

inhalt



2 – Ein Jahr TARPSY

Auf die Einstellung kommt es an

3 – Medizincontrolling:

Hochdefizitfälle gezielt angehen

Frühes Austrittsmanagement schafft Abhilfe

4 – Neuer TARMED

(Version 1.09, KVG)

Ein paar Hausaufgaben sind noch zu lösen

6 – Spitallandschaft in Bewegung

Der Druck steigt

7 – Betreute Wohnformen

Fallstricke vermeiden

8 – Ihre Kursdaten 2019

Liebe Leserinnen und Leser

Der Leopard ist als Kinofilm ein doppeltes Meisterwerk: Durch den Autor Giuseppe Tomaso di Lampedusa und durch den Regisseur Luchino Visconti. Vielleicht erinnern Sie sich an die Stelle, in welcher der junge Tancredi – Alain Delon – dem alten Fürsten von Salinas – Burt Lancaster – den Star sticht: «Wenn wir wollen, dass alles so bleibt, wie es ist, dann ist es nötig, dass sich alles verändert.»

Dass sich im Gesundheitswesen vieles wandelt, ist nichts Neues. Doch die Entwicklungen, die wir jetzt beobachten, zeigen unmissverständlich: Die Schraube wird angezogen, auf breiter Front. Die demografische Entwicklung sowie die politischen Instanzen schnüren das Korsett enger. Das gilt für den Akutbereich vom Kleinspital bis zur Universitätsklinik, prägt in zunehmender Weise die Geschäftsbedingungen psychiatrischer Kliniken, schlägt demnächst auf den Rehabilitationsbereich durch und gibt auch Institutionen im Langzeitbereich den Takt vor.

In Schlüsselbeiträgen der vorliegenden Nummer leuchten wir aus, was der zunehmende Druck ganz konkret bedeutet. Wie kann man ihm im operativen Alltag gewachsen sein? Welche strategischen Optionen kommen – als Basis für Alleinstellungsmerkmale – infrage, um sich zukünftig zu behaupten?

Drei Beiträge gehen auf Knackpunkte verschiedener Tarifsysteme ein: Wie kommt man als psychiatrische Klinik mit TARPSY klar (S. 2)? Wie arrangiert man sich als Spital à la longue mit dem revidierten TARMED, der durch seine Limitierungen faktisch den «Abrechnungsmotor plombiert» (S. 4)? Wie soll man mit Hochdefizitfällen im stationären Bereich umgehen (S. 3)?

Ein weiterer Beitrag verortet die in Gang kommenden Bewegungen in der hiesigen Spitallandschaft (S. 6). Er illustriert an verschiedenen Beispielen fünf Strategievarianten. Vor allem in Vernetzungsoptionen dürfte künftig vermehrt Musik spielen.

Die meisten Senioren ziehen eine eigene Wohnung möglichst lange einem Pflegeheim vor. Im Langzeitbereich stellen sich daher viele Institutionen die Frage, wie sie ihr Angebot betreuter Wohnformen mit Pauschalleistungen marktgerecht auf die Bedürfnisse Hochbetagter zuschneiden können, sodass ein kostendeckender Betrieb möglich ist. Mehr dazu erfahren Sie auf S. 7.

Unsere Schwerpunkte zeigen, dass überall im Gesundheitswesen eine frische Brise weht – bei steigender Windstärke. Kosmetische Anpassungen reichen nicht, um künftig über die Runden zu kommen. Lampedusa hat recht: Wer wirklich seetauglich sein und bestehen will, muss sich bzw. die eigene Organisation jetzt neu erfinden.



Ralph Sattler

Partner

H Focus und H Services AG

Ralph Sattler, Partner

Ein Jahr TARPSY

Auf die Einstellung kommt es an

TARPSY hat 2018 in den psychiatrischen Kliniken Einzug gehalten. Wer sich frühzeitig auf die Umstellung eingestellt hat, ist mit den Anfangsschwierigkeiten gut klargekommen. TARPSY wird wie DRG laufend weiterentwickelt. Nächste Schritte dürften sich unter anderem kostengerechten Abbildungen von Komplexbehandlungen sowie 1-zu-1-Betreuungen widmen.

