und Zugriff auf globale Märkte haben.

Um den Einkauf stärker zu professionalisieren, ist es sinnvoll, in zwei Schritten vorzugehen:

D

EINKAUFSMANAGEMENT PROFESSIONALISIEREN – SECHS KATEGORIEN

Typische Beispiele in den sechs Kategorien: Von A wie "Ausschreibung nachverhandeln" bis Z wie "Zwischenkäufer eliminieren" bleibt kein Potenzial ungenutzt.

OPTIMIERUNGSHEBEL	BEISPIELE
Preis	Ausschreibungen nachverhandeln, Zielpreisbildung, Benchmarking
Quantität	Mehrjahresverträge, Transportoptimierung
Prozess	E-Sourcing, Eliminierung der Zwischenverkäufer
Technik	Standardisierung, Umstellung des Produktionsprozesses
Lieferanten	Gemeinsames Verbesserungsprogramm, Lieferantenfinanzierung
Wertschöpfungsketten	Make-or-buy-Entscheidungen, Outsourcing

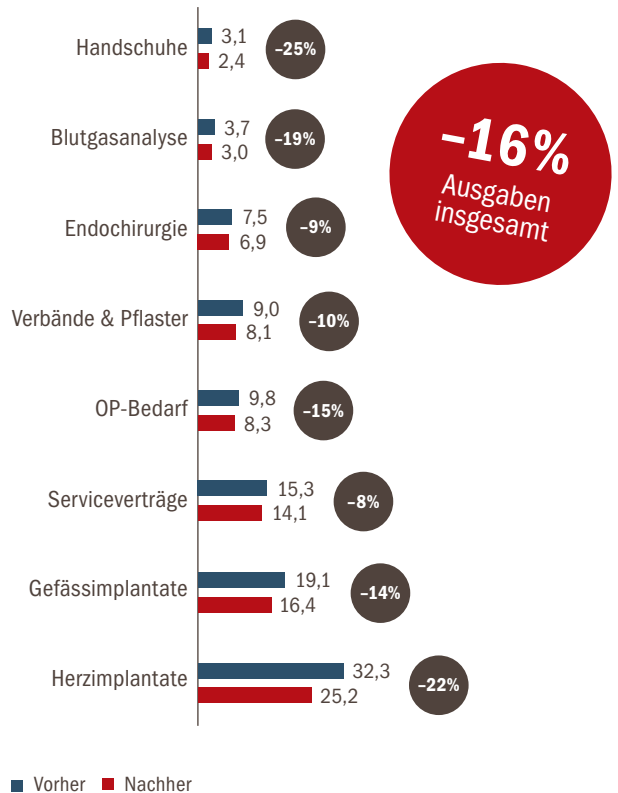
KOSTEN SCHNELL SENKEN. Zunächst werden Warengruppen schrittweise nach der Grösse ihrer Einkaufsvolumina sortiert. Die Hauptkostentreiber wie Implantate, Katheter oder Laborbedarf landen z.B. in der ersten Gruppe, weil sie den größten Anteil des Volumens ausmachen. Ausgehend von den bisherigen Einkaufsausgaben geht es nun darum, systematisch die Ausgaben in den Warengruppen zu senken: Welche Lieferanten gibt es international? Was beeinflusst den Preis (z.B. Lieferantenstruktur, Paketpreise, Möglichkeiten zur Eigenproduktion)? Um nachhaltige Erfolge zu erzielen, müssen Lösungen gefunden werden, mit denen die Mediziner gut arbeiten können, die Lieferanten verlässliche Partner bleiben und für das Spital eine grosse wirtschaftliche Verbesserung entsteht. Erfahrungsgemäss liegt das Potenzial in einer Warengruppe zwischen 5 und 20 Prozent. Es ist sinnvoll, Warengruppen, deren Preise von ähnlichen Faktoren beeinflusst werden, zu Clustern zusammenzufassen. Anschliessend wird darüber diskutiert, welche Hebel am besten geeignet sind, um die identifizierten Potenziale zu heben.

