



Foto: Gina Sanders – Fotolia

Rotes Licht für Renditekiller

Mit Strategien und Analysen zur Kostenoptimierung

Laut Deutschem Krankenhausinstitut (DKI) schreibt fast jedes zweite der rund 2.000 deutschen Krankenhäuser Verluste. Fast jedes sechste steht vor der Insolvenz. Bis zum Jahr 2020 werde jedes achte Krankenhaus schließen müssen, schätzt

Ohne innovative Medizintechnik ist eine Patientenversorgung im Krankenhaus nicht möglich. Doch viele Krankenhäuser bringt eine falsche Investitionswut in die finanzielle Schiefelage. Dipl.-Ing. Michael Cammann über Strategien und Lösungen für mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit.



Dipl.-Ing. Michael Cammann
Geschäftsführer
CURATIS GmbH, Bremen

das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI).

Eine der Ursachen für die Finanzmisere sind Sanierungskonzepte, die meist allein auf moderne und überdimensionierte medizintechnische Ausstattung setzen. Das hat vielerorts die Krankenhaus-Geschäftsführung und Vorstände dazu verleitet, Millionen in die Modernisierung ihrer Medizintechnik zu investieren, ohne jedoch nachhaltige Erlössteigerungen sowie steigende Sach- und Unterhaltskosten zu berücksichtigen, geschweige denn, die Gesamtprozesse des Betriebs zu optimieren.

Gerade der Bereich Medizintechnik birgt viele Fallen, darunter ineffektive „Insellösungen“ – bei durchdachtem Einsatz allerdings ein hohes Einsparpotential und bessere Versorgung.

Das Problem: Aufgrund der überwiegenden Einzelmaßnahmen –

vielfach als Konsequenz aus Einzelförderungen der Vergangenheit – ist es Krankenhäusern kaum noch möglich, einen „großen Wurf“ zu realisieren oder ihn überhaupt in Betracht zu ziehen.

Genau an der Stelle sollte man jedoch ansetzen. Denn die Kostentreiber liegen nicht allein etwa bei der Instandhaltung und Investition der Medizintechnik, sondern greifen früher. Bevor die Anschaffung neuer Geräte in Erwägung gezogen wird, sollten Krankenhauschefs deshalb zunächst einmal ihr Haus als Ganzes hinterfragen, um optimale Lösungen zu erreichen. In der Industrie werden hier Masterplanning mit ganzheitlichen Return on Investment-Berechnungen (ROI) erstellt.

Strategien für den ganzheitlichen Blick

Das Krankenhaus der Zukunft benötigt eine medizinische Strategie, die – in Anbetracht der sich ständig wechselnden Leis-

tungsanforderungen und des demographischen Wandels – alle zwei Jahre auf den Prüfstand gestellt werden sollte, um den Kurs für die Zukunft auszurichten.

Dazu zählen Fragen wie: Wo will ich mit meinem Haus hin? Macht es Sinn, in eine Abteilung zu investieren, wenn der Nachbar dazu besser aufgestellt ist? Oder sollte man sich spezialisieren? Wie sieht das Versorgungsgebiet aus? Welche medizinischen Bedarfe sind offen?

Zudem müssen „Insellösungen“ herausgefiltert werden. In vielen Häusern wurde zuletzt nur in einzelne Funktionsstellen und damit verbunden in einzelne medizinische Geräte investiert. Aber passen diese individuellen Maßnahmen wirklich zusammen? Und ist dabei mein Gerätepark zu sehr gewachsen?

Ganz wichtig für strategische Überlegungen ist der dritte Aspekt, der oft verkannt wird: Manchen Chefs fehlt ein ausgefeiltes Raumkonzept, das funktional auf die betriebsorganisatorischen Abläufe ausgerichtet ist.

Raumkonzepte bringen auch technische Effizienz

Wenn beispielsweise die Gynäkologie im ersten, die Urologie im sechsten Stockwerk untergebracht ist und beide Fachabteilungen mit baugleichen Sonographiegeräte arbeiten, macht es wenig Sinn, solche Geräte für beide Stationen in größeren Stückzahlen anzuschaffen beziehungsweise vorzuhalten.