Sand im Getriebe konnte die Einführung von TARPSY sowohl in kleineren wie in grösseren Kliniken verursachen; aus unterschiedlichen Gründen. Kliniken mit mehreren tausend Ausritten pro Jahr mussten ihr umfassendes Leistungsspektrum mit Blick auf Patientenpfade, Aufenthaltsdauer, Kodierung und medizinisches Controlling «TARPSY-tauglich» machen. Teams unterschiedlicher Fachrichtungen auf eine gemeinsame Linie einzuschwören, brauchte einen Sondereffort. Bei den kleineren Häusern ist und war demgegenüber die Einstellung einzelner Exponenten für das Gelingen ausschlaggebend. Generell ist festzuhalten: TARPSY wird sich nicht in Luft auflösen. Wer sich den neuen Spielregeln mental – offen oder latent – verweigert, schadet im Endeffekt der eigenen Klinik. Zur neuen Welt gehört auch, dass nicht nur Krankenversicherer und Nachsorger die Dokumentation brauchen, sondern auch Kodierer.

Fragestellungen verlagern sich

Bei Kliniken, die mit TARPSY proaktiv umgehen, konstatiert man bereits



Philipp Oetjen

Consultant Kodierung & Medizincontrolling, Dr. med.

Er betreut Kodiermandate und begleitet TARPSY-Projekte.

eine Verlagerung der Fragestellungen bezüglich des TARPSY-Systems. Brannten im Frühling 2018 vorwiegend Patientenpfade und Dokumentation unter den Nägeln, erschienen im Herbst 2018 Abrechnungsmodalitäten und die Kodierung auf dem Radar. Andere Fragen drehen sich darum, wie man Fallzusammenführungen vermeidet oder wie Belastungsurlaube entsprechend der bis Ende 2019 geltenden Übergangsregelung optimal umgesetzt werden. Regelmässig taucht zudem das Stichwort HoNOS-Kriterien auf. Ursprünglich waren diese ausschliesslich zur Qualitätserhebung vorgesehen. Mit der Einführung von TARPSY sind sie direkt erlösrelevant geworden. Krankenversicherer sehen hier öfters einen Grund zum Nachhaken.

Lückenlose Dokumentation als Beweismittel

Wenn ein Fall aufgrund hoher HoNOS-Werte einer höher abgegoltene PCG (Psychiatric Cost Group) zugeordnet wird, muss dies gegenüber der Krankenkasse mit entsprechend lückenloser Dokumentation (beispielsweise mit Beschrieb zu aggressivem Verhalten) belegbar sein. TARPSY folgt bzw. adaptiert für die stationäre Psychiatrie dem Prinzip von DRG und ist daher ebenso als lernendes System in der Dreiecksbeziehung von Kliniken, Krankenversicherern und Regulator konzipiert. In näherer Zukunft dürfte daher präzisiert werden, wie Komplexbehandlungen kostengerecht abzubilden sind oder was für 1-zu-1-Betreuungen gilt.

Dank ihrem gründlichen TARPSY-Wissen hat H Focus dazu beigetragen, die Kodierqualität zu steigern. Mit der effizienten Unterstützung der Kodierung haben wir zudem Liquiditätsengpässe vermieden.

Rainer Sturzenegger
Leiter Finanzen und Controlling,
Luzerner Psychiatrie

Luzerner Psychiatrie **lups.ch**

Luzern / Obwalden / Nidwalden

TarReha in Vorbereitung

Begonnen haben mittlerweile die Vorbereitungen zur Einführung von TarReha. Um das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten, sind die Beteiligten übereingekommen, den Starttermin von 2020 auf 2022 zu verschieben. Die Idee einer möglichst einheitlich funktionierenden und fairen Abgeltung über Fallpauschalen bzw. gewichtete Tagespauschalen erfährt damit in absehbarer Zeit eine systemische Ausdehnung. Auch sie will gut vorbereitet sein. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass sich die Diversität in unserem Gesundheitswesen gar nicht so leicht über den Leisten diagnosebasierter Fixpreise schlagen lässt.