EINKAUF NEU ORGANISIEREN. Ein typisches Defizit bei der Einkaufsorganisation in Spitälern besteht im Rollenverständnis der Beteiligten. Innerhalb des Einkaufs und auch im Verhältnis zwischen Ärzten und Einkauf müssen die Entscheidungskompetenzen klar abgesteckt sein. Um den Einkauf zu stärken, empfiehlt sich eine grobe Trennung zwischen operativen und strategischen Aufgaben innerhalb des Einkaufs. In einem ersten Schritt muss die Arbeitsaufteilung festgelegt werden. Zum Beispiel: Wer führt die Preisverhandlungen? Wer ist für die Auswahl und die Betreuung der Lieferanten verantwortlich? Wer wickelt die Bestellungen operativ ab? Standardprozesse lassen sich durch IT-Tools professionalisieren. Diese können beispielsweise Angebote auf Basis standardisierter Kriterien prüfen oder die Gesamtbetriebskosten von technischem Material ermitteln. Das Ergebnis dieser Neuorganisation, der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie der erforderlichen Prozesse sollte in einem Einkaufshandbuch für alle Mitarbeiter verbindlich festgeschrieben werden.

E
PRIORITÄTEN BEIM EINKAUF

Wir haben Einkaufsstrukturen in einem Referenzprojekt analysiert. Je direkter die Materialien am Patienten zum Einsatz kommen, desto grösser sind die Widerstände, wenn es darum geht, alternative, kostengünstigere Lieferanten durchzusetzen. Patientennah sind z.B. Herz- und Gefässimplantate, Endoprothesen oder Nahtmaterial. Typische Beispiele für patientenferne Inputs sind Serviceverträge, Verbandsmaterial, Handschuhe oder Reinigungsmittel. Unter Berücksichtigung dieser Gegebenheiten gelang es dem Team im Spital, knapp 16 Prozent der betrachteten Einkaufskosten einzusparen, neun bis 25 Prozent pro Warengruppe. Das Einkaufsmanagement konzentrierte sich auf einige wenige bevorzugte Lieferanten. Insgesamt verringerte sich so die Komplexität und das Sortiment verkleinerte sich um zehn Prozent.

MIT KLUGER WARENGRUPPEN-STRUKTUR POTENZIALE HEBEN
[Ausgaben indexiert auf 100 Mio. CHF]



Quelle: Projektbeispiele Roland Berger

2. Ergebnisse verbessern.

Profitabilität ist im Gesundheitswesen immer ein heikles Thema. Kliniken dürfen nicht zögern, es anzugehen.

Wenn man das Überleben von Spitälern sichern, aber auch die Leistungsfähigkeit des gesamten Sektors stärken will, ist es unumgänglich, die Kliniken profitabel zu machen. Im internationalen Vergleich hat sich gezeigt, dass Spitäler eine EBITDA-Marge von etwa zehn Prozent erwirtschaften müssen, um ihre Anlagennutzungskosten einzuspielen. Angesichts der immer noch laufenden Umstellung der Klinikfinanzierung stehen belastbare Überblicksdaten für die gesamte Schweiz derzeit noch aus. Jedoch ist davon auszugehen, dass die tatsächlich erreichte Marge im Schnitt wesentlich niedriger ist.

Da die einmal festgelegten Werte in den SwissDRG nicht fix sind, fällt es schwer, die Finanzen mittelfristig zu planen. Die Baserates, oder Basispreise, die das Spital pro abgerechneten Case-Mix-Punkt erhält, werden zwischen Spitälern und Versicherern ausgehandelt. Politik und Krankenkassen haben ein Interesse, diesen Basispreis nach unten zu korrigieren, da dies Krankenkassen und Steuerzahler entlastet.

Für die Spitäler hingegen bedeutet dies weiteren Kostendruck. Um die Wirtschaftlichkeit zu verbessern, werden den Kliniken ambitionierte Sparprogramme verordnet – Verbesserungen des Ergebnisses in Höhe von zehn Prozent der Gesamtkosten sind auf Klinikenebene keine Seltenheit. Um einen solchen Kraftakt zu bewältigen, muss ein Umdenken in der gesamten Organisation stattfinden. Es gilt, Profitabilität als zentrale Steuerungsgrösse zu akzeptieren. Alle Mitarbeiter und Manager sollten gemeinsam daran arbeiten, dieses Ziel zu erreichen.

