

## INHALT

1 \_ Editorial

**Handlungsbedarf für Spitäler**

2 \_ Revision KVG und VKL

**Akuter Handlungsbedarf für die Spitäler**

4 \_ H Focus-Managementmodell

**Ein guter Kompass in rauher See**

6 \_ Prozessoptimierung der Rehabilitation

**Projekt OPTIMA in der  
aarReha Schinznach**

8 \_ Alter und Gesundheit

**Spitex im Wandel:  
Integration mit Alterspflegeheimen?**

10 \_ H Focus Dialog

**Das Spital hebt ab:  
Steuerung in Echtzeit im Flughafen**

11 \_ Neue Dienstleistung unseres Service Centers

**Bewirtschaftung von Forderungen aus  
Prämienausständen nach KVG Art. 64a**

12 \_ Neue Dienstleistung unseres Service Centers

**Tarifmonitoring –  
damit Ihnen nichts mehr entgeht**

14 \_ Mitarbeiterinnen

**Ein Arbeitstag unserer Kodiererinnen**

15 \_ Neue Mitarbeiterinnen

**H Services wächst weiter**

15 \_ Weihnachtessen 2008

**Impressionen**

15 \_ Auszeichnung

**MSD Gesundheitsökonomiepreis 2008**

16 \_ H Focus Dialoge / Kursdaten

**Ihre nächsten Daten**

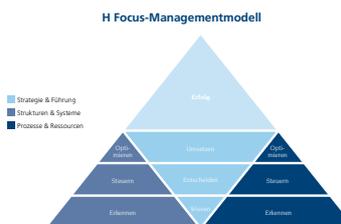


Ralph Sattler  
Verwaltungsratspräsident  
H Focus und H Services AG

## Liebe Leserinnen und Leser

Ist Ihr Spital für die Zukunft gerüstet? Mit der Revision des KVG und der VKL werden schon bald nicht mehr Kosten vergütet, sondern Preise bezahlt. Dieser Paradigmenwechsel in der Spitalfinanzierung erzeugt bei den Spitälern Handlungsbedarf. Die Checkliste auf Seite 2 der H Focus News verschafft Ihnen einen Überblick über die weitreichenden Konsequenzen dieser Revision. Neben dem Beitrag in der vorliegenden Ausgabe unserer H Focus News, der die wichtigsten Änderungen und Auswirkungen für Sie zusammenfasst, bieten wir auch diverse Seminare zum Thema an.

Um Veränderungen erfolgreich zu planen und umzusetzen, benötigt man geeignete Orientierungshilfen. Aufgrund unserer vielfältigen Projekterfahrungen haben wir uns daher mit der Entwicklung eines Managementmodells befasst, das speziell auf die Anforderungen von Spitalorganisationen zugeschnitten ist.



Es freut uns, Ihnen in dieser Ausgabe das H Focus-Managementmodell in Form einer Pyramide mit den Bereichen Strategie und Führung, Prozesse und Ressourcen sowie Strukturen und Systeme präsentieren zu können. Nutzen Sie das H Focus-Managementmodell, um sich zu orientieren und die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Die Nachfrage nach Beratungsdienstleistungen im Bereich Alter und Gesundheit nimmt stetig zu. An unserem letzten Kundenanlass zum Thema ‚Spitex im Wandel: Integration mit Alterspflegeheimen?‘ konnten wir entsprechend viele Gäste bei uns in Baar empfangen. Deshalb haben wir diesen Bereich in den letzten Monaten weiter verstärkt, sodass wir Ihnen auch bei Fragen der Altersarbeit als kompetenter Partner zur Verfügung stehen.

Innerhalb der H Services haben wir unser Dienstleistungsangebot weiter ausgebaut: Wir bewirtschaften für Sie die Forderungen aus Prämienausständen nach KVG Art. 64a, überwachen die Tarifentwicklung (Tarifmonitoring) und unterstützen Ihr Spital – auch kurzfristig – bei Engpässen in der Kodierung.

Schliesslich gratulieren wir unserem Partner Dr. oec. Leo Boos zum Gewinn des MSD Gesundheitsökonomiepreises 2008, den er als Koautor des Buches ‚Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität‘ erhalten hat.

Viel Spass beim Lesen der aktuellen Ausgabe wünscht Ihnen

Ralph Sattler, Verwaltungsratspräsident

## Revision KVG und VKL

# Akuter Handlungsbedarf für Spitäler

**Die neue Spitalfinanzierung stellt einen Paradigmenwechsel dar. Nicht mehr Kosten werden vergütet, sondern Preise. Auf die Spitäler kommt akuter Handlungsbedarf zu.**

Am 21. Dezember 2007 wurde die Teilrevision der KVG Spitalfinanzierung durch den National- und den Ständerat verabschiedet. Das revidierte Gesetz tritt per 1. Januar 2009 in Kraft, einzelne Bestimmungen wie die künftige Abgeltung der Spitäler am 1. Januar 2012.

zur Umsetzung der Spitalfinanzierung beschlossen. Sie beinhalten Anpassungen der Erhebung und Veröffentlichung von Daten sowie die Genehmigung von einheitlichen Tarifstrukturen. Diese Änderungen treten auf den 1. Januar 2009 in Kraft.