Medizincontrolling: Hochdefizitfälle gezielt angehen

Frühes Austrittsmanagement schafft Abhilfe

Fallpauschalen sollen als Durchschnittswert eine über alles gesehen kostendeckende Abgeltung darstellen. Auswertungen von H Focus zeigen, dass das keine Selbstverständlichkeit ist. Häufiger auftretende Hochdefizitfälle lassen sich mit relativ wenigen lukrativen Fällen nicht kompensieren. Der Mehraufwand fällt in diesen Untersuchungen vorwiegend in der Pflege an.

Ist das Spital immer die beste Versorgungsadresse? Spezifische Untersuchungen legen nahe, dass dies beispielsweise bei älteren Patienten in der Inneren Medizin nicht immer der Fall ist. Weder für die betroffene Person noch für das Spital. Die Gründe sind vielfältig. Wenn Betagte, vorwiegend über die Notfallaufnahme, in ein Spital eintreten, werden sie damit auch abrupt aus dem eigenen Umfeld herausgerissen. Eine unangenehme Erfahrung, die nicht selten zu Orientierungslosigkeit und Verwirrung führt. Mit einer längeren Hospitalisierung steigt gar die Gefahr, einen nosokomialen Infekt aufzulesen. Und betriebswirtschaftlich fördert die DRG-Analyse von H Focus in Kliniken oft folgendes Bild: Dem überschaubaren Erlös aus wenigen Hochprofitfällen steht der fünf- bis sechsfache Betrag von Hochdefizitfällen (Durchschnittsalter 76 Jahre) gegenüber, ein krasses Missverhältnis. Damit die durch die Fallpauschalen gewollte Quersubventionierung funktioniert, müssten sich beide Beträge etwa die Waage halten.

Weiterbetreuung umsichtig planen

Im Durchschnitt ist die Liegedauer bei Hochdefizitfällen praktisch doppelt so hoch wie der DRG-Richtwert. Bemerkenswert vor allem die Erkenntnis, dass – abgesehen von der Liegedauer – der Pflegeaufwand primär kostentreibend wirkt und nicht etwa medizinische Leistungen (z. B. Diagnostik, Labor- und Röntgenuntersuchungen oder Arztleistungen) besonders zu Buche schlagen. Wie kann man Gegensteuer geben? Am besten beginnt bei entsprechenden Patienten bereits zum Zeitpunkt des Eintritts ein systematisches Austrittsmanagement, das

die Weiterbetreuung umsichtig plant. Dafür etablieren Spitäler vorzugsweise Partnerschaften mit Pflegezentren in ihrer Umgebung. Wer geeignete Übereinkünfte zu Bettenkapazitäten und zu Aufnahmezeiten getroffen hat, übergibt Patienten zur Weiterbetreuung in befähigte, gute Hände.

Zukunftsmusik: Hospital at Home

Mit einem gut vernetzten Austrittsmanagement lässt sich der Problematik hochdefizitärer Fälle somit innerhalb der gegenwärtigen Rahmenbedingungen ein Stück weit beikommen. Nimmt man die Patientenbedürfnisse zum Richtwert, dürfte auch der Ansatz des Hospital at Home, HAH, prüfungswert sein. In den USA, Grossbritannien und Neuseeland ist HAH schon etabliert und wird von den Versicherern vergütet. Professionelles Spitalpersonal übernimmt die Pflege und die ärztliche Versorgung in den eigenen vier Wänden des Patienten. Gemäss angelsächsischen Studien ist das Wohlbefinden der HAH-Patienten

bei (mehr als) halbierten Kosten erheblich höher als bei einem herkömmlichen Spitalaufenthalt. Home sweet home – daran orientiert sich HAH. Sollte ein derartiges Angebot mittelfristig auch im hiesigen Gesundheitswesen nach Pilotprojekten Fuss fassen und durch die Krankenversicherungen gedeckt sein, dürfte sich das für alle Beteiligten lohnen.