ERLÖSE STEIGERN. Die Leistungen zu verbessern ist ein erster Schritt profitabler zu werden – ohne Personal abbauen zu müssen. Dabei gibt es drei Ansatzpunkte: 1. Mit attraktiven Angeboten mehr Patienten behandeln, Kooperationen fördern und die Beziehungen zu den Zuweisern professionalisieren. 2. Eine Spezialisierung finden, die es ermöglicht, viele schwierige Fälle zu behandeln (caveat: Damit steigen auch die Kosten – das optimale Verhältnis zu finden erweist sich als komplex). 3. Kodier- und Abrechnungsmöglichkeiten ausschöpfen, um am Ende auch wirklich alle Leistungen bei der Abrechnung zu erfassen.

SACHKOSTEN REDUZIEREN. Im ersten Kapitel wurden bereits Massnahmen beschrieben, die den Einkauf schlagkräftiger machen. Diese verbessern das Ergebnis der Kliniken unmittelbar. Darüber hinaus gibt es bei den Sachkosten weitere Ansatzpunkte: Verbesserte Lagerhaltung, first-in-first-out, Preisschilder für teure Artikel oder Standard-Indikationslisten senken den Verbrauch an medizinischem Bedarf. Abschreibungen oder Wartungskosten lassen sich reduzieren, indem Kliniken ihre Grossgeräte leasen oder die Serviceverträge nachverhandeln.

PERSONAL NEU ORGANISIEREN. Ansatzpunkte für eine bessere Auslastung von Ressourcen bieten sich in allen Mitarbeitergruppen eines Krankenhauses: bei der Verwaltung, beim Pflege- und medizinisch-technischen Personal und bei den Ärzten bzw. dem akademischen Personal. Die Verwaltung innerhalb der Kliniken profitiert in der Regel davon, wenn

die Dokumentation digitalisiert und die Berichtslast insgesamt verschlankt wird. Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, Schreivarbeiten auszulagern. Prozesse neu zu organisieren und Schichtpläne zu verbessern ist meist der beste Weg, um die Arbeitslast des medizinisch-technischen und des Pflegepersonals zu verringern. Tätigkeiten, die nicht von diesen Fachkräften erledigt werden müssen (Catering, Reinigung), können an günstigere Berufsgruppen delegiert werden. Auch die Auslastung der Ärzte lässt sich meistens verbessern. Denkbar sind neue Dienstmodelle und eine verbesserte Zeitplanung bei Visiten sowie eine Optimierung von Diagnostik- und Therapie-Durchläufen der Patienten. Forschungstätigkeiten sollten über

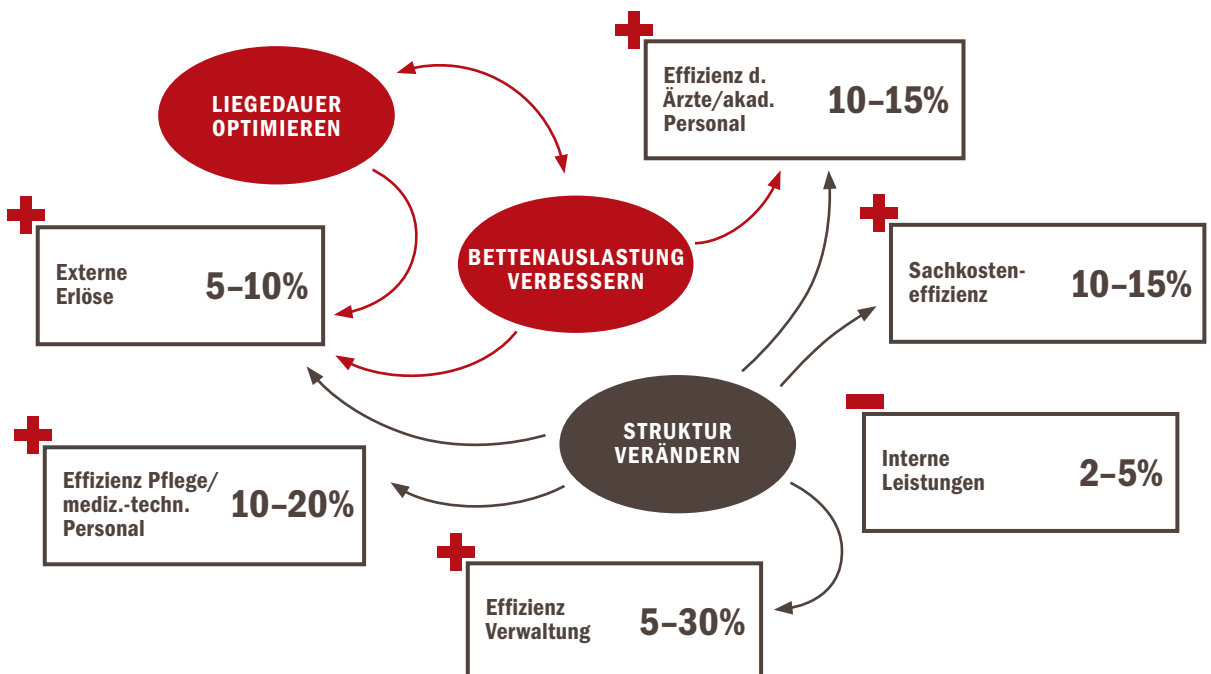
Forschungsgelder finanziert werden. Tätigkeiten, die nicht unbedingt das Know-how eines Mediziners erfordern, können an das Pflege- oder Verwaltungspersonal abgegeben werden.

