

Effektives Kostenmanagement vermeidet unzulässigen Druck auf Ärztinnen und Ärzte

Spitalstrategie und Arzt-Patienten-Beziehung im DRG-Zeitalter

Werner Widmer^a, Kathrin Schaffhuser^b

^a Dr. rer. pol., Direktor der Stiftung Diakoniewerk Neumünster, Zollikerberg, Verwaltungsratspräsident des Kantonsspitals Baselland;

^b Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin Stiftung Diakoniewerk Neumünster, Zollikerberg

Die Arzt-Patienten-Beziehung darf nicht von ökonomischen Zwängen verzerrt werden. Die Spitalträgerschaft und -leitung sind dafür verantwortlich, durch straffes Kostenmanagement dafür zu sorgen, dass die durchschnittlichen Fallkosten unter der Baserate liegen. So lässt sich Druck auf die Ärztinnen und Ärzte zu unnötigen Indikationen und unnötigen Leistungen vermeiden.

Wir nehmen Bezug auf zwei kürzlich in der *Schweizerischen Ärztezeitung* erschienene Artikel zu den Auswirkungen der Finanzierung der Spitäler mit DRG auf die ärztliche Arbeit [1]. Die Medizinethikerin Nikola Biller-Andorno sorgt sich um die Versorgungsqualität, die beeinträchtigt werden kann «durch zu ökonomisch motivierte, zu frühe oder zu späte Entlassungen oder durch verschiedene Formen der Unter- oder Überversorgung». Der ehemalige Chefarzt Innere Medizin Christian Hess

kritisiert, dass «insbesondere in der Chirurgie die Operationen [...] unter diesem System massiv zunehmen». Er hält sogar fest, dass während «früher Ressourcen für leidende, kranke Menschen von der Gesellschaft zur Verfügung gestellt [wurden], neu Patienten mit ihren Leiden und Krankheiten zur Gewinnoptimierung missbraucht [werden]» [2]. Diese Beobachtungen sind auch von Spitalträgerschaften und Spitaldirektionen ernst zu nehmen. Bei der strategischen Ausrichtung müssen sie darauf achten, dass die Arzt-Patienten-Beziehung nicht von ökonomischen Zwängen verzerrt wird. Dies im Bewusstsein, dass zu einem ganzheitlichen Beziehungsverständnis immer auch ökonomische Aspekte gehören. Ein Blick auf das Spitalmanagement-Konzept von Johannes Rüegg-Stürm [3] zeigt, in welchem Verhältnis die Arzt-Patienten-Beziehung zur Führung des Spitals als Unternehmen steht.

Le rôle de la stratégie hospitalière pour la relation médecin-patient à l'ère des DRG

Le reproche selon lequel le système de financement hospitalier fondé sur les DRG forcerait les médecins à agir contrairement aux principes éthiques et déontologiques requiert quelques précisions. En effet, il convient d'ajouter un niveau supplémentaire entre la régulation du financement hospitalier (niveau sociopolitique) et le comportement du médecin à l'hôpital (niveau individuel), à savoir celui de la stratégie hospitalière (niveau entrepreneurial). Il ne peut y avoir de pression sur le médecin à agir sans tenir compte de l'indication médicale que si l'hôpital poursuit une stratégie visant une croissance constante du nombre de patients, ce qui est le cas de nombreux hôpitaux, qui développent leur infrastructure et leurs effectifs d'année en année. Or plus les hôpitaux adoptent cette stratégie, moins celle-ci n'a de chance d'aboutir sachant que la population suisse ne peut tomber davantage malade d'une année à l'autre. Une autre solution consiste à adopter une stratégie fondée sur un nombre de patients constant tout en réduisant les dépenses pour un profit qui est nécessaire au renouvellement durable de l'infrastructure. Les médecins peuvent soutenir la direction hospitalière dans ce sens en réduisant le nombre de postes plutôt qu'en exigeant des postes supplémentaires, et en évitant de demander de nouveaux appareils dont ils n'ont pas impérativement besoin. Dans tous les cas, il n'est pas opportun de demander de nouveaux postes et de nouveaux appareils onéreux tout en déplorant que la direction hospitalière exige en parallèle une augmentation du nombre de patients.

Die drei Ebenen der Spitalführung

Der Kern des Spitals ist die Arzt-Patienten-Beziehung. Sie ist wesentlicher Teil des Spitalbetriebs. Das Spital seinerseits ist abhängig von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Abb. 1).