Effektiver wäre in diesem Fall, Untersuchungsräume gemeinsam zu nutzen und vielleicht auch die Stationen in örtliche Nähe zu bringen. Ähnlich verhält es sich bei der Radiologie: Die Radiologie ergänzt ganz wesentlich die Notfallambulanz – logisch wäre also, diese Abteilung direkt neben der Notfallaufnahme unterzubringen, statt eine andere Etage oder gar die Notfallambulanz mit zusätzlichen Röntgenanlagen auszustatten (s. Abb. 1).

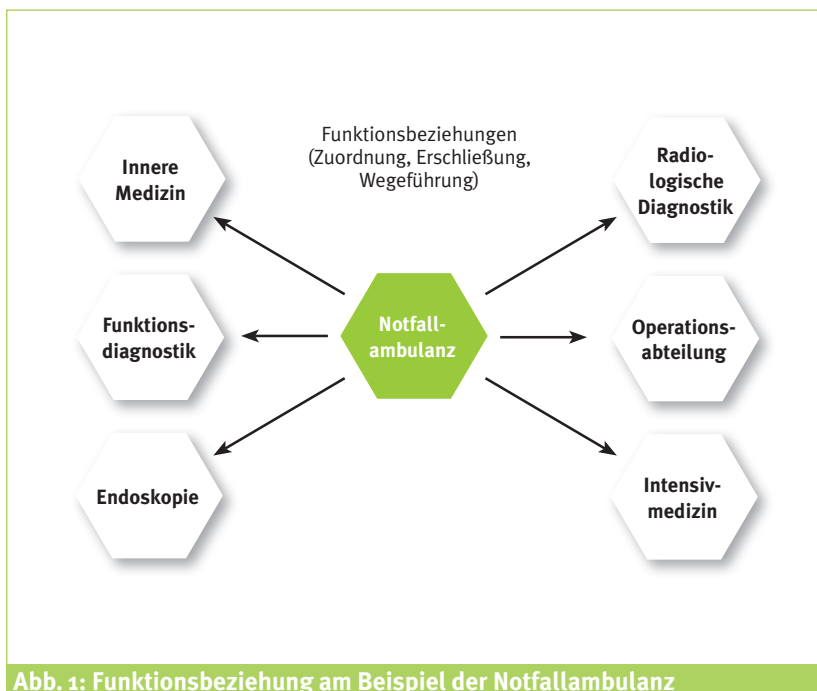


Abb. 1: Funktionsbeziehung am Beispiel der Notfallambulanz

Kurz gesagt: Die Funktionsstellen sollten dem Clinical Pathway des Patienten folgen, nicht umgekehrt.

Ein „Krankenhaus der kurzen Wege“ erleichtert zudem die Arbeit des Personals und spart Zeit. Dies lässt sich nicht bei jeder langjährig gewachsenen Gebäudestruktur einer Liegenschaft sofort umsetzen, sollte aber in die Zielplanung unbedingt einfließen.

Wie dies im Idealfall aussieht, zeigt das Beispiel eines Herzzentrums. Dort bestand der Bedarf für einen ergänzenden Herz-OP, der zudem als Hybrid-OP ausgestattet werden sollte. Des Weiteren enthielt der Investitionsplan die Ersatzbeschaffung einer Angiographieanlage.

Realisiert wurde stattdessen ein gemeinsamer Raum für zwei Funktionsstellen, in dem sowohl herzchirurgische Eingriffe als auch Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt werden. In Anbetracht der hygienischen Aspekte wurden zwei Vorraumzonen mit separaten Einleitungsräumen für die Herzchirurgie und – von der Radiologie aus kommend – für die Kardiologie geschaffen, deren Türen gegeneinander verriegelt sind und sich nur in klar definierten Zeitfenstern öffnen lassen.

Vormittags wird der OP für die Herzchirurgie genutzt, nachmittags vom Kardiologen. Über Nacht bleibt somit genug Zeit für die Reinigung. Auf diese Weise wurden Baukosten und insbesondere Kosten für die technische Gebäudeausstattung ►

Gesundheitsmanagement ist kein Zufall!