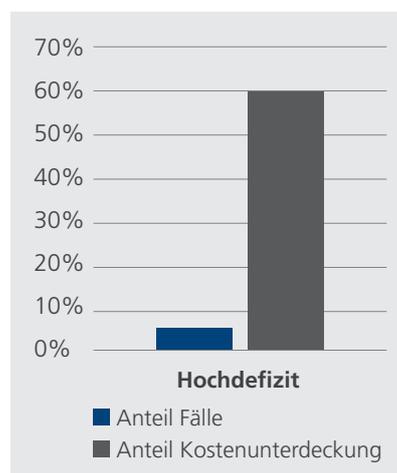
Die Analyse der medizinischen und Kostendaten durch H Focus hat uns und unseren Ärzten wertvolle Hinweise gegeben. Zentral sind dabei umsetzbare Massnahmen, um in Zukunft gerade für betagte Patienten die Weiterbetreuung ohne Zeitverlust sicherzustellen.

Guido Speck
CEO Lindenhofgruppe



LINDENHOFGRUPPE

Wenige Fälle verursachen einen grossen Teil der Unterdeckung.



Leo Boos
Partner, Dr. oec.

Er leitet Beratungsmandate zu den Themen Umsetzung von Strategien, Prozess- und Organisationsentwicklung und finanzielle Führung.

Neuer TARMED (Version 1.09, KVG)

Ein paar Hausaufgaben sind noch zu lösen

Nach den ersten zwölf Monaten unter dem neuen TARMED-Regime wird deutlich, dass vor allem Spitäler mit Notfallabteilungen und Spezialsprechstunden mit Einbussen leben müssen. Punktuell ist es daher sinnvoll, zum Thema Limitierungen das Gespräch mit den Krankenversicherern zu suchen. Klar ist aber auch, dass die Systemhinterlegungen in einigen Betrieben noch optimiert werden können, zumal bei Unfallpatienten in vielen Fällen nach wie vor die alte TARMED-Version gilt.

In den Medien blieb es nach der Umstellung auf die neue TARMED-Version erstaunlich ruhig. Doch hinter den Kulissen, d. h. in den Spitälern, rumorte es. Mit Anpassung des Faktors bei den quantitativen Dignitäten einerseits und diversen Limitierungen andererseits wurde – symbolisch ausgedrückt – der bisher munter brum-mende «Abrechnungsmotor plom-biert». Wie es der Absicht des Bundesrates entspricht, sollen die Grund-versorger profitieren. Demgegenüber sollen die Entgelte für die Leistungen von Spezialisten geringer ausfallen.

Vereinheitlichung drückt auf Erträge

Der betriebswirtschaftlich berechnete ärztliche Taxpunkt (AL) pro Leistung erfährt durch die Vereinheitlichung bei den quantitativen Dignitäten eine, je nach Facharzt, mehr oder weniger spürbare Einbusse. Die bisherige Abstufung des Faktors von FMH 5 (Faktor 0.90) bis FMH 12 (Faktor 2.26) hat einer Vereinheitlichung Platz gemacht. Mit einem Faktor von 0.98 liegt die neue Norm knapp unter der früheren Stufe FMH 6. Das bedeutet, dass vor allem Universitäts- und Schwerpunktspitäler, welche viele Spezialfacharzt-Disziplinen anbieten, sich nun nach der Decke strecken müssen. Für einen Ultraschall am Herz (Kardiologie), eine Magen- oder Darmspiegelung (Gastroenterologie, Proktologie) sinkt der ärztliche Taxpunkt je nach Untersuchung um bis zu 10%. Wenn die Fallzahlen wie in den benannten Beispielen hoch sind,

drückt die Taxpunkt-Reduktion die Erträge spürbar. Umso wichtiger ist es, dass alle erbrachten Leistungen erfasst und korrekt abgerechnet werden. Leistungsrevisionen sind – kombiniert mit anschliessenden Verbesserungs-massnahmen – ein probates Mittel, um allfällige Chancen und Risiken auszuloten.