Arzt-Patienten-Beziehung: In der Arzt-Patienten-Beziehung geht es um das Wohl des Patienten. Der Patient soll darauf vertrauen können, dass die Empfehlungen des Arztes ausschliesslich medizinisch begründet und nicht durch ökonomische Zwänge verzerrt sind. Im vorliegenden Artikel befassen wir uns mit Arzt-Patienten-Beziehungen, die sich im Spital abspielen und in die komplexe Spitalstruktur eingebettet sind.

Das Spital als Betrieb: Die Spitalstruktur umfasst unter anderem das Gebäude mit der Haustechnik, die Medizintechnik, die Hotellerie, die Administration und insbesondere alle Personalstellen des Spitals. Der Per-

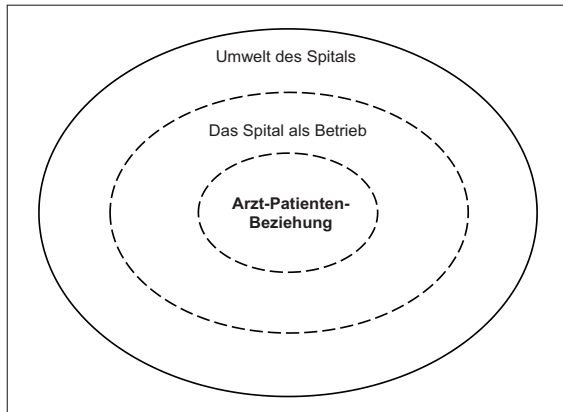


Abbildung 1: Das Spital ist als Unternehmung ein Teil der Gesellschaft.

sonalaufwand macht rund zwei Drittel des gesamten Aufwandes aus. Die Gestaltung der Struktur liegt in der Verantwortung der Spitalleitung und der Spitalträgerschaft (Verwaltungsrat, Spitalrat).

Umwelt des Spitals: Die Umwelt ist geprägt durch die demographische Entwicklung mit Auswirkungen auf die Nachfrage nach Spitalleistungen und auf das Angebot im Arbeitsmarkt. Insbesondere gehören zur Umwelt des Spitals die Quellen, aus denen das Spital finanziert wird: die Krankenversicherungen mit den Prämienzahlern und die Kantone mit den Steuerzahlern. Für die Gestaltung der Beziehung des Spitals zu seiner Umwelt und für die strategische Positionierung des Spitals in seiner Umwelt sind die Trägerschaft (Verwaltungsrat, Spitalrat) und die Spitaldirektion zuständig.

DRG und Baserate sind wesentliche Elemente in der Beziehung zwischen Spital und Umwelt (Abb. 2). Mit ihnen vereinbaren Spital und Krankenversicherungen/Kanton, wie viel Geld dem Spital für die Behandlung eines Patienten zur Verfügung steht. Für die operative Führung des Spitals als Betrieb sind DRG und Baserate gegebene Rahmenbedingungen.

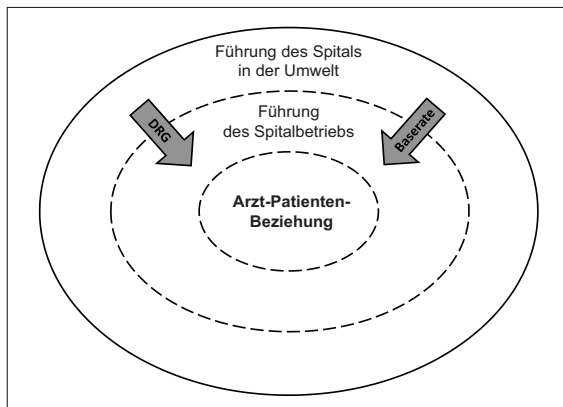


Abbildung 2: DRG und Baserate sind Teil der Beziehung zwischen Spital und Umwelt.

Für die *Spitalstrategie* stellt sich folgende Herausforderung: Seit 2012 muss das Spital mit den Einnahmen aus der stationären und ambulanten Tätigkeit gewinnbringend geführt werden. Dies gilt auch für öffentliche und private Non-Profit-Spitäler. Auch sie müssen mit dem Gewinn Eigenkapital bilden. Ohne Eigenkapital sind sie nicht in der Lage, in die Aufrechterhaltung ihrer baulichen Infrastruktur zu investieren und ebenso wenig können sie die teuren medizintechnischen Geräte anschaffen – beides wohlverstanden im Hinblick auf beste Qualität im Interesse der Patienten. (Vor 2012 wurden die Investitionen vom Kanton direkt finanziert.)