Medizin-Controlling

- Kodierung & Abrechnung
- MDK-Fallbearbeitung
- Erlösoptimierung

für die Psychiatrie: **PEPP** - fit mit elbaMed

elbamed GmbH: Tel.: 0800-elbamed (0800-35 22 6 33)
www.elbamed.de ■ info@elbamed.de

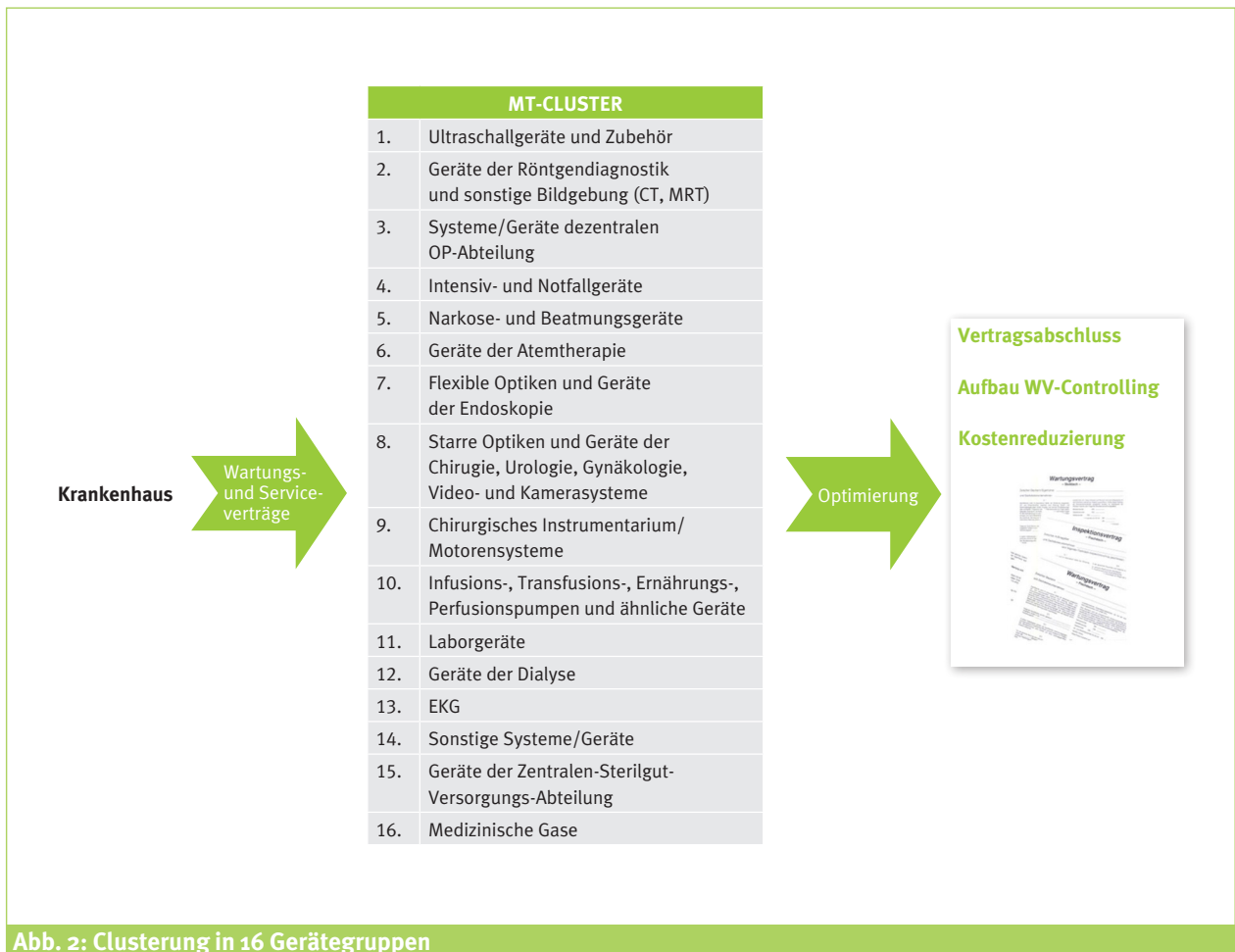


Abb. 2: Clusterung in 16 Gerätegruppen

reduziert sowie eine kostenintensive Angiographieanlage eingespart.