Limitierungen als bittere Pille

Mit den Limitierungen schafft der neue TARMED faktisch eine Plafonierung. Für «normale» Patienten stehen z. B. bei einem Arztbesuch nur noch 20 Minuten Konsultation oder in einem Zeitraum von drei Monaten noch maximal dreissig Minuten für Leistungen in Abwesenheit des Patienten zur Verfügung. Auch wenn die jeweilige Limitierung bei Kindern und über 75-Jährigen sowie Personen mit nachweislich erhöhtem Behandlungsbedarf doppelt so hoch ist, reichen diese Zeitkontingente bei Patienten mit komplexen Krankheitsbildern oft nicht: Unter den Leistungen in Abwesenheit summieren sich zum Beispiel Tätigkeiten vom Fremddaktenstudium über die Auskunft an Angehörige und Besprechungen mit Therapeuten bis zum Ausstellen von Rezepten. Die Auswertungen von H Focus zeigen, dass vor allem Akutspitäler mit Not-fallaufnahme in Ballungszentren mit der Limitierung der Konsultation in eine Zwickmühle geraten können. Die Patienten sind dort als Abbild der ganzen Bevölkerung sehr durch-mischt. Hinzu kommt, dass Schwer-

punktspitäler und namentlich die Not-fallaufnahme einen Ausbildungsauf-trag zu erfüllen haben. Assistenzärzte können Kaderärzte entlasten, doch sie brauchen ihrerseits Betreuung und Anleitung. Es ist somit nachvollzieh-bar, dass die Limitierungen als bittere Pille betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund ist es legitim bzw. rat-sam, wenn die Spitäler über ihre Ver-bands-gremien nochmals das Ge-spräch mit der Politik und den Kran-kenkassen suchen. Wenn beide Seiten konstruktiv sind, sollte man sich auf einen besseren Modus Vivendi eini-gen können.



Identische Leistung – zwei Tarifversionen

Eine Umstellung auf ein revidiertes Tarifsystem ist per se aufwendig. Bleibt so wenig Zeit wie beim neuen TARMED (knapp zwei Monate), wirkt das zusätzlich kostentreibend. Erschwert wurde die Umstellung noch durch die Unsicherheit bezüglich Anwendung des neuen Tarifs bei MTK-Fällen (UV/MV/IV). Nach langem Hin und Her wurde dann entschieden, dass auf unabsehbare Zeit die «alte» und die «neue» TARMED-Version zur Anwendung kommen. Da die Leistungen und Tarifregeln nicht identisch sind, gilt es, zwei Tarifsysteme abzubilden. Wie kann das sein? Alle ambulanten Leistungen, die über das KVG gedeckt sind, unterliegen der neuen TARMED-Version, inkl. Limitierungen. Behandlungen, die über die Unfall-, die Militär- oder die Invalidenversicherung abzuwickeln sind, orientieren sich weiterhin an der ursprünglichen TARMED-Version. So verfügte es die Medizinische Tarif-Kommission per August 2018. Dieser Parallelwelt mit zwei Tarif-Versionen gewachsen zu sein, stellt die Institutionen vor weitere Herausforderungen. Die an der Patientenfront wirkenden Ärzte, Pflegenden, MTRA usw. wollen ihre Leistungen effizient erfassen können. Dabei lässt sich oft – z. B. im Notfall – noch nicht festlegen, ob die nötige Behandlung letztlich unters KVG oder unters UVG fällt, da nicht alle Fakten bekannt sind. Das sogenannte Mapping auf die korrekte Tarif-Version

erfolgt daher erst in einem nachgelagerten Prozessschritt, und zwar möglichst voll automatisiert. Das setzt ein gutes Tarifwissen sowie einwandfreie Systemhinterlegungen voraus. Auch in diesem Kontext ist es wichtig bei allfälligen Rückweisungen, nicht nur den Fehler, sondern die Lern-Chancen zu sehen. Diese sind in Kombination mit einer fundierten, zeitnahen Revision der Schlüssel, um sich à la longue mit der neuen TARMED-Version, zu arrangieren.



