



www.logo-team.com

Hoher Kostendruck – Krankenhäuser im Kampf um ihre Existenz

Neue Konzepte sind gefragt.

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen unter erheblichem Kostendruck. Mit Einführung der Fallpauschalen und spätestens mit den neuen Tarifabschlüssen zeigte sich für viele Häuser, dass es mit der wirtschaftlichen Entwicklung so nicht weitergeht. Heute wird vielfach schon als Erfolg gefeiert, wenn die laufenden Betriebskosten gedeckt werden. Von der zusätzlich notwendigen Finanzierung, auch der dringend erforderlichen Investitionen ist häufig noch gar nicht die Rede. Auf dieser dünnen wirtschaftlichen Basis ist aus Sicht der nächsten drei bis fünf Jahre die Existenz von Hunderten von Krankenhäusern in Deutschland gefährdet.

Um ein dauerhaft tragfähiges Gesamtkonzept herzustellen

- **ist ein „Angebot“ zu entwickeln, das auf den Patienten und seine Bedürfnisse zielt („Der Patient steht im Fokus = Kunde“),**
- **sind patientenferne Abläufe zu rationalisieren und gegebenenfalls fremd zu vergeben (Make or Buy),**
- **ist mit anderen Häusern im Verbund zusammenzuarbeiten,**
- **ist eine Führungs- und Verwaltungsorganisation zu etablieren, die moderneren Managementerkennnissen genügt,**
- **und ist über ein Krankenhausinformationssystem (KIS), eine Datengrundlage zu schaffen, die allen Beteiligten die erforderliche Transparenz für schnelle, individuelle Entscheidungen gibt.**

Medizinische Versorgung, Anspruch und Kosten

Auf den ersten (statistischen) Blick ist die aktuelle medizinische Versorgungslage für die Bevölkerung in Deutschland ausgesprochen üppig. Mit mehr als 2.100 Kliniken, rund 815.000 Beschäftigten im Gesundheitswesen und durchschnittlich 6,5 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner ist Deutschland überdurchschnittlich gut abgedeckt. Die anderen Länder in Westeuropa kommen durchschnittlich auf weniger als 4 Betten pro 1.000 Einwohner, müssten also um über 50% aufstocken, bevor sie den deutschen Versorgungsgrad erreichen. Die in Deutschland vorherrschende und somit umfassende Versorgung mit Krankenhausbetten geht aber keineswegs einher mit einem besseren Gesundheitszustand, wie internationale Vergleiche ebenfalls zeigen.

Von rund 56 Milliarden Euro Kosten für das deutsche Gesundheitswesen fallen etwa 70% Prozent für Personal und 30% als Sachkosten an. Dabei sind die Kliniken mit 27% der größte einzelne Kostenblock im Gesundheitssystem.

Spätestens seit Einführung der Fallpauschalen basierten Abrechnung der Krankenhausleistungen sind die Kliniken gezwungen, über alle Arbeitsprozesse hinweg, wirtschaftlich zu arbeiten und damit einen Beitrag zur Gesundheitsreform zu leisten.

Erste Erfolge reichen noch nicht

Trotz der bisherigen, durchaus schon beachtlichen, Reduzierung der durchschnittlichen Liegedauer, der Reduzierung der Bettenanzahl, der Krankenhäuser und des bisherigen Personalstammes sowie realisierter Privatisierungen zeigen aktuelle Studien, dass immer noch ein Drittel der bestehenden Krankenhäuser zukünftig nicht wirtschaftlich arbeiten kann. Die Folge werden weitere Privatisierungen, Zusammenschlüsse zu überregionalen Klinikverbänden mit zunehmender Spezialisierung oder auch endgültige Schließungen sein. Die letzten Tarifabschlüsse für die Mediziner, bei allem Verständnis für deren Situation, werden diese Entwicklung noch mal deutlich beschleunigen.

Die Krankenhäuser sind nun gefordert, bisher noch ungenutzte Rationalisierungspotenziale zu identifizieren, wirtschaftliche Konzepte zu entwickeln, neue Verwaltungs- und Organisationsstrukturen aufzubauen bzw. den neuen Konzepten anzupassen und gleichzeitig einen hohen Leistungs- und Qualitätsanspruch umzusetzen.