Ein kluges Raumkonzept, das Synergien schafft, hat also großen Einfluss auf den gesamten Gerätepark und bedeutet zugleich, dass die investiven Ressourcen optimal eingesetzt werden.

Kein Platz für Animositäten

Da Notfallpatienten natürlich unangemeldet eintreffen, müssen Untersuchungen und Behandlungen stationärer Patienten entsprechend stringenter terminiert werden. Solche Herausforderungen erfordern nicht nur die Weitsicht eines Krankenhauschefs, diese Prozesse anders zu organisieren, sondern vor allem die Bereitschaft der Ärzte, interdisziplinär zu denken, Medizintechnik mit den Kollegen zu teilen und die Zusammenarbeit mit der Pflege zu intensivieren.

Platz für kleine „Königreiche“ oder Animositäten bleibt da

nicht. In der Krankenhausszene ist zu erkennen, dass sich aufgrund des steigenden Kostendrucks die alten „Fürstentümer“ auflösen und globaleres interdisziplinäres Denken und Handeln in den Vordergrund gestellt wird.

Ein Kostendruck, der nicht zuletzt im Bereich Medizintechnik mit detaillierten Analysen abgebaut werden kann. Hier ist zu empfehlen, vor angedachten Neu- und Reinvestitionen erst einmal Bestand und Nutzung zu kontrollieren sowie eine verursachergerechte innerbetrieblichen Leistungsverrechnung einzuführen.

Was parkt da im Gerätepark?

Schwer fällt es der Geschäftsführung und Vorständen, die Medizintechnik zu identifizieren, die eher selten benutzt wird. Eigentlich sollten alle Krankenhäuser über ihr Controlling nachvollziehen können, welches Gerät wie oft eingesetzt wird. Es ist jedoch häufig der Fall, dass zum relevanten Gerätepark

nur wenige Controllingdaten auf Knopfdruck vorhanden sind.

Andererseits gibt es vereinzelt zwar Listen zum Status „aktiv“, „inaktiv“ und „ausgemustert“, doch diese werden nicht genutzt. Wir haben häufig festgestellt, dass beispielsweise in einem Global-Wartungsvertrag viel mehr Geräte erfasst als noch in Gebrauch sind. Ob nun defekt und längst entsorgt oder nur im Keller verschwunden – niemand weiß das so genau.

Umso fataler für die Finanzen: Teilweise existieren Wartungsverträge noch für längst entsorgte Technik oder solche, die schlicht einstaubt. Tatsächlich ist es so, dass für Geräte mit dem Status „inaktiv“ trotzdem Instandhaltungskosten das Budget belasten, da das Medizinproduktegesetz (MPG) die Prüfungen vorschreibt.

Auch abgeschriebene Geräte verursachen weiter umfangreiche

Betriebskosten, was den Ärzten oft nicht bekannt ist.

Bei der Geräteparkoptimierung sollten deshalb zwei Wege gegangen werden: den analytischen Weg über die Auslastungskennzahlen, die Fälle, die Untersuchungsarten usw. und danach den physischen Weg.

Der Teufel steckt im (Wartungs-)Detail

Zu den Altlasten, die Kliniken zunehmend zu schaffen machen, zählen neben den Prüfungen auch Wartung und Pflege unwirtschaftlich eingesetzter Geräte. Mit Verträgen, die über Jahre regelrecht Löcher ins Budget reißen.

Nach Curatis-Analysen aus über 150 Medizintechnik-Projekten sind mehr als die Hälfte aller Wartungsverträge in deutschen Kliniken zudem übersteuert: Ein Vollservicevertrag kann im Zeitraum von zehn Jahren die Investitionskosten deutlich übersteigen.