KRÄFTE FREISETZEN. Hier soll dafür gesorgt werden, dass sich die oben genannten Effekte optimal entfalten können. Das Management sollte z.B. Doppelstrukturen eliminieren oder durch die Zusammenlegung kleiner Abteilungen eine bessere Auslastung der Ressourcen und Betten gewährleisten. Die kritische Analyse der Verweildauer von Patienten und ggf. ein verbessertes Angebot ambulanter Begleitleistungen sind ebenfalls eine Möglichkeit, die Personal- und Sachkosteneffizienz einzelner Abteilungen zu erhöhen.

F

POTENZIAL ERMITTELN

Unserer Erfahrung nach ist der Effekt auf das Ergebnis am grössten, wenn alle neun in der Grafik gezeigten Optimierungsbereiche (rot die Enabler, weiss die Ergebnisfelder) gleichzeitig bearbeitet werden. Das heisst, Potenziale sollten nicht nur über Datenanalysen, sondern vor allem über Interviews und in gemeinsamen Workshops definiert werden. Gelingt es, die Mannschaft auf ein gemeinsames Ziel einzuschwören, lassen sich in einem nur zehn bis zwölf Wochen dauernden Projekt grosse Fortschritte erzielen. Ergebnis dieser Arbeitsgruppen sind dann Massnahmenpläne mit festen Fristen und die Benennung von Verantwortlichen. So schnell wie möglich sollten Quick Wins identifiziert werden, die das Ergebnis sofort verbessern.



3. Zusammenschlüsse managen.

Seit 1998 reduzierte sich die Zahl der Spitäler um ein Viertel. Doch der Strukturwandel ist noch nicht zu Ende.

Spitäler müssen geografisch breit verteilt sein, um ihrem Versorgungsauftrag gerecht zu werden. Jedoch brauchen sie eine kritische Grösse, um einigermaßen kosteneffizient arbeiten zu können. Bisher kamen insbesondere nicht medizinische Bereiche wie Reinigungskosten, Facility Management, Catering, Hauswirtschaft oder Verwaltung und Management unter die Lupe, wenn man die Frage nach der kritischen Grösse eines Spitals stellte.

Seit der Umstellung des Abrechnungsmodus von Einzelleistungen auf Fallpauschalen sind die medizinischen Leistungen in den Kliniken plötzlich ebenfalls einer Economies-of-Scale-Logik unterworfen. Das heisst, sie tragen sich nur bei einer kritischen Menge von Fallzahlen. Damit hat sich das Dilemma zwischen Versorgungsauftrag und Kosteneffizienz besonders bei kleinen Häusern durch die Reform der Krankenhausfinanzierung noch verschärft.

Der Strukturwandel im Gesundheitswesen darf nicht zu einem unkontrollierten Kliniksterben führen. Ein besserer Weg ist es, wenn die Beteiligten versuchen, den Wandel aktiv mitzugestalten. So reduziert sich die Zahl der Kliniken zwar, dahinter steht aber eine andere Logik. Komplementäre Partner schliessen sich zusammen, um medizinische Leistungen wirtschaftlicher auf dem Markt anzubieten.