**«Je tiefer das Verhandlungsergebnis bei den Versicherungen ausfällt, desto geringer wird auch der Kantonsbeitrag.»**

Ein Kernpunkt der neuen Spitalfinanzierung ist der Übergang von der bisherigen Kostenabgeltung zu leistungsbezogenen Fallpauschalen. Die direkte Subventionierung der Spitäler (Defizitdeckung) fällt weg. Dazu kommen die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler auf der kantonalen Spitalliste und eine interkantonal zu koordinierende Spitalplanung.

Am 22. Oktober 2008 hat der Bundesrat die Verordnungsänderungen

Nachfolgend zeigen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen und Auswirkungen auf. Die beiliegende Checkliste unterstützt Sie bei einer Standortbestimmung.

Dual-fixe Finanzierung

*Art. 49a, Abs. 2*

... Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

*Art. 49a, Abs. 3*

Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital.

### Chancen und Risiken

Die Abgeltung durch den Kanton erfolgt nicht mehr als Betriebsbeitrag (Defizitdeckung), sondern als Entschädigung pro Fall. Dabei erhalten die Privatspitäler, sofern sie als Listenspital aufgeführt sind, die gleiche Entschädigung. Der Kanton hat kein Interesse, dass sein Kostenanteil hoch ist.

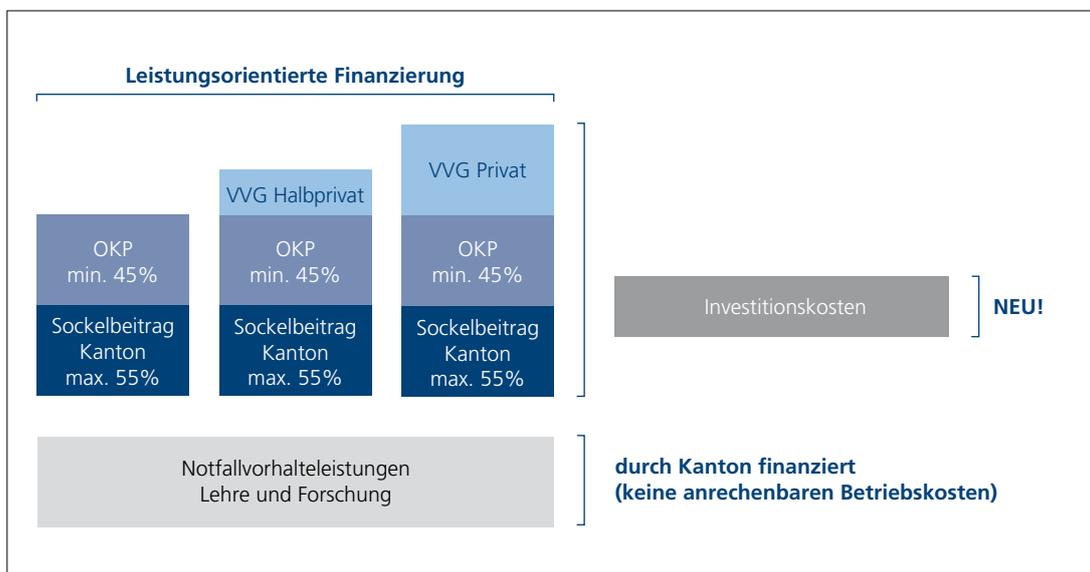
Höhe der Entschädigung (Baserate)

*Art. 49, Abs. 1*

... Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tariferte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

### Risiken

Die MTK wendet beispielsweise bei der DRG-Abgeltung bereits heute ein System an, in welchem sie maximal die durchschnittlichen Kosten des ersten Drittels (kostengünstigste Spitäler) entschädigt. Im KVG-Bereich wird sich *santé-suisse*, mit tatkräftiger Unterstützung des Preisüberschwerers, an den Verhandlungsergebnissen der Innerschweizer Spitäler (OW, NW, SZ, UR, ZG) orientieren. In diesen Kantonen besteht die DRG-Abgeltung durch Versicherer und Kantone bereits seit einigen Jahren, sowohl im KVG-, UVG- als auch im VVG-Bereich!



Dual-fixe Finanzierung

Je tiefer das Verhandlungsergebnis mit den Versicherern ausfällt, desto tiefer fällt auch der Kantonsbeitrag aus.

#### Freie Spitalwahl

##### Art. 41, Abs. 1<sup>bis</sup>

Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

#### Chancen

Spitäler können durch ein geschicktes Marketing ihr Einzugsgebiet wesentlich vergrössern.

#### Investitionskosten

##### Art. 49

Die Investitionskosten sind neu in der leistungsbezogenen Fallpauschale enthalten.