Ansatzpunkte für eine wirtschaftliche Verbesserung

Logistik(management)

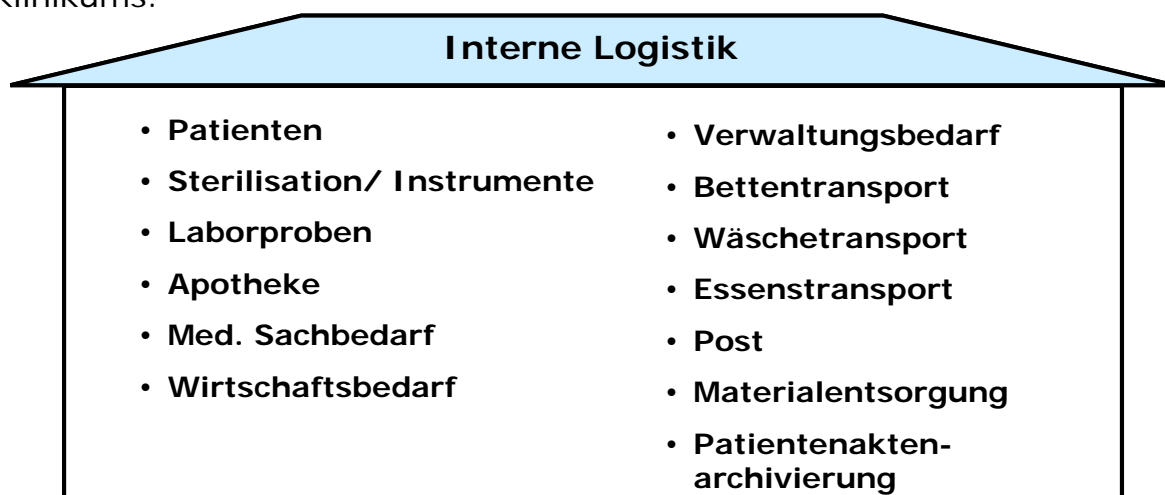
Ein viel diskutiertes Thema ist die Optimierung der Krankenhauslogistik. Hier liegt das Verbesserungspotenzial im Bereich der Terminplanung für medizinische Untersuchungen und OP-Termine, den internen und externen Krankentransporten, aber auch im Beschaffungs- und Bestandsmanagement, in der Lagerlogistik, in der physischen und digitalen Aktenarchivierung (Dokumentenmanagementsystem) und schließlich in der optimierten Informationslogistik, d.h. Einsatz eines Krankenhausinformationssystems (KIS).

Die Terminplanung der medizinischen Untersuchungen bzw. OP-Pläne sollten organisatorischen Abläufen folgen. Der Planung der OP-Termine, der Bettenkapazität, der Raumauslastung usw. sollte eine Grobplanung voran gehen, die durch eine Feinplanung unter Berücksichtigung von Terminwünschen, Präferenzen und Ressourcen abgestimmt wird. Die Wartezeiten der Patienten und die Leerlaufzeiten könnten damit deutlich verringert werden.

Untersuchungen haben gezeigt, dass hier 10-15% Zeitersparnis zu erwarten sind.

Die Planung und Durchführung der Krankenhauslogistik inkl. der Lagerung und Transporte von Wäsche, Mahlzeiten, Arzneimitteln, medizinischem Sachbedarf, Verwaltungs- und Wirtschaftsbedarf, Laborproben, Betten, Instrumente, Post, Patientenakten sowie Entsorgungstransporte bieten in der Regel ein erhebliches Rationalisierungspotenzial.

Nachfolgend ein Auszug der möglichen Logistikaufgaben innerhalb des Klinikums:



Quelle: LOGO-TEAM, 2006

Um ein effizientes Logistikmanagement zu installieren ist der Einsatz eines Krankenhausinformationssystems (KIS) zu empfehlen, ab einer gewissen Größe sogar zwingend, um so die Informations-, Material- und Werteflüsse optimal zu bündeln und zu steuern. Damit erhalten alle Stationen die erforderliche Transparenz über die Arbeitsabläufe im Krankenhaus. Alle Transporte können im System erfasst und organisiert werden.

- Die Integration eines KIS beinhaltet folgende Aspekte:
 - Verwaltung der Patientenstammdaten, Krankheitsdaten, Labordaten und radiologischen Untersuchungen
 - Planung und Dokumentation der medizinischen Behandlungen, operativer Eingriffe und Pflege
 - Archivierung und Unterstützung bei der Erstellung von Dokumenten (Arztbriefe, OP-Berichte)
 - Optimierung interner Krankenhaustransporte
 - auch kurzfristige Planungen