Eine sorgfältige Bewertung des Standorts ist eine wichtige Voraussetzung, um die richtigen Partner zusammenzubringen und die richtige Art der Zusammenarbeit zu definieren. Wie weit sind die Fusionskandidaten oder Kooperationspartner geografisch

voneinander entfernt? Welches Einzugsgebiet an Patienten bedienen sie bisher? Wie stark ist der Wettbewerb im gemeinsamen Markt? Wie wird sich die Nachfrage im geografischen Umfeld entwickeln?

Kernüberlegungen bei Spitalzusammenschlüssen sind: Welche Leistungen werden wo angeboten? Bietet man gleiche Disziplinen an verschiedenen Standorten an? Unterscheiden sich die Standorte in Bezug auf die Fallschwere? Gibt es ein abgestuftes Versorgungskonzept? Auf welche Leistungen spezialisiert sich welcher Standort?

Der dritte Punkt der Analyse betrifft die Infrastruktur und Personalressourcen. Wie viele Betten braucht man wo? Welche Medizintechnik besteht an welchem Standort? Wie kann die Infrastruktur optimal ausgelastet werden und wie lassen sich Patientenwartezeiten verkürzen? Welcher Skill-Mix des Personals besteht? Wie eng arbeiten die Mitarbeiter über Standorte hinweg zusammen?

Gleichzeitig muss die Bevölkerungsdichte des Standorts zum geplanten Angebot passen. Während Unispitäler, Spezialisten und grosse Kliniken mit hervorragend ausgebildetem Personal und einem direkten Zugang zur Forschung hauptsächlich in städtischen Gebieten sinnvoll sind, verteilen sich die Basis spitäler, die eine Grundversorgung sicherstellen, eher auf ländliche Regionen. Als Ergebnisse eines solchen Vorgehens ergeben sich erstens konkrete Massnahmen zur Realisierung von Synergiepotenzialen. Zweitens lassen sich daraus Strategien und Betriebskonzepte für die Zukunft des Spitals ableiten.

G

WIE STARK MÜSSEN SICH ZWEI PARTNER VERZAHNEN, UM DIE GEWÜNSCHTEN STRATEGISCHEN ZIELE GEMEINSAM ZU ERREICHEN?

Haben sich zwei Partner gefunden, müssen sie festlegen, welchen Grad an Integration sie wünschen. Je enger sie zusammenarbeiten, umso weiter links befinden sie sich in unten stehender Grafik. Die Synergien sind ganz links am grössten. Bei einer finanziellen oder einer Infrastruktur-Fusion entstehen klare Verantwortlichkeiten. Die Partner teilen das Budget sowie den Personalpool und bewegen sich in einem einheitlichen Entlohnungssystem. Aber auch eine Kooperation (in der Grafik ganz rechts) kann Vorteile haben. Die Spitäler können sich weiterhin über ihre individuellen Stärken am Markt profilieren – auch als Arbeitgeber. Ausserdem lassen sich Programme zur Kostensenkung selektiver durchführen. Diese Variante benötigt jedoch eine eigene Organisation mit Plattformen, die einen Austausch z.B. von Patienten ermöglichen.

TIEFE DER INTEGRATION

Volle Integration

- 5 FINANZIELLE FUSION**
Eine rechtliche Einheit mit verschiedenen Standorten
- 6 INFRASTRUKTUR-FUSION**
Bündelung des medizinischen Angebots an einem Standort

Operationelle Integration

- 2 ABGESTIMMTES MEDIZINISCHES ANGEBOT**
Portfolio an medizinischen Leistungen strategisch abgestimmt zwischen Gesellschaften
- 3 GEMEINSAMES MEDIZINISCHES ANGEBOT**
Klare Zuordnung der medizinischen Leistungen zu verschiedenen Gesellschaften und Transfer von Patienten zwischen den Gesellschaften
- 4 ORGANISATORISCHE FUSION**
Kliniken unter der Führung einer einzigen Person für alle Tochtergesellschaften

Zusammenarbeit

- 1 AUSBILDUNGSNETZWERK**
Aufeinander abgestimmte Ausbildungsprogramme zwischen verschiedenen Gesellschaften. Alle Angestellte haben Zugang zu diesen Programmen.

Quelle: Referenzprojekt



4. Neubauprojekte durchführen

Jahrelang haben die Kliniken zu wenig in Bauprojekte investiert. Jetzt besteht Handlungsbedarf.