#### Risiken

Spitäler müssen künftig Rückstellungen für kommende Infrastrukturerneuerungen bilden. Werden die Infrastrukturbeiträge für die Deckung von Betriebsdefiziten verwendet, fehlen die Mittel für die Erneuerungs- und Ersatzinvestitionen. Spitäler mit geringen Fallzahlen werden Mühe haben, künftig grössere Investitionen aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

#### Globalbudget

##### Art. 51, Abs. 1

Der Kanton kann als finanzielles Steuerungselement einen Gesamtbeitrag für die Finanzierung der Spitäler festsetzen.

#### Auswirkungen

Die Einführung der DRG's bewirkt eine Reduktion der Aufenthaltsdauer und führt zu zusätzlichen Bettenkapazitäten. Darauf können die Spitäler mit verschiedenen Strategien reagieren (einzeln oder in Kombination):

- Sie erhöhen die stationären Fallzahlen. Dies führt zu höheren Kantonsbeiträgen, was aus Sicht der Kantone nicht erwünscht ist. Verschiedene Kantone kennen bereits heute Leistungsvereinbarungen, mit degressiven Entgelten bei Überschreitung der budgetierten und vereinbarten Fallzahlen.
- Sie erweitern das Leistungsspektrum entsprechend der Nachfrage (z.B. Betten für Akutgeriatrie). Dies erfordert wesentliche organisatorische Anpassungen im Betrieb.
- Sie bauen das ambulante Leistungsangebot aus. Dies führt dazu, dass die Prämien im Kanton steigen, was aus sozialpolitischen Gründen problematisch ist.
- Sie steigern die betriebliche Effizienz, der wohl steinigste Weg. Zu beachten ist hier die kritische Grösse eines Betriebes (Auslastung der teuren Infrastruktur, 24h-Dienst, etc.).
- Sie gehen Kooperationen ein.

#### Gemeinwirtschaftliche Leistungen

##### KVG Art. 49, Abs. 3

Die Vergütung nach Abs. 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten.

#### Risiken

Werden die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht berechnet und dokumentiert, werden die Fallkosten zu hoch ausgewiesen. Da diese Kosten durch die Kantone zu tragen sind, sollten sie sich auf eine fundierte Argumentation abstützen. Dazu gehört neu auch die Berechnung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (KVG Art. 49, Abs. 3, lit. a).

#### Weitere wichtige Änderungen

Die KVG-Revision mit den dazugehörigen Ausführungsbestimmungen enthält weitere wichtige Änderungen, z.B.

- Wegfall teilstationär
- Zusätzliche statistische Angaben
- Festlegung kalkulatorischer Zins in der Anlagebuchhaltung
- Festsetzung einheitliche Grenze für Aktivierung von Kleininvestitionen
- Änderung der Abschreibungspraxis
- Abgrenzung der Kosten für Lehre und Forschung
- Anforderungen an die Leistungsstatistik
- Administrative Zusatzleistungen
- Offenlegungspflicht

sowie zahlreiche weitere Punkte.

## Seminare: KVG-Revision – Auswirkungen auf Ihr Spital

Möchten Sie über sämtliche, für die Leistungserbringer relevanten Themen orientiert werden, bieten wir Ihnen drei Möglichkeiten an (vgl. Flyer):

- Klausurtagung für Entscheidungsträger
- Inhouse-Referat ca. 2h
- Halbtagesseminar in Baar an folgenden Daten:  
10. Februar 2009  
12. März 2009



**André Zemp**

Partner, Betriebsökonom HF

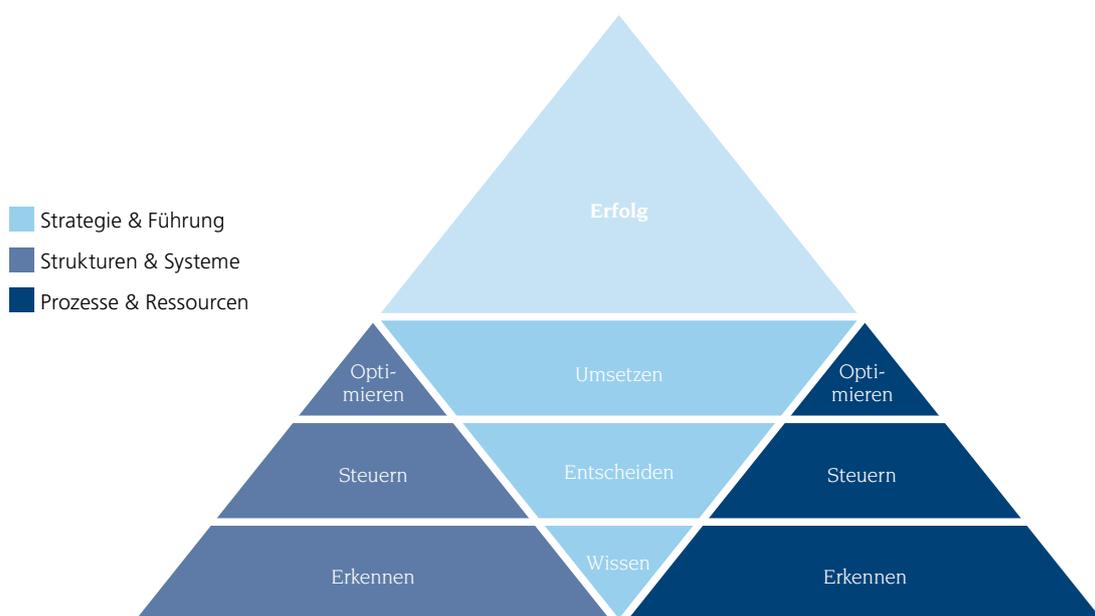
Als Betriebswirt schafter verfügt er über langjährige Kompetenzen im Bereich finanzielle Führung, Prozessoptimierungen, Reorganisationen und Projektmanagement.

