

Schweizer Gesundheitstagung des ICV und der SGfM  
Basel, 7. Mai 2015

# Steigerung der Ergebnisqualität als Mittel zur Kostendämpfung am USZ

Dr. Jörk Volbracht, Leiter Medizincontrolling  
Claudio Bitzi, Leiter Controlling



**UniversitätsSpital  
Zürich**

# Kostenmanagement

## Definition, Ziel und Dimensionen

Unter **Kostenmanagement** verstehen man sämtliche strat. und operat. Bestrebungen eines Unternehmens, welche Unternehmensstrukturen, Prozesse, Ressourcen und Produkte unter Kostenaspekten beeinflussen. Das Kostenmanagement zielt auf die **Optimierung der Wirtschaftlichkeit** und damit auf die **Verbesserung des operativen Ergebnisses** ab.



Das **Ziel** ist mittels **Beeinflussung der Kosten** die Erreichung der obersten Unternehmensziele zu gewährleisten. Es wird versucht, Kosten innerhalb eines bestehenden Nutzenpotenzials zu **minimieren**. Zudem ist die **Ermittlung der wesentlichen Kostentreiber** von zentraler Bedeutung für längerfristige Massnahmen zur Kostenbeeinflussung.

Dimensionen: 1) Was sind die **Einflussfaktoren** des Kosten-Managements und welche Ziele ergeben sich daraus? 2) Welche **Funktionen** muss das Kosten-Managements zur Erreichung dieser Ziele übernehmen? 3) Mit welchen **Instrumenten** sollen diese Aufgaben erfüllt werden?

Quelle: Keune Hugo et al.: Kostenmanagement in der Schweiz, eine Studie der Universität Bern und PricewaterhouseCoopers, 2008

# Rahmenbedingungen

## Neue Spitalfinanzierung ab 2012

### KVG Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

<sup>1bis</sup> Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien **Pauschalen**. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind **leistungsbezogen** und beruhen auf gesamtschweizerisch **einheitlichen Strukturen**. (...) Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitälern, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

### KVV Art. 59c Tarifgestaltung

<sup>1</sup> Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf **höchstens** die transparent ausgewiesenen **Kosten** der Leistung decken.
- b. Der Tarif darf **höchstens** die für eine **effiziente Leistungserbringung** erforderlichen Kosten decken.
- c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf **keine Mehrkosten** verursachen.

# Die sieben entscheidenden Fragen des Controllings

1. **Strategie:** Was sind die Schlüsseltreiber des Geschäfts?
2. Wie wird die Strategie in **messbare Objekte** übersetzt?
3. Wie **messen** wir Fortschritte in den spezifischen Geschäftsfeldern?
4. Welche **Daten/Systeme** sind vorhanden um dem Management aufschlussreiche Informationen zur Verfügung zu stellen?
5. Wie **vergleichen** wir Ziel/Budgets mit den IST-Werten?
6. Wie kann das Management basierend auf den gesammelten Informationen «**Change**» in der Organisation bewirken?
7. Wie werden die Individuen / die Organisation für das Erreichen der Ziele **belohnt**?

## Motivation zur Veränderung im Spital (1/3)

Hatten Sie schon einmal die Aufgabe, Verschwendung im Spital zu stoppen?

Waren Sie erfolgreich?

Waren Sie mit Ihrem Erfolg zufrieden?

Wurden Teil- Misserfolge analysiert?

## Motivation zur Veränderung im Spital (2/3)

Warum werden offensichtlich notwendige Veränderungen nicht oder schwer umgesetzt?

→ Es gibt handfeste Interessen am Alten festzuhalten

Hinter Verschwendung stecken in der Regel Menschen die davon profitieren.

Können wir diese Menschen überzeugen ihr Verhalten zu ändern?