Die Anforderungen an die Spitäler haben sich stark verändert: Die Fallzahlen steigen kontinuierlich. Immer mehr Diagnosen und Therapien werden ambulant durchgeführt. Die medizintechnischen Entwicklungen erfordern andere Infrastrukturen als bisher. Patienten werden zunehmend interdisziplinär behandelt. Diese neuen Rahmenbedingungen gilt es zu berücksichtigen, während drei grosse Ziele verfolgt werden: Die medizinische Qualität und die wirtschaftliche Effizienz sollen steigen und die gestiegene Nachfrage nach Patientenkomfort muss befriedigt werden.

Selbst mit den bisher beschriebenen Methoden stossen viele Spitäler schnell an ihre Grenzen, wenn z.B. Aufnahme, Behandlungsräume, Operationsäle und Labors nicht funktional und sinnvoll angeordnet sind.

Die Investitionen in Erweiterungsbauten oder sogar in ganz neue Spitalbauten haben mit dieser Entwicklung nicht Schritt gehalten. Noch im Jahr 2011 bewegten sich die Investitionen in Um- und Neubauten von Allgemeinspitälern nur acht Prozent über dem Niveau von 1995. Vielfach werden die räumlichen Gegebenheiten den neuen Anforderungen nicht mehr gerecht. Die Ausgaben für Spitalleistungen haben sich im gleichen Zeitraum fast verdoppelt. Das Volumen an Klinik-Bauvorhaben in der Schweiz wird auf knapp neun Milliarden Schweizer Franken geschätzt.

Der Investitionsstau hat sich durch die Systemumstellung noch verschärft. Vor 2012 übertrugen viele Kantone das Immobilieneigentum zurück an die Spitäler und strichen die Mittel für bestehende Vor-

haben aus ihren Haushalten. Damit haben Krankenhausmanager die Federführung über die Neubauprojekte übernommen.

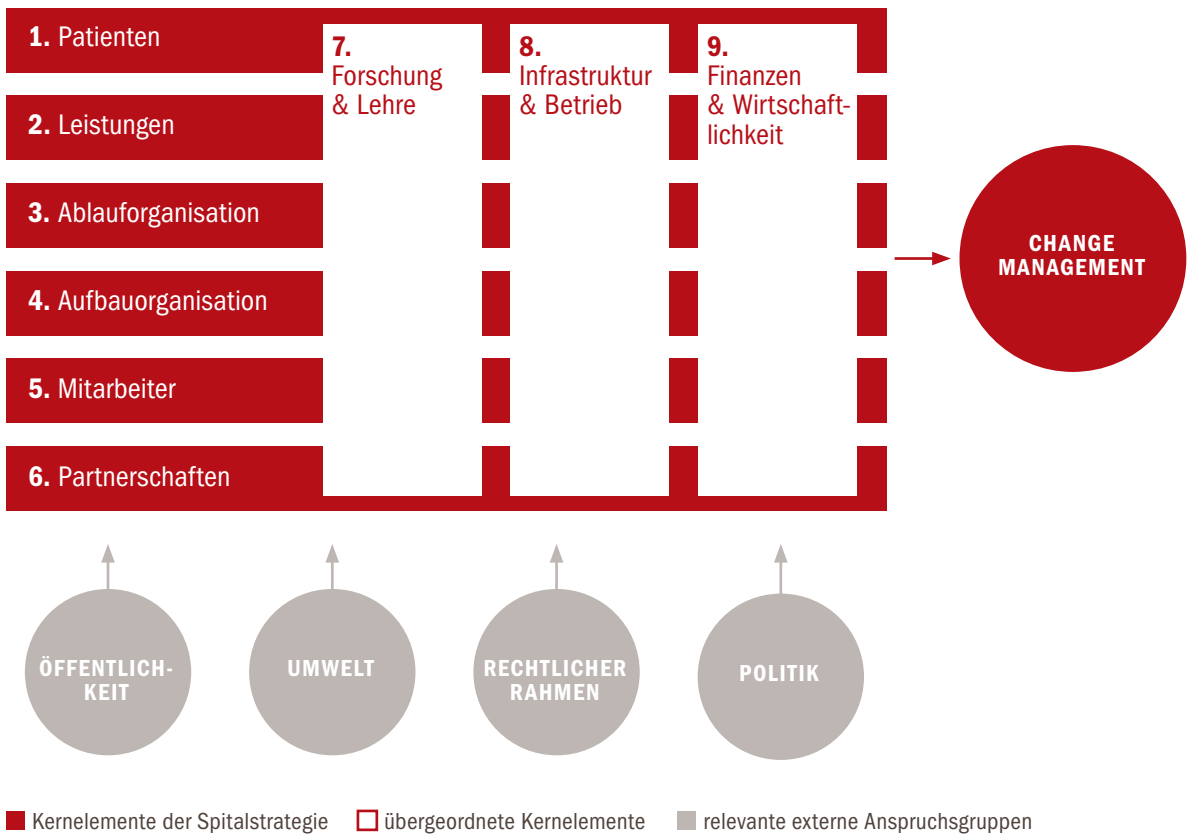
Neubauprojekte bieten die einzigartige Chance, Gebäude, Anlagen und Angebote auf ein neues funktionales Niveau zu heben. Zugleich besteht die Gefahr von Investitionsruinen, falls die Planungen nicht den tatsächlichen Anforderungen im künftigen Betrieb entsprechen. Deshalb ist es unumgänglich, vor Baubeginn eine detaillierte strategische Analyse vorzunehmen. Welche medizinischen Trends soll die Strategie aufgreifen? Wo könnten sich langfristig Veränderungen in der Nachfragestruktur ergeben? Welche Entwicklungen im Gesundheitswesen müssen berücksichtigt werden?