- Vermeidung teurer Stillstände in Behandlungsräumen
- Reduzierung der Wartezeiten um 15 - 20%
- Einspeisung von Aufträgen über mobile Endgeräte (PDA)
- Logistikcontrolling
 - Abrechnung gegenüber Krankenkassen, Krankenversicherungen und Selbstzahlern
 - Beschaffungsmanagement mit Lieferantenmanagement und Materialplanung und -disposition
 - Bestandsmanagement
 - Aufbau von aussagekräftigen Key Performance Indicators (KPI's)
 - Dokumentation von Verbrauchsmaterialien im Krankenhaus je Kostenstelle (z.B. OP oder Röntgenabteilung)
 - Kostenträgerrechnung (inkl. Material und Arbeitszeit)
 - Erstellen von Auswertungen zum gesetzlichen und internen Reporting

Mit der Einführung des KIS und damit der Schaffung der erforderlichen Informationstransparenz werden die Grundlagen für die spätere Optimierung geschaffen. Unter der Zielsetzung, die medizinischen Stärken zu optimieren und das wirtschaftlich mögliche Synergiepotenzial zu realisieren, kommen in dieser Phase u.a. folgende Aufgaben für die Neustrukturierung in Frage:

- Warenannahme, Lagerung und Abteilungsversorgung mit
 - medizinischem und nichtmedizinischem Sachbedarf
 - Wirtschaftsbedarf
 - Verwaltungsbedarf
- Zentrale Steuerung der Patientenverlegungen
- Zentrale Steuerung der Bettentransporte
- Zentrale Sterilisation und Versorgung mit Instrumenten
- Zentrale Apotheke und Versorgung mit Medikamenten
- Zentrale Essenszubereitung und Versorgung der Stationen

- Zentrale Steuerung der Wäschetransporte
- Zentrale Steuerung der Patientenaktenarchivierung
- Post intern und extern
- Entsorgungsaufgaben für verschiedene Produkt-/Materialgruppen

Die gesamte Logistikorganisation muss und sollte vielleicht auch nicht zwingend durch das Krankenhaus selbst umgesetzt werden. Die Mitarbeiter der Kliniken sollten sich auf patientennahe Aufgaben fokussieren, während die logistischen Funktionen von Fachleuten für derartige Aufgaben abgewickelt werden sollten. An dieser Stelle ist eine Make or Buy – Entscheidung unter qualitativen und monetären Aspekten zu prüfen. Der externe Logistikdienstleister soll dann alle Warenströme und Informationsprozesse erfassen (Beschaffung/Lagerung/Verteilung/Entsorgung), koordinieren und gegebenenfalls in einem Zentrallager (innerhalb oder außerhalb des Areals) bündeln und die einzelnen Stationen bedarfsgerecht versorgen.

Bei optimaler Abwicklung hat das Krankenhaus durch die Konzentration und Informationstransparenz einen geringeren administrativen Aufwand, geringere Bestände und damit geringere Vorhaltekosten, weniger Schwund durch Überalterung. Außerdem entsteht so eine verbesserte Ausgangsbasis, um die Lieferantenzahl zu reduzieren und bessere Beschaffungspreise durchzusetzen. Durch die Konzentration der Logistik, die erhöhte Transparenz und die daraus abzuleitenden Maßnahmen und Verhandlungen lassen sich erfahrungsgemäß die Kosten in diesem Bereich um 10-20% reduzieren. Außerdem wird Pflegepersonal entlastet und kann sich seiner Hauptaufgaben intensiver widmen. Weitere Einsparpotenziale liegen sicherlich in der Standardisierung der Produkte und Dienstleistungen, die Nutzung von elektronischen Beschaffungsplattformen für den Materialeinkauf und von Dienstleistungen u.a. im Logistikbereich.

Über das mögliche Einsparpotenzial gibt es in den Fachkreisen unterschiedliche Meinungen. So gibt eine Unternehmensberatung der Krankenhausbranche eine Kostenoptimierung der Beschaffungsprozesse von 4,5 Milliarden Euro an. Hingegen sieht Prof. Wilfried von Eiff, Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management –CKM, diese Behauptung für unrealistisch. Krankenhäuser in Deutschland haben eine durchschnittliche Betriebgröße von 250 und 450 Betten. Eine Optimierung in dieser Größe würde suggerieren, dass jedes Krankenhaus im Durchschnitt 2,2 Millionen Euro nachhaltig einsparen kann. Das CKM – Centrum für Krankenhaus – Management geht von einer Kostensenkung von 750 Millionen Euro aus.