Es empfiehlt sich, den medizinischen Gerätepark in Gerätegruppen zu clustern und dazugehörend alle Wartungs- und Fremdleistungen zu analysieren (s. Abb. 2, S. 10). Somit kommt man den Kostentreibern genauer auf die Spur. Als Lösungen gibt es mehrere Varianten, die jeweils individuell pro Krankenhaus entschieden werden müssen.

Denn: Täglich stellen sich die Instandhaltungskoordinatoren in den Krankenhäusern die Frage nach „Make or Buy“. Einige Prüfungen und Wartungen für kleine Geräte wie Spritzenpumpen können die Häuser durch ihre haus-eigenen Techniker selbst vornehmen – sofern diese dazu befähigt sind. Bei vielen medizinischen Großgeräten jedoch kommt man am Hersteller bzw. an Fremddienstleistern nicht ganz vorbei.

Für jedes Gerätecluster – und letztlich für die meisten medizinischen Geräte – sollte deshalb eine Klassifizierung vorgenommen werden. Erst per Strukturanalyse aller Fremdleistun-

gen, dann per Priorisierung und Einteilung der Segmente in Bearbeitungskategorien (was kann hausintern, was muss weiter extern geleistet werden) und schließlich per Ermittlung des Optimierungspotentials nach Clustern. Als Endergebnis stehen neue, also angepasste und wirtschaftliche Instandhaltungsstrukturen.

Fazit

Ist dieser „Frühjahrsputz“ erledigt, steht Neu- und Re-Investitionen kaum noch etwas im Wege. Bei immer knapper werdender Investitionsförderung ist dies umso wichtiger. Dennoch gilt: Sie müssen begründet und kalkulierbar, wirtschaftlich und der ROI sichergestellt sein.

Auf dem Weg vom „ganzheitlichen Blick“ bis hin zu organisatorischen Details dürfen aber zwei Dinge nicht vergessen werden.

Erstens: Ohne innovative und bezahlbare Medizintechnik ist eine Patientenversorgung im Krankenhaus nicht möglich. Das Leben vieler Patienten hängt von der modernen Medizin mit einem hochtechnisierten Gerätepark ab.

Zweitens: Wer darüber im Krankenhausmanagement die Kontrolle verliert – und dazu haben wir schon manch einen Skandal erlebt –, verliert nicht nur langfristig Renommee und Geld. Für die Versorgungssicherheit sind die Betreiber persönlich haftbar. Medizintechnik ist und bleibt also Chefsache. ■

Dipl.-Ing. Michael Cammann
CURATIS GmbH
Fahrenheitstraße 1
28359 Bremen
michael.cammann@curatis.de



Dr. Sören Eichhorst (Hrsg.)

Praxishandbuch Strategisches Management im Krankenhaus

Geschrieben aus der Praxis für die Praxis behandelt das neue KU Fachbuch „Praxishandbuch Strategisches Management im Krankenhaus“ zahlreiche aktuelle Themen im Gesundheitsmanagement und bietet eine zentrale Hilfestellung für Krankenhausmanager zur Entwicklung und Umsetzung von strategischen Maßnahmen.

Es beleuchtet die strategischen Herausforderungen von Krankenhäusern und Kliniken in Zusammenhang mit der Planung von Netzwerken, dem Personalmanagement, der Medizintechnik, der IT, der Finanzierung u.v.m. Echte Experten wie u.a. Dr. S. Eichhorst, Prof. Dr. C. Schmidt, Prof. Dr. H.-J. Hennes, Dr. A. Paeger oder Dr. C. Utler geben Ihnen Hinweise für die praktische Anwendung eines strategischen Managements in Ihrer Einrichtung.

Hardcover, 1. Auflage 2015, 312 Seiten,
ISBN 978-3-945695-45-6
59,95 Euro

Besuchen Sie unseren Online-Shop unter
shop.ku-gesundheitsmanagement.de

Unser Bestellservice

☎ 09221 / 949-389

📠 09221 / 949-377

🛒 shop.ku-gesundheitsmanagement.de