Darauf basieren strategische Entscheidungen, etwa zum künftigen Angebotsportfolio, zu Aufbau- und Ablauforganisation, zu möglichen Partnerschaften und Kooperationen, wie auch zur Vernetzung mit Forschung und Lehre. Erst mit diesen Ergebnissen lassen sich operative Antworten finden, die in konkrete Spezifikationen für ein Neubauprojekt fliessen. Dazu gehören Aufgabenzuschnitte der Mitarbeiter, funktionale Anordnung von Gebäuden und Vorschläge zum Rollout und Change Management.

H

HERLEITUNG STRATEGISCHER GRUNDSATZFRAGEN

Die Planung eines Neubaus umfasst neun Kernelemente, zu denen jeweils strategische Entscheidungen getroffen werden. Die ersten sechs (rot) können relativ unabhängig voneinander betrachtet werden, z.B. welche Patienten will ich behandeln? Welche Leistungen will ich anbieten? Quer darüber (weiss) liegt die strategische Betrachtung der Kernelemente 7, 8 und 9, bei denen die Fragen weiter gefasst werden müssen. Beispiel: Um Forschung und Lehre strategisch zu planen, brauche ich geeignete Mitarbeiter, eine passende Organisation usw. Bei einem Soll-Ist-Vergleich stellt sich dann heraus, wo Veränderungsbedarf besteht.



Für die Zukunft planen

Es muss letzten Endes darum gehen, Patienten bei den gegebenen finanziellen Mitteln bestmöglich zu versorgen. Bereits heute stehen Spitalmanagern wirkungsvolle Instrumente zur Verfügung, um sich für künftige Herausforderungen zu rüsten. Schliesslich wird sich derjenige durchsetzen, der seine Strategie und sein Geschäftsmodell am schnellsten, aber auch am nachhaltigsten auf Makrotrends einstellt und dabei gesundheitspolitische Vorgaben wie das neue Erlösmodell der Fallpauschalen berücksichtigt. Ohne die Organisation und das Kostenmanagement anzufassen, wird es nicht gelingen, hohe Qualität bei der Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Wir haben gezeigt, dass Sachkostenmanagement, Ergebnisverbesserung, Zusammenschlüsse und die Planung von Neubauten dazu beitragen, den Druck auf die Kosten zu reduzieren und vorhandene Ressourcen besser zu nutzen.

In Deutschland sind die DRG bereits seit über zehn Jahren gelebte Praxis. Die Spitäler in der Schweiz haben die Chance, von einigen der Erfahrungen zu profitieren, Entwicklungsschritte zu überspringen und Fehler zu vermeiden. Ein Blick über die Grenze zeigt, dass Spitäler durchaus profitabel wirtschaften können – aber nur wenn sie sich zügig mit geeigneten Kontroll- und Steuerungssystemen ausstatten. Und die Strategie muss natürlich auch auf mittel- und langfristige Entwicklungen ausgerichtet sein.