## H Focus-Managementmodell

# Ein guter Kompass in rauher See

Spitalorganisationen gewinnen zunehmend an Komplexität. Das erschwert es, den Überblick zu behalten und Veränderungen durchzusetzen. Gern hält man sich daher an das leicht Fassbare, auch wenn dies oft der falsche Ansatz ist. Das H Focus-Managementmodell schafft Transparenz und hilft, Stärken und Schwächen in einem strukturierten Raster zu bewerten und Handlungsoptionen abzuleiten.

## H Focus-Managementmodell



### Der Druck steigt

Nicht erst mit der absehbaren Einführung der DRG's spüren viele Spitalverantwortliche, wie der Druck steigt. Die Dynamik im Gesundheitswesen nimmt immer mehr zu, wofür nicht zuletzt die zahlreichen Wechsel in den Spitaldirektionen während der letzten Monate schon fast bildhaft Zeugnis geben.

Gleichzeitig nehmen Professionalisierung und Akademisierung, Subspezialisierung und Autonomiebestrebungen vor allem in den medizinischen Berufsgruppen zu. Erfolgreiche Spitalführung wird dadurch immer anspruchsvoller, und viele Führungskräfte sind frustriert über die Schwierigkeiten, die es bereitet, sinnvolle Veränderungen durch- bzw. umzusetzen.

Die Vielzahl zerstückelter, miteinander in einem oft undurchschaubar anmutenden Muster vernetzter Abläufe erschwert es, den Überblick zu behalten. Wenn es darum geht, operative Probleme zu lösen,

folgt ruht auf drei sich gegenseitig stützenden Blöcken:

- Strategie und Führung
- Prozesse und Ressourcen
- Strukturen und Systeme

«In rauher See ist ein guter Kompass wertvoll.»

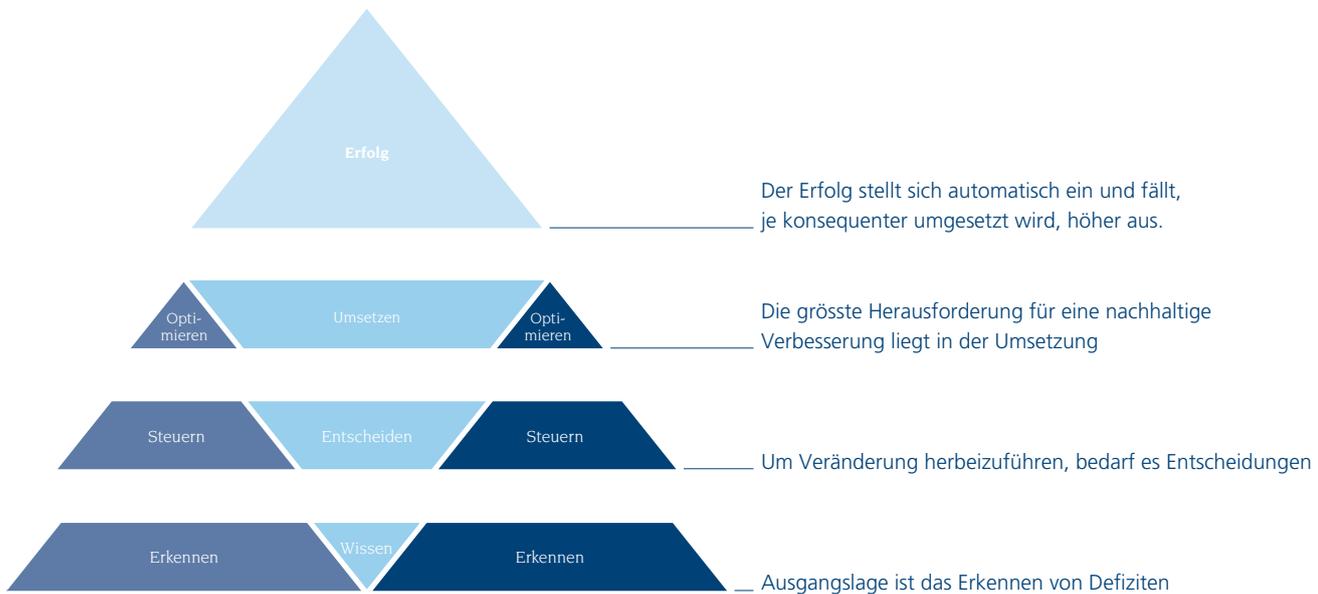
hält man sich dann gern an die leichter fassbaren Dinge, wie (Organisations-)Strukturen und (IT-) Systeme. Dabei geht die best practice der Organisationsentwicklung schon mal über Bord. Und wieder ist die Enttäuschung gross, wenn teure Investitionen in die ‚Hardware‘ sich nicht wie vorgestellt auszahlen.