Maria Cortesi
Consultant Tarife

Sie berät unsere Kunden rund um ambulante und stationäre Tarife und führt Tarifschulungen, Leistungsrevisionen sowie Prozessoptimierungen durch.

Dienstleistungen von H Focus

- Analyse erfasster und verrechneter Leistungen (Leistungsrevision)
- Unterstützung bei der Optimierung der Systemhinterlegungen
- Prozessoptimierungen zur Verminderung von manuellen Korrekturen
- Fachgespräche mit den Leistungserbringern sowie Schulungen und Instruktionen
- Rückweisungsanalyse und Optimierung der Bearbeitung
- Ad-interim-Unterstützungen in der gesamten Patientenadministration



Brigitte Koller
Consultant Tarife

Sie begleitet Mandate in den Bereichen Leistungsrevision, Tarifoptimierung sowie -schulung und steht Spitälern als Ansprechpartnerin für IT-Fragen und Prozessoptimierungen in der elektronischen Leistungserfassung zur Verfügung.

Spitallandschaft in Bewegung

Der Druck steigt

Stationäre Spitalaufenthalte wachsen kaum, ambulante Behandlungen nehmen hingegen zu. Vor allem Regionalspitäler stehen vor der Aufgabe, sich neu zu erfinden. Forciertes Wachstum ist dabei nicht der Weisheit letzter Schluss. Je nach Spezialisierungsmöglichkeiten und geografischer Lage fährt man mit horizontaler und/oder vertikalen Vernetzungen besser.

Viele Spitäler haben in die bauliche Erneuerung investiert oder planen dies noch zu tun, um eine Wachstumsstrategie zu implementieren. Die Gründe sind nachvollziehbar. Wer heute unter 5000 stationäre Aufenthalte pro Jahr ausweist, leidet zunehmend darunter, dass die Versorgung vermehrt ambulant erfolgt. Gerade in kleineren Häusern ist bei immer mehr Indikationen eine nicht-stationäre Behandlung möglich. Die postoperative Betreuung erfordert keinen mehrtägigen Spitalaufenthalt mehr. Zudem sinkt die Anzahl Zusatzversicherter und damit deren Beitrag zur Kosten- und Investitionsdeckung.

Finanzielle Fesseln und Bevölkerungsentwicklung

Um stationäre Kapazitäten auszulasten, setzen viele Häuser auf mehr Volumen – *coûte que coûte*. Aus Sicht der H Focus ist eine derartige Wachstums- und Verdrängungsstrategie allerdings risikobehaftet. Verantwortliche nehmen mit massiv über Fremdkapital finanzierten Neubauten ökonomische Unwägbarkeiten in Kauf. Zur Erinnerung: Die Tragbarkeitsschwelle für Hypotheken an Privatpersonen liegt – staatlich gewollt – nach wie vor bei einem Zinssatz von 5 Prozent. Ebenso sollte man bisheriges Bevölkerungswachstum in Boomregionen nicht vorschnell auf die Zukunft extrapolieren. Eine strategische Alternative zum Wachstum *à tous prix* liegt daher in einer bewussten Fokussierung auf das medizinische Basispaket. Das Spital konzentriert sich auf Leistungen im Sinn einer «ehrlichen», durch und durch fachkompetenten Grundversorgung und kauft alle Supportleistungen konsequent ein. Ein Pluspunkt dieses Ansatzes sind die niedrigen Investitionsaufwendungen und eine starke Verankerung dank der regionalen Orientierung der Ärzte.

Vernetzungsoptionen: Wer sucht, der findet

Bei sorgfältiger Betrachtung des Umfeldes lassen sich für viele Spitäler massgeschneiderte Vernetzungsoptionen als Basis künftiger Alleinstellungsmerkmale identifizieren. H Focus unterscheidet dabei drei Grundtypen. Die horizontale Vernetzung setzt primär auf den Zusammenschluss mit benachbarten Grundversorgern. Mehr Patienten aus der Region bei geringeren Vorhalteleistungen muss das Motto lauten. Das gelingt, wenn die Zahl der Standorte mit stationärem Leistungsangebot reduziert wird. Den USP formen unter anderem die intensive Beziehung zu den Hausärzten und die Gatekeeper-Funktion zum Zentrum.