## Motivation zur Veränderung im Spital (3/3)

Nachhaltige Veränderung braucht intrinsische Motivation der Akteure  
oder deren Kontrolle

These: Die Behandlungsqualität ist ein  
intrinsischer Faktor der behandelnden  
Ärzte und Pflegenden



# Ergebnisqualität

## Ökonomischer Anreiz im DRG System (1/2)

- Wiederaufnahmeregelung bei Komplikationen
  - Teilfinanzierung der Langliegerkosten (70%)
  - Verweildauerreduktion als ökonomischer Anreiz auch bei Normalliegern
- ➔ Pay for Performance ist schon umgesetzt



# Ergebnisqualität

## Ökonomischer Anreiz im DRG System (2/2)

- Beispiele aus dem USZ
- Komplikationen 2 X
- Vermeidung von Transfusionen

# Ergebnisqualität und Verminderung von Verschwendung

## Ansatzpunkte während Patientenprozess

### **Bei der Aufnahme:**

Schnelle Diagnose !

### **Während des Aufenthaltes:**

Vermeidung unnützer Diagnostik und Therapie  
Sinnvolle, am Patienten ausgerichtete Prozesse

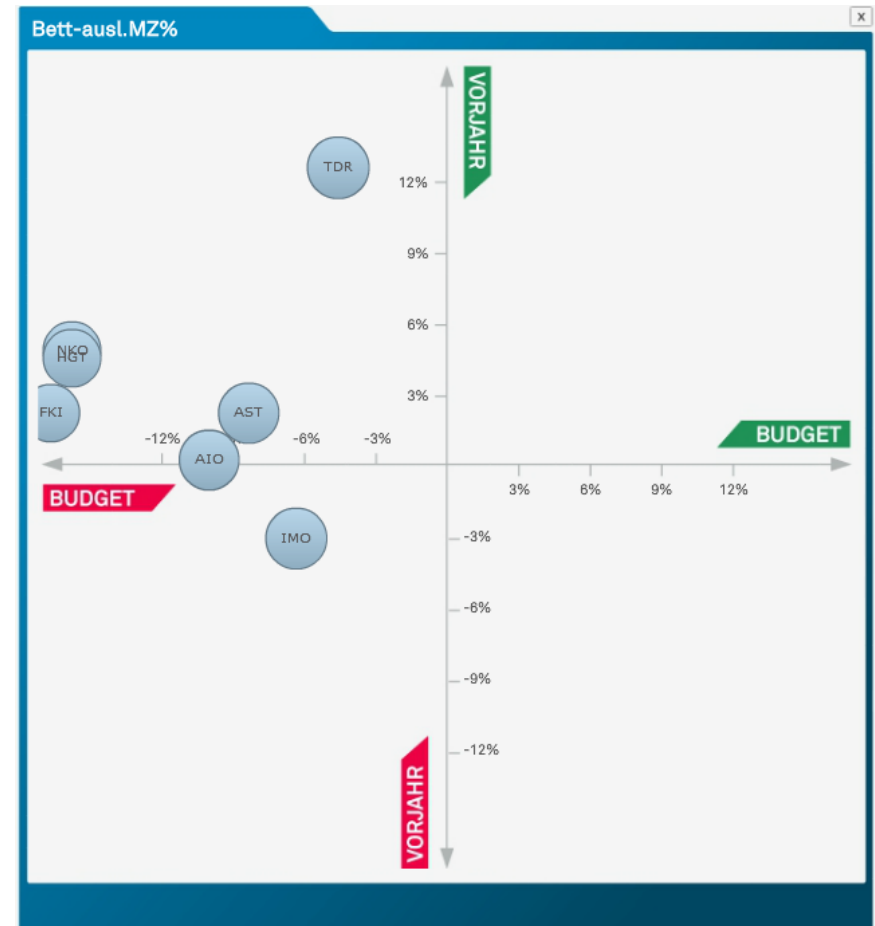
### **Zum Austritt:**

Austrittsmanagement

# Ergebnisqualität und Verminderung von Verschwendung

## Tiefe Auslastung – Messung Auslastung und Kosten ungenutzter Kapazitäten

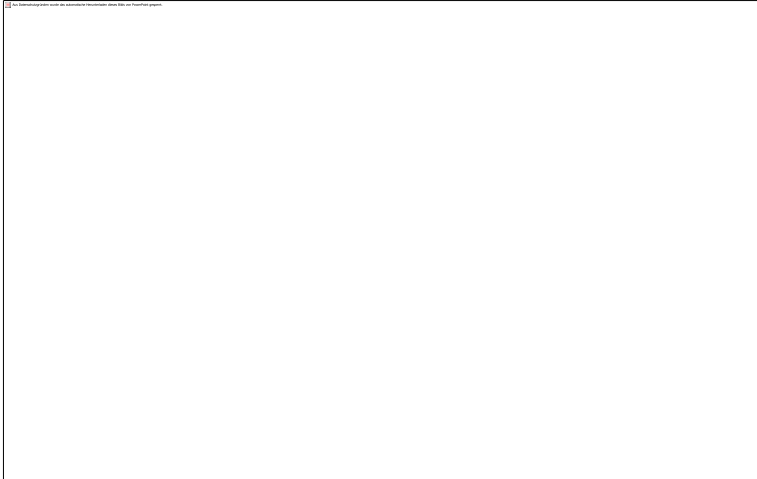
- Messung von diversen Auslastungen (OP-Infrastruktur, Grossgeräte während Betriebszeit, Grossgeräte auf 24h, Betten)
- Steigerung der Bettenauslastung bei fast allen Medizinbereichen (+3.4%)
- Steigerung der Geräteauslastung bei fast allen Gerätetypen (+2.1%)
- Mehrere (konfliktionäre) Dimensionen müssen gleichzeitig gesteuert werden (bspw. Erhöhung der Bettenauslastung und Verringerung der Verweildauer), was die Führungspersonen vor eine gewisse Herausforderung stellt



# Ergebnisqualität und Verminderung von Verschwendung

## Falsche Entscheidungen - Interprofessionelle Zusammenarbeit und Diagnostik

- **Bessere Entscheidungen** durch Interprofessionelle Zusammenarbeit (bspw. Tumorboard, Schwindelzentrum) und Diagnostik auf höchstem Niveau