### Unsere Antwort: Das H Focus-Managementmodell

Hier setzt das H Focus-Managementmodell an: Nachhaltiger Er-

Der Schlüssel zum Erfolg ist die Ausbalancierung dieser drei Teile. Ist ein Teil (zu) schwach, kann der Erfolg nicht erreicht bzw. gehalten werden; bildlich gesprochen stürzt die Pyramide in sich zusammen.

Für die Analyse der Blöcke unterscheidet das Modell jeweils drei Ebenen; beim Block Strategie und Führung die Ebenen Wissen, Ent-



scheiden und Umsetzen; bei den beiden anderen Blöcken Erkennen, Steuern und Optimieren. Mit dieser einfachen, aber wirkungsvollen Systematik kann für jedes Spital – aber auch für eine Abteilung oder ein einzelnes Projekt – bestimmt werden, wo es steht, wo Stärken und wo Schwächen sind.

Anhand des H Focus-Managementmodells kann ein Problem strukturiert analysiert werden, und nichts Wesentliches geht vergessen. Es erleichtert die Diskussionen und schafft Klarheit über den Handlungsbedarf. Wichtiges kann von weniger Wichtigem getrennt werden, und es fällt bedeutend leichter, konkrete Massnahmen zu erarbeiten.

#### Mit dem H Focus-Managementmodell die richtigen Entscheidungen treffen

Insbesondere werden mit Hilfe des H Focus-Managementmodells Lücken und Handlungsbedarf im Bereich Strategie und Führung sowie auf den Ebenen Steuern und Optimieren aufgedeckt – Themen, die vielfach vergessen gehen, wo sich ungeklärte Aspekte oder fehlende Grundlagen aber meistens rächen. Es sind dies nach unserer Erfah-

rung sogar mit die wichtigsten Gründe, wenn Projekte erfolglos bleiben und Veränderungen scheitern.

Das H Focus-Managementmodell hilft den Verantwortlichen, diese Klippen erfolgreich zu umschiffen, indem sie die Grundlagen erhalten, um sich zu orientieren und die richtigen Entscheidungen zu treffen.

## Themen H Focus Dialoge

### Themen zum H Focus-Managementmodell

24. März 2009	Strategie und Führung
5. Mai 2009	Prozesse
1. September 2009	Strukturen und Systeme

### Weitere H Focus Dialoge

17. März 2009	Patientenadministration
3. November 2009	Alter und Gesundheit



#### Ralph Sattler

Partner, Betriebsökonom FH, MWS/MBA

Er leitet Beratungsmandate zu den Themen Leistungsorientierte Budgetierung (LoB), Benchmarking, Projektmanagement, Finanzwesen, Prozessoptimierung, Strategieentwicklung und Ressourcenplanung.

## Prozessoptimierung in der Rehabilitation

# Projekt OPTIMA in der aarReha Schinznach

**Die aarReha Schinznach hat sich mit einer interdisziplinären Optimierung aller patientenbezogenen Prozesse für den zunehmenden Wettbewerb nachhaltig fit gemacht.**

### Zukunftssicherung

Als Reaktion auf die Zunahme des Wettbewerbsdrucks unter den Rehabilitationskliniken veranlasste der Stiftungsrat der aarReha

Entsprechend haben wir für die Analyse des Ist-Zustandes und für die Erarbeitung von Massnahmen zur Behebung wichtiger und dringender Probleme H Focus beauf-

### Bildung von fünf Behandlungsteams

Konkret wurden überprüft: das Leistungsangebot der aarReha Schinznach, die Planung für den gesamten Rehabilitationspfad vom Eintritt bis zum Austritt, die der Rehabilitation vor- und nachgeschalteten Prozesse, die Standards für die Verordnung von Untersuchungen und Therapien sowie die Strukturierung der Aufgaben der Ärzte innerhalb der Klinik.