Verwaltungsstruktur

Als Königsweg aus der (kommenden) wirtschaftlichen Krise wird vielerorts der Zusammenschluss zu einem größeren, mehrere Landkreise oder Städte umfassenden Klinikverbund angesehen. Es ist offensichtlich, dass der Verbund zumindest konzeptionell die Möglichkeiten schaffen kann, das vorab beschriebene Potenzial zu aktivieren. Ein Verbund von fünf, sechs oder noch mehr Häusern kann einerseits eine abgestimmte Form der medizinischen Spezialisierung ermöglichen und damit Patienten in der Region halten, die ansonsten 50 oder mehr Kilometer weit in die nächste Klinik mit entsprechender Ausstattung fahren müssten. Andererseits kann der Verbund Doppel- und Dreifachlagerhaltung verhindern, eine Bündelung der Beschaffungsaktivitäten erzielen, ein effizientes zentrales Versorgungszentrum schaffen und die operativen Logistikaufgaben kostengünstig ausführen und überwachen.

Aber auch für den Verbund müssen zunächst die passenden Organisationsstrukturen entwickelt werden, um nicht Gefahr zu laufen, dass die erhofften Potenziale, aufgrund langwieriger, bürokratischer und unprofessioneller Entscheidungswege wieder versickern. Eine straffe Organisationsform mit eindeutigen Verantwortungen und dazu passenden Kompetenzen ist unabdingbar. Die Ärzteschaft wird zukünftig noch mehr dazu angehalten sein, in Ihrem Entscheidungsrefugium noch wirtschaftlicher zu arbeiten. Im Idealfall werden einige Positionen, die betriebsübergreifend angelegt sind in Personalunion von wenigen Führungskräften besetzt, um vorhersehbare Reibungsverluste zu vermeiden. Eine professionelle Moderation von Rats- und Ausschusssitzungen ist erfahrungsgemäß ebenfalls hilfreich.

Dagegen führt eine schlichte Aufzählung von Aufsichtsratsmandaten für letztlich 5 oder 6 mal 7 oder 9 Gemeinde- oder Kreisratsmitglieder nicht zu einem funktionstüchtigen Rat, sondern eher zu einem Parlament, da die Interessenslagen oft zu unterschiedlich sind. Analog kann es zu überbordenden Ausschüssen kommen. Und wenn dann, wie im echten Parlament, zunächst die Debatten dominieren und Unterausschüsse tagen, bevor etwas entschieden wird, ist der mögliche Synergievorteil des Verbundes schnell aufgebraucht.

Fazit

Es ist Potenzial vorhanden und es muss zwingend gehoben werden. Nicht trotz sondern wegen der erhöhten Wirtschaftlichkeit durch Kostensenkung und Rationalisierung von Abläufen und Entscheidungswegen kann das Angebot an die Patienten (= Kunden) gesteigert und können Ärzte und Pflegepersonal von Verwaltungsaufgaben entlastet werden.

Die enge Kooperation bis zur Fusion von Häusern ist Erfolg versprechend aber mühsam und voller Stolpersteine. Ein Verbund sollte einerseits nicht zu viele Rücksichten auf alte Gewohnheiten und Strukturen nehmen, da diese



Sichtweise oft nichts bringt. Andererseits sollte man die gewollten Änderungen behutsam und mit der zwingend notwendigen Professionalität angehen, damit nicht durch den Veränderungsprozess selbst schon unnötig Porzellan zerschlagen wird.

Zeichen: 11.725

Zeichen inkl. Leerzeichen: 13.291

LOGO-TEAM

*Unternehmensberater
für Logistik und Organisation*

Martin Stoll

Dipl.-Ing.

Dipl.-Wirtsch.-Ing.

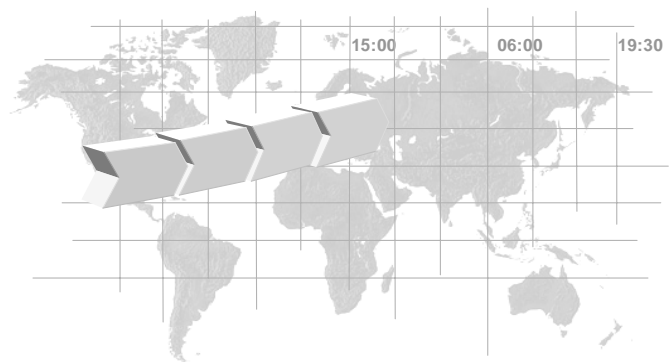
Kaiserstraße 235 - 237

D-76133 Karlsruhe

Tel. +49 (0)7 21/91 29 40

Fax +49 (0)7 21/91 29 44

e-mail: stoll@logo-team.com



www.logo-team.com

Innovative Lösungen für Logistik und Organisation:
Wir realisieren was Sie in die Zukunft bringt