- Diese Entscheidungen **definieren den weiteren Behandlungspfad**
- Aber: Es braucht am Schluss **eine Person**, welche die **Hauptverantwortung** übernimmt, ansonsten kann die Behandlung nicht im Sinne des Patienten sein



# Verschwendung

## Zusammenfassung Arten von Verschwendung in der Medizin

Arten von Verschwendung		Verschwendung in Medizin
Transport/Logistik	→	Patienten und Materialien nicht dort anzutreffen, wo sie sein sollten
Inventar/Bestände	→	Sicherheitsbestände führen zu Schwund, Kapitalbindungskosten und Wertminderung
(unnötige) Bewegung	→	Nicht auf Prozesse ausgerichtete Infrastruktur
Wartezeiten	→	Unproduktive Arbeitszeit, mangelnde Koordination, fehlende Planung
Überproduktion / Überkapazitäten	→	Tiefe Auslastung, mangelnde Fokussierung, unnötige Vorhalteleistungen
Falsche Technologie / Prozesse	→	Falsche Entscheidungen bzgl. Diagnose/Prozedur
Defekte	→	Komplikationen

# Belohnung

## Erfolgsbeteiligung USZ

- «Erfolgsbeteiligung USZ»: Ein Beitrag zur **Belohnung wirtschaftlichen Handelns**
- Wirtschaftlichkeit ist wichtig, aber **nicht alles**
  
- Die **Medizinbereiche** stehen im Fokus der Erfolgsbeteiligung
- Die Medizinbereiche werden **am Erfolg beteiligt**
- Die Medizinbereiche **bestimmen ihre Ziele selbst**
- Mit der Erfolgsbeteiligung finanzieren die Medizinbereiche die **Einmalprämien** für ihre Mitarbeitenden
- **Negative Ergebnisse werden vorgetragen**

## Kennzahlen 2011-2014

### Sehr positive Entwicklung beim USZ

<b>Kennzahlen Produktivität</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
REKOLE-Zertifizierung				
Fallnormkosten stat.				
Veränderung FNK				
Kostendeckung amb.				
Veränderung amb. KDG				
EBITDA-Marge				
<b>Kennzahlen Qualität</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Potenziell vermeidbare Wiedereintritte innerhalb 18 d				
Komplikationsrate				
Patienten-Zufriedenheit				
Zuweiser-Zufriedenheit				

**Danke.**



**UniversitätsSpital  
Zürich**