**«Mit den neu geschaffenen, interdisziplinären Behandlungsteams wurden Wirtschaftlichkeit, Qualität und Unternehmenskultur nachhaltig verbessert.»**

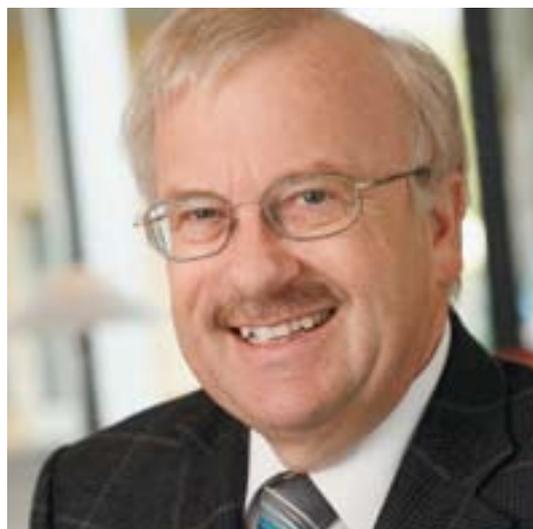
Schinznach 2006 eine externe Beurteilung der Leistungsangebote und der Wettbewerbsfähigkeit unserer Klinik. Ziel des Projekts war es, das Weiterbestehen der Klinik langfristig zu sichern.

Dabei haben wir grossen Wert darauf gelegt, dass die Ergebnisse in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden, insbesondere den Mitgliedern der Klinikleitung, erarbeitet werden.

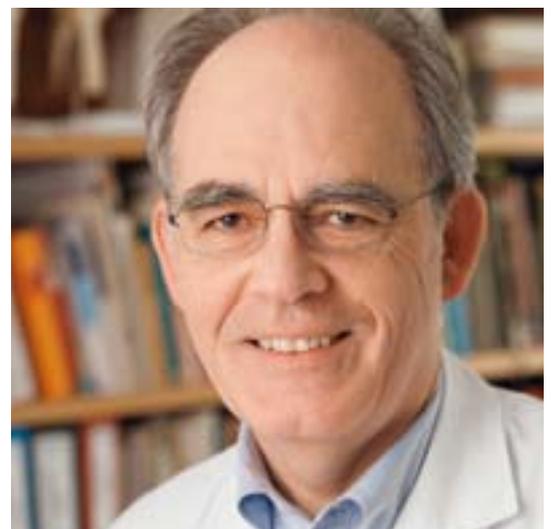
trägt. Denn wir hatten das Vertrauen, dass sie der anspruchsvollen Aufgabe der berufsgruppenübergreifenden Kommunikation am besten gewachsen wäre und unsere Organisation kritisch und kompetent ‚durchleuchten‘ könnte.

Die Beurteilung durch H Focus zeigte dann Handlungsbedarf vor allem in der Optimierung der klinikinternen Patientenprozesse sowie in der Aufbauorganisation des Ärztlichen Dienstes.

Nach einer sehr intensiven Diskussion wurde die Bildung von fünf Behandlungsteams unter der Leitung je eines Kaderarztes als Grundmodell für die Neuorganisation ausgewählt.



Hans Dössegger, Direktor & Vorsitzender der Klinikleitung



Dr. med. Stefan Mariacher, Chefarzt

Diese Teams bestehen aus Mitarbeitenden der Pflege, der Therapien und des Arztdienstes. Sie treffen sich jeden Morgen zu einem inhaltlich durchstrukturierten, interdisziplinären Rapport, um die rehabilitationsrelevanten Informationen ihrer Patienten auszutauschen und festzuhalten. Dabei werden auch die mit dem Patienten erarbeiteten Rehabilitationsziele besprochen und falls nötig angepasst. Dies führt zu einem deutlich besseren Informationsstand aller direkt am Rehabilitationsprozess Beteiligten.

#### Umsetzungsprojekt OPTIMA

Die Umsetzung des neuen Konzepts OPTIMA wurde ebenfalls durch H Focus unterstützt. Ein gutes halbes Jahr nachdem wir auf den ersten beiden Stationen die neuen Strukturen und Prozesse eingeführt haben, sprechen die Erfolge für sich:

- Höhere Produktivität und Leistungsfähigkeit
- Deutlich grössere Standardisierung
- Höhere Prozessgeschwindigkeiten
- Gestiegene Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
- Verbesserte Wirtschaftlichkeit

Die Prozesse laufen ruhiger ab, vor allem auch bei hoher Auslastung. Das grosse Fachwissen unserer Ärzte, Therapeuten und Pflegenden wird viel besser genutzt. Mit der Umstrukturierung des Arztdienstes steht zudem deutlich mehr fachärztliches Know-how patientennah zur Verfügung. Und die Patienten können darauf zählen, dass ihre Betreuenden als Team agieren.

Die Umsetzung von OPTIMA wurde intern durch ein interdisziplinäres Führungsteam begleitet. Dieses hat sich sehr bewährt, insbesondere zur kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe, indem Probleme rasch erkannt und behoben werden können. Neben den ‚hard facts‘ ist gerade dieser Kulturwandel ein ganz wichtiger Erfolg von OPTIMA.



Flugaufnahme aarReha Schinznach



**Michael Dieckmann**

Partner, Dr. med.