Was sind mögliche Zukunftsszenarien? Schweizer Spitäler können es schaffen, medizinische Spitzenleistungen bei hoher wirtschaftlicher Effizienz zu erbringen. Die Struktur des Marktes insgesamt wird sich weiter verändern. Denkbar ist, dass ausländische Wettbewerber aus dem Privatspital-Sektor versuchen, auf dem hiesigen Markt Fuss zu fassen. Auch hier besteht die Chance, sich weiter zu verbessern, da diese Kliniken innovative und bereits erprobte Organisations- und Managementmodelle mitbringen. In den kommenden Jahren wird die Zahl der Spitäler voraussichtlich weiter sinken. Dies muss nicht unbedingt eine Verschlechterung der Versorgungsqualität mit sich bringen, zumindest nicht, wenn schlagkräftigere mo-

dernere Einheiten entstehen. Vielversprechend sind auch Ideen, die verschiedenen Versorgungsträger (Haus- und Fachärzte, stationäre und häusliche Pflege, Spitäler) enger miteinander verknüpfen. Doch die Spitäler müssen ihre Aufgaben zunächst alleine lösen. Jetzt ist die richtige Zeit, sich optimal aufzustellen, bevor die DRG-Schraube angezogen wird. ♦

ÜBER UNS

Roland Berger Strategy Consultants

Roland Berger Strategy Consultants, 1967 gegründet, ist eine der weltweit führenden Strategieberatungen. Mit über 2.700 Mitarbeitern in 51 Büros in 36 Ländern sind wir in den global wichtigsten Märkten erfolgreich aktiv. Gemeinsam mit unseren Klienten entwickeln wir massgeschneiderte, kreative Konzepte. Besonders wichtig ist uns die Begleitung der Umsetzungsphase. So schaffen wir echten Mehrwert für unsere Klienten. Unser Beratungsansatz gründet sich dabei insbesondere auf die unternehmerische Persönlichkeit, die Integrität und die Individualität unserer Berater: "It's character that creates impact!"

www.rolandberger.com

Weiterführende Lektüre



PURCHASING EXCELLENCE STUDY

Seit 1999 befragen wir Einkaufsverantwortliche in 500 Unternehmen weltweit. Das Ergebnis sind Handlungsempfehlungen, z.B. für Risiko-, Personal- oder Finanzentscheidungen in zahlreichen Branchen, darunter auch Krankenhäuser.



VERWEILDAUER-ORIENTIERTES PATIENTEN-MANAGEMENT

Wir zeigen, wie Patientenmanager den Aufenthalt im Krankenhaus verkürzen. Sie begleiten den Patienten, dokumentieren seinen Weg durch die Abteilungen und bilden die Schnittstelle zum Belegungs- und Entlassungsmanagement.



SACHKOSTENMANAGEMENT FÜR KRANKENHÄUSER

In zahlreichen Referenzprojekten haben wir das "Best-in-Class-Sachkostenmanagement für Spitäler" entwickelt. Es hilft, Kosten zu reduzieren und Beschaffungsprozesse neu aufzustellen.

Tablet-Version



HIER GEHT'S ZU UNSERER KOSTENLOSEN KIOSK-APP

Um die digitale Ausgabe unserer Publikationen zu erhalten, geben Sie "Roland Berger" im iTunes App Store oder bei Google Play ein.

Links & Likes

BESTELLEN UND HERUNTERLADEN
www.think-act.com

INFORMIERT BLEIBEN
www.twitter.com/RolandBerger

LIKEN UND TEILEN
www.facebook.com/RolandBergerStrategyConsultants

Herausgeber

ROLAND BERGER AG STRATEGY CONSULTANTS

Holbeinstr. 22
8008 Zürich
Schweiz
+41 43 336 8600
www.rolandberger.com

Redaktion

DR. CORNELIA GEISSLER
cornelia.geissler@rolandberger.com

Ihre Fragen beantworten die Autoren gerne

PHILIPP ANGEHRN
Managing Partner
+41 43 336 8720
philipp.angehrn@rolandberger.com

PETER MAGUNIA
Principal
+49 30 39927 3587
peter.magunia@rolandberger.com

BENJAMIN REKAB
Senior Consultant
+41 43 336 8635
benjamin.rekab@rolandberger.com