Wie der Gewinn erzielt werden kann, der für die langfristige Existenz des Spitals angestrebt werden muss, ist eine betriebswirtschaftlich, ökonomische Frage. Grundsätzlich kann der Gewinn auf zwei Arten gesteigert werden: mehr Ertrag oder weniger Aufwand. Weniger Aufwand bedeutet, die Prozesse zu optimieren. Wenn in einem Spital die Fallkosten über der Base rate liegen, müssen Stellen abgebaut werden. Das finden viele Spitalträgerschaften nicht attraktiv und auch

Grundsätzlich kann der Gewinn auf zwei Arten gesteigert werden: mehr Ertrag oder weniger Aufwand.

Spitalleitungen zögern, diesen Weg zu gehen. Sie ziehen eine Strategie des Ertragswachstums vor und gehen von steigenden Patientenzahlen aus. Sie hoffen, die unverändert hohen oder sogar wachsenden Gesamtkosten ihres Spitals auf eine grössere Anzahl von Patienten verteilen zu können und damit tiefere durchschnittliche Fallkosten zu erzielen, möglichst tiefer als die Baserate. Konsequenterweise planen solche Spitäler auch ihre Bauinvestitionen in dieser Erwartung expansiv. Damit setzen sie sich allerdings selber unter Druck, künftig höhere Fallzahlen, einen höheren CMI und einen höheren Anteil von zusatzversicherten Patienten erreichen zu müssen. Das Spital stellt dann zusätzliche Ärztinnen und Ärzte an, intensiviert das Marketing und baut das Zuweisermanagement aus. Das alles in der Hoffnung, mehr Patienten anzuziehen. Doch diese Strategie kann nicht für alle Spitäler gleichzeitig aufgehen, weil die Schweizer Bevölkerung nicht einfach von Jahr zu Jahr massiv kränker wird. Und – je mehr Spitäler eine solche Wachstumsstrategie verfolgen, desto weniger steigen die Patientenzahlen im einzelnen Spital. Jetzt entsteht die Gefahr, dass das Spitalmanagement die Ärztinnen und Ärzte implizit oder explizit auffordert, mehr Fälle zu generieren, die Indikation zur Operation lockerer zu stellen. Damit mischt sich das Management auf eine ungünstige Art und Weise in die Arzt-Patienten-Beziehung.

Tabelle 1: Was können Spitalmanagement und Ärzte tun, um die Arzt-Patienten-Beziehung möglichst ökonomiefrei zu gestalten?

Spitalstrategie	<ul style="list-style-type: none"> - Von den bestehenden Fallzahlen ausgehend wird der Aufwand so stark reduziert, bis der Gewinn das angestrebte Mass erreicht - Die Erwartungen der Trägerschaft und der Spitalleitung an die Ärztinnen und Ärzte sollen sich explizit auf Leistungen, die medizinisch geboten sind, beschränken.
Straffes Kostenmanagement der Spitalleitung	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmässiges Controlling des Case Mix (CM), der Patientenzahlen und Pflorgetage und kurzfristige flexible Anpassungen der Personalressourcen an die Entwicklung des Ertrages (in der Ärzteschaft eher aufgrund des Case Mix (CM), im Pflegedienst eher aufgrund der Pflorgetage) - Vakante Stellen nicht unbesehen wiederbesetzen - Prozesse weniger personal-intensiv gestalten, zum Beispiel ambulante Leistungen aus dem stationären Setting lösen - Jahresarbeitszeit mit grosser Flexibilität von Woche zu Woche - Pool von Mitarbeitenden, die bereit sind, ihre Arbeitsinsätze auf die Tage mit hohen Patientenzahlen zu konzentrieren
Kostenbewusstes Verhalten der Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> - Keine zusätzlichen Stellen fordern - Keine Budget-Anträge «auf Vorrat» stellen - Assistenzärzte und -ärztinnen flexibel einsetzen, wenn Patientenzahl schwankt

hung ein. Das Vertrauen des Patienten zum Arzt wird zugunsten der Spitalrechnung missbraucht. Ausserdem wird in der Folge die Bevölkerung «überdiagnostiziert» [4]. Es kommt zur volkswirtschaftlich unsinnigen Überversorgung der Bevölkerung.