Er leitet Beratungsmandate zu den Themen Leistungsorientierte Budgetierung (LoB), Benchmarking, Strategieentwicklung, Prozessoptimierung und Einführung von DRGs.

## Alter und Gesundheit

# Spitex im Wandel: Integration mit Alterspflegeheimen?

**Mit ‚horizontaler Integration‘ (Fusion der Spitex über mehrere Gemeinden) wird zwar das Einzugsgebiet vergrössert, je nach Situation können die neuen Anforderungen trotzdem nicht erfüllt werden.**

### Verändertes Verhalten im Alter

Die Zunahme der betagten Bevölkerung, welche sich heute sehr gut über die Angebote der täglichen Unterstützungsmöglichkeiten informiert, stellt für viele Spitexorganisationen neue Herausforderungen dar. Der Wunsch, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden und in der gewohnten Umgebung leben zu können, wird immer selbstbewusster vertreten. Die Spitex unterstützt diesen Wunsch mit dem schweizweiten Slogan ‚Immer an Ihrer Seite‘. Doch für die einzelnen Organisationen, vor allem für kleinere Betriebe, ist dieser Slogan nicht einfach umzusetzen. Die Spitex der Stadt Zürich bietet seit April 2008 flächendeckend Nachtspitex an. Für die Leistungsempfänger ist dies oft noch die letzte Möglichkeit, nicht in ein Pflegeheim umziehen zu müssen. Eine

kleine Spitexorganisation hat jedoch meistens weder die personellen noch die finanziellen Ressourcen für ein solches Angebot. Hinzu kommen neue Richtlinien, wie sie z.B. der Kanton Zürich erlassen hat. Darin wird festgelegt, dass alle Spitexdienstleistungen

### Horizontale Integration

Es stellt sich die Frage, wie die Herausforderungen bewältigt werden können. In der Vergangenheit war die so genannte ‚horizontale Integration‘, d.h. die Fusion mit der Spitex von Nachbargemeinden, das Mittel der Wahl. Damit

---

**«Die vertikale Integration, das heisst die Zusammenführung von Spitex und Heimen, führt zu einer Reihe von Vorteilen.»**

---

an sieben Tagen der Woche von 7 bis 22 Uhr anzubieten sind, der Ersteinsatz bei Neuanmeldungen innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen hat und zu üblichen Bürozeiten Telefonanrufe im Zentrum beantwortet werden müssen. Bereits die Umsetzung dieser drei Punkte ist für viele Spitexorganisationen nicht ohne weiteres zu realisieren.

kann zwar das Einzugsgebiet vergrössert werden, je nach Grösse können die neuen Anforderungen häufig trotzdem nicht erfüllt werden. Selbst mit einem Einzugsgebiet von 10'000 Einwohnern bleibt eine auf sich alleine gestellte Spitex ein kleiner Betrieb.



Urs Kupferschmid, Geschäftsführer der Stiftung RaJoVita in Rapperswil-Jona (links) im Gespräch mit Theo Plüss, Verein frohes Alter, Baar (Mitte) und Kurt Stadler, Präsident Altersheime & Spitex, Baar (rechts).



Aufmerksame Zuhörerinnen am H Focus Dialog. In der Mitte Dr. Marie-Therese Büsser (Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich), rechts Susanna Galati (Gemeinde Bassersdorf).

Zur Prüfung von Alternativen lohnt sich ein Blick auf die Marktentwicklung. Der Wunsch nach Vermeidung eines Heimeintritts führt dazu, dass Pflegebedürftige immer später ins Heim eintreten. Dafür nutzen sie und ihre Angehörigen andere Angebote wie Spitex, Tagesstätten, Nachtbetreuung, Kurzzeitaufenthalte im Heim usw. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Anbietern wird deshalb immer wichtiger und ist im Interesse der Klienten.

#### Vertikale Integration

Somit bietet sich als Alternative zur ‚horizontalen‘ die ‚vertikale‘ Integration an, d.h. die Zusammenführung von Spitex und Heimen. Damit können im Laufe der Zeit eine Reihe von Vorteilen genutzt werden:

#### Administration und Führung

Offensichtlicher Vorteil ist die Nutzung von Synergien im Administrativ- und Führungsbereich. Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen haben im Bereich der Administration und Personalführung identische Prozesse, die

sehr gut zentralisiert werden können. Damit werden auch Ressourcen für die Kernleistungen bei Klienten freigesetzt.

#### Personalpool

Die Zusammenführung ermöglicht einen grösseren Personalpool von unterschiedlichen Fachpersonen und Fachspezifikationen, die einem breiteren Publikum angeboten werden können. In Zusammenarbeit mit der Heimorganisation kann so auch eine kleine Spitexorganisation Nachtspitex anbieten.

#### Standards und Bildung

Beide Bereiche sind verpflichtet, in gleichen Gebieten wie Hygiene, Pflege usw. Standards zu erarbeiten und Fortbildungen durchzuführen. Inhaltlich sind die Vorgaben häufig identisch oder sehr ähnlich, sodass beide Seiten von der Zusammenarbeit profitieren.