Demgegenüber bildet bei einer vertikalen Vernetzung mit dem Zentrums-spital die lokale Grundversorgung mit Qualitätssiegel der Spezialmedizin das Rückgrat. Der Spezialistenzugang ohne Verzug, durchgängige Patientenwege sowie lokale Ansprechpartner sind Pluspunkte dieses Ansatzes. Dem Leitsatz «von der Region, für die Region» schliesslich folgt eine vertikale, lokale Vernetzung. Zum Erfolgsrezept gehört hier eine gute Koordination von Akutspital, Langzeitpflege, Hausärzten und Spitex. Die vertikalen Vernetzungsstrategien sind weniger investitionsintensiv als forciertes Wachstum mit Neubau.

Welchen Weg auch immer ein Regionalspital strategisch einschlägt, entscheidend für seine Zukunftstauglichkeit ist, ob es ihm gelingt, der regionalen Bevölkerung einen Mehrwert zu bieten. Dabei kann nicht der «letzte medizinische Schrei», die hochspezialisierte Leistung im Zentrum stehen, sondern vielmehr die Übernahme der Lotsenfunktion im «Gesundheitsdschungel». Die Identifikation des Po-

tenzials sollte nicht von Wunschen-ken, sondern von gesundem Realitäts-sinn geprägt sein.

Fusionen: Worauf kommt es an?

Welcher Faktor ist für den zukünftigen Erfolg eines Regionalspitals entscheidend?

Die «Strategie»: Diese muss klar das Leistungsangebot definieren und dieses unterteilen in was machen wir selbst und was in Kooperation. Ebenso wichtig ist, dass in der Strategie definiert ist, was nicht angeboten wird.

Worin sehen Sie die grössten Risiken einer Spitalfusion?

- Ausblenden von Unterschieden der Unternehmenskultur. Auch die weichen Ziele wie Führungsstil, lokale Gegebenheiten oder gewachsene Werte müssen mit einbezogen werden.
- Unnötige Verunsicherung unter den Beteiligten durch mangelnde oder gar fehlende Kommunikation.
- Es findet das statt, was Fusionen negativ anhaftet, es gibt Verlierer.

Welche Rolle muss eine externe Projektleitung im Fusionsprozess übernehmen?

Sie muss vermitteln und integrieren, damit bei den Fusionspartnern nicht Partikularinteressen dominieren, und immer das Gesamtziel im Fokus behalten.

Peter Suter

Verwaltungsratspräsident Spital Lachen AG, Verwaltungsrat der Kantonsspitäler Baselland, Stiftungsratspräsident aarReha Schinznach

Betreute Wohnformen

Fallstricke vermeiden

Altersgerechtes Wohnen boomt. Anbieter tun indessen gut daran, frühzeitig zentrale Fragen zum Geschäftsmodell zu klären: Welche Segmente betagter Personen sprechen wir an? Woraus setzt sich der Katalog pauschaler Leistungen zusammen? Wie lassen sich der ambulante und der stationäre Teil verknüpfen?

Gesundes Rentenalter, verstärkte Pflegebedürftigkeit: Die Phasen des Alterwerdens verlaufen individuell. Und doch ist die Tendenz klar: Die beschwerdefreie Zeit nach der Pensionierung umfasst mittlerweile bei vielen zwei Jahrzehnte und mehr.