Die von Biller-Andorno und Hess kritisierte Ökonomisierung der Arzt-Patienten-Beziehung kann so als Folge einer bestimmten Spitalstrategie im Zeitalter der DRG-Finanzierung verstanden werden. Es gibt aber auch eine Alternative:

Effiziente Strukturen und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen

Effiziente Strukturen, mit denen ein Spital Gewinn erzielen kann, und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen, die nicht ökonomisch verzerrt werden, lassen sich durchaus vereinbaren. Es braucht ein Umdenken von gewohnten Mustern auf beiden Seiten, beim Spitalmanagement und bei den Ärzten (Tab. 1).

Das Spitalmanagement muss den Aufwand, insbesondere den Personalaufwand, straff im Griff behalten, ohne die Qualität unter das angestrebte Niveau sinken zu lassen. Der Personaleinsatz soll flexibel auf die im Zeitverlauf schwankende Patientenzahl angepasst werden. Dadurch wird kaum jemand arbeitslos, solange die Mehrheit der Spitäler eine expansive Strategie verfolgt und im Gesundheitswesen von Pflegenotstand und Ärztemangel gesprochen wird. Vakante Stellen sollen

nicht unbesehen wiederbesetzt werden. Grundsätzlich sind Prozesse zu vereinfachen, d.h. weniger personalintensiv zu gestalten. Beispiel: *Ambulante Leistungen sind organisatorisch, personell, räumlich von den stationären Leistungen zu trennen. Damit wird vermieden, dass ambulante Leistungen in wesentlich teureren stationären Infrastrukturen erbracht werden.* Wenn das Spital dank straffem Kostenmanagement den erforderlichen Gewinn erzielt, ist es nicht auf Mengenwachstum, auf steigende Patientenzahlen angewiesen. Es gibt keinen ökonomischen Druck auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Das Vertrauen des Patienten zum Arzt wird nicht durch ökonomische Zwänge gefährdet, die aus einer Wachstumsstrategie des Spitals folgen.

Je weniger Ärztinnen und Ärzte zusätzliche Stellen fordern, was den Aufwand erhöht, desto kleiner ist die Gefahr, dass sie aufgrund mangelnder Mehrerträge unter Druck kommen. Das Gleiche gilt für teure Geräte, die mit unnötigen Anwendungen amortisiert werden müssen. Auf jeden Fall ist es nicht zielführend, zusätzliche Stellen und teure Geräte zu fordern und sich gleichzeitig darüber zu beklagen, dass das Spitalmanagement eine Steigerung der Patientenzahlen verlangt.

Fazit

Die Spitalträgerschaft und die Spitalleitung sind dafür verantwortlich, dass die durchschnittlichen Fallkosten unter der Baserate liegen, und dass sie dies nicht mit Druck auf die Ärztinnen und Ärzte zu unnötigen Indikationen und unnötigen Leistungen erreichen wollen, sondern mit einem straffen Kostenmanagement.

Die Gestaltung einer in diesem Sinne effektiven und effizienten Betriebsstruktur des Spitals ist die betriebswirtschaftliche, ökonomische Aufgabe der operativen Spitalführung. Weil zwei Drittel des Aufwandes von den Personalstellen herkommt, ist ein konsequentes Management der Personalstellen unabdingbar.

So kann der Aufwand des Spitalbetriebs in ein gewinnbringendes Verhältnis zum Ertrag, das heisst zur Zahl der Patienten, gebracht werden und die Arzt-Patienten-Beziehung bleibt frei von hausgemachten unnötigen ökonomischen Zwängen.

Literatur

- 1 Kesseli B. «Fürsorge ist der Kerngedanke der Medizin». Interview mit Nikola Biller-Andorno. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(9):302-5; Hess C. SwissDRG: 3 Jahre alt und schon Routine? Eine Antwort. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(10):367-8.
- 2 Finanzielle Anreize zur Überversorgung waren schon lange vor der DRG-Einführung da, man denke an den Einzelleistungstarif TARMED in der Praxis und an das Honorar bei zusatzversicherten Spitalpatienten.
- 3 Rüegg-Stürm J. Forschungsprogramm HealthCare Excellence, Universität St. Gallen.
- 4 Welch Gilbert H. Overdiagnosed. Making People Sick in The Pursuit of Health. Boston: Beacon Press; 2011.

Korrespondenz:
Dr. rer. pol. Werner Widmer
Stiftung Diakoniewerk
Neumünster
Schweizerische
Pflegerinnenschule
Neuweg 16
CH-Zollikoberg
Tel. 044 397 30 04
w.widmer[at]dwn.ch