#### Information und Transparenz

Ein weiterer Nutzen ist die Transparenz der gegenseitigen Informationen, dank welcher z.B. die Bettenplanung im Heim besser koordiniert werden kann. Die kurzen Informationswege ermöglichen auf diese Weise, gezielter bestmögliche Lösungen für die einzel-

nen Bewohnerinnen oder Klienten in Zusammenarbeit mit ihren Angehörigen zu suchen. Es genügt jedoch nicht, Spitex und Heim unter ein gemeinsames Dach zu führen. Vielmehr sind die Abläufe aufeinander abzustimmen und die Zusammenarbeit ist systematisch zu organisieren. Als Methode bietet sich dafür das Prozessmanagement an, welches nahtlos in das Qualitätsmanagement eingefügt wird.

#### Drehscheibenfunktion

Die Erfahrung zeigt, dass Organisationen, welche konsequent vertikal zusammengeführt sind, bei entsprechender Organisation eine Drehscheibenfunktion in der Gemeinde für betagte Bürgerinnen und Bürger übernehmen können. Diese beginnt bei der Beratung von Betroffenen und Angehörigen und führt über die ambulante Betreuung bis zur stationären Aufnahme. Somit schliesst sich der Kreis ganz im Sinne des Spitex-Slogans ‚Immer an Ihrer Seite‘.



#### Susanne Peretti

Partner, Pflegefachfrau,  
Organisationsentwicklerin IAS

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



#### Roland Wormser

Partner, Dr. pharm.  
Organisationsberater NDS FH

Er bearbeitet Mandate in den Bereichen Strategie, Organisationsentwicklung, Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung und betreut schwergewichtig den Bereich Alter und Gesundheit.

## H Focus Dialog

# Das Spital hebt ab: Steuerung in Echtzeit im Flughafen

Über 50 Kadermitarbeiter aus mehr als 30 Spitälern der Schweiz trafen sich am 9. September 2008 am Zürcher Flughafen zum H Focus Dialog. Der ungewohnte Ort bildete den Hintergrund zu einem zentralen Thema der Organisation von Spitälern: Die wirksame Steuerung der Prozesse.



Roland Wormser im Gespräch mit Gabriele Helmrath, Uster (links), und Andreas Irion, Spitalregion RWS Rebstein (rechts)



Von links nach rechts: Jürgen Weder, NeuroPie Solutions AG, Andrea Baroni, Unique (Flughafen Zürich AG), Ralph Sattler



Gut gelaunte Gäste aus dem Spital Zimmerberg, Horgen

Andrea Baroni, Leiter des Flughafenbetriebs der Unique, zeigte als Einstieg in die Diskussion eindrücklich, welche Veränderungskraft in der Transparenz liegt. Seit 2005 steuert Unique den Flughafenbetrieb mit dem elektronischen Werkzeug ZEUS in Echtzeit und für alle einsehbar. Statt auf Basis historischer Daten zu lenken, ermöglicht ZEUS Entscheide mit Echtzeitinformationen. Dank der Transparenz für alle entsteht ein permanenter Druck zur Verbesserung der Abläufe.

Jürg Bärtschi, Anästhesist und Partner von H Focus konnte mit konkreten Beispielen aus dem Notfall- und OP-Bereich darstellen, wie visuelle Darstellung und Steuerung in Echtzeit möglich sind. Gesucht ist jetzt das Pionierspital, das sich dank Steuerungsvorteilen Wettbewerbsvorteile sichert.

Der Unterschied zur Zeit vor 2005 ist frappant. Vor 2005 hatte der Flughafen Zürich nicht brilliert. Im Ranking der 27 grössten europäischen Flughäfen belegte er die hintersten Ränge. Im Jahr 2005 gelang der Sprung auf Platz 8. Seitdem gewinnt der Flughafen Zürich renommierte Preise am Laufmeter.

Jürgen Weder, CEO von NeuroPie, dem Hersteller von ZEUS, ist überzeugt, dass sich diese Technologie auch für die Prozesssteuerung in Spitälern eignet.



**Leo Boos**  
Partner, Dr. oec.

Er leitet Beratungsmandate zu den Themen Umsetzung von Strategien, Prozessentwicklung, Honorarsysteme und Risikomanagement.

## Neue Dienstleistung unseres Service Centers

# Bewirtschaftung Forderungen aus Prämienausständen nach KVG Art. 64a

**Die Änderung des KVG Art. 64a per 1. Januar 2006 führte in den Spitälern zu einer unhaltbaren Situation. Mittlerweile betragen die Ausstände säumiger Prämienzahler gemäss Schätzungen von H+ rund 80 Mio. Franken! Im Mandatsverhältnis bewirtschaften wir diese Forderungen effizient und mit Nachdruck.**



Charlotte Suter, engagierte Spezialistin für Prämienausstände

### Das Problem wird immer gravierender

Die Zahlungsausstände aufgrund von Leistungssperren steigen in