Fünfer und Weggli nicht finanzierbar

Zu Beginn der nachberuflichen Phase steht oft auch das angestammte Zuhause auf dem Prüfstand. So sehen es Hans und Melinda Bracher. Der Nachwuchs ist flügge, das Haus mit Umschwung zu gross, zu wenig an den öffentlichen Verkehr angebunden und nicht hindernisfrei. Für das Ehepaar ist es verlockend, den Übergang in die nächste Lebensphase durch einen einzigen Wohnungswechsel zu bewerkstelligen: Umzug in eine zentrumsnahe, altersgerechte Wohnung, in «Pantoffeldistanz» zu einem Pflegeheim, Bushaltestelle vor der Eingangstür. Melinda meint: «Betreuungsoptionen wie Notfalldienst, Reinigung, Einkaufshilfe usw. buchen wir dann, wenn wir sie brauchen.» Für unser fiktives Ehepaar Bracher ist das Fünfer und Weggli zugleich. Die Chancen sind gar nicht schlecht, dass sie fündig werden. Etliche Pflegeheime bieten Wohnungen an, die ausser dem Mietzins keine weiteren finanziellen Verpflichtungen mit sich bringen. Brachers werden die erweiterten Dienstleistungen vielleicht sehr lange nicht in Anspruch nehmen. Die Bereitstellungskosten des Betreibers – z. B. für den Notfalldienst – sind daher oft nicht gedeckt.

Marktgängiges Angebot schaffen

Der Begriff «Wohnen mit Service» umschreibt diverse Vorstellungen. Den Interessenten muss bewusst sein, dass die Bereitstellung der Services Kosten verursacht. Und Anbieter müs-

sen definieren, welche Angebote Mieter pauschal abgelten sowie welche man modular und individuell nutzen und berappen kann.

Die strategische Ausrichtung von Alterswohnungen bedingt eine exakte Analyse des Marktumfeldes. Sie erfolgt somit klar vor einem Bauprojekt, trägt der «mikrodemografischen» Situation in der Gemeinde und ihrer Nachbarschaft Rechnung, bezieht bestehende sowie künftige stationäre und ambulante Anbieter mit ein. So lässt sich auch mit Partnerschaften ein leist- und finanzierbares Gesamtpaket schnüren. Organisatorisch muss nicht alles unter einem Dach sein, aber möglichst aus einem Guss (enge Kooperation wie z. B. räumliche Nähe und gemeinsame elektronische Plattform inkl. Pflegedokumentation mit Spitex und Heim). Die passgenaue Verzahnung verschiedener Leistungen für die künftige Stellendotierung der beteiligten Institutionen und das Preisgefüge der pauschalen und modularen Leistungen.

Manchenorts stehen 3.5- und 4.5-Zimmer-Alterswohnungen leer; nicht selten, weil die Miete mit den vollen Serviceleistungen für viele Interessenten nicht finanzierbar ist.

Individuelle Beratung – individuelle Lösung

Die Bedürfnisse der Interessenten sind der Kompass jeder frühzeitigen Planung. Erfolgreich sind Wohnungsanbieter mit einer orchestrierten Bekanntmachung und mit individueller Beratung. Mietverträge werden daher nicht nach Eingang der Anfrage vergeben, sondern aufgrund persönlicher Bedarfsabklärungen. Der gegenseitige Austausch fördert zutage, welche Art Alterswohnung am besten zur Lebenssituation einer Einzelperson oder eines Ehepaars passt.



Roland Wormser
Partner, Dr. pharm.

Er bearbeitet Mandate in den Bereichen Strategie, Organisationsentwicklung, Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung vor allem im stationären und ambulanten Langzeitbereich.



Susanne Peretti
Partnerin

Ihre Stärken liegen in den Bereichen Projektmanagement, Prozessoptimierung, Ressourcenplanung, Coaching und Teamentwicklung.



Ihre Kursdaten 2019

TARMED Grundlagen	CHF 490	Tarif Zirkel	CHF 190
--------------------------	----------------	---------------------	----------------

19. März 2019		20. März 2019	
25. Juni 2019		12. Juni 2019	
24. September 2019		20. November 2019	

TARMED Vertiefung	CHF 490	TARPSY Zirkel	CHF 190
--------------------------	----------------	----------------------	----------------

13. März 2019		27. März 2019	
26. Juni 2019		2. Oktober 2019	
19. September 2019			



Personalengpässe in Fakturierung, Kodierung,
Finanzen oder Administration?

Wir unterstützen Sie professionell

6340 Baar | Telefon 041 767 05 10 | www.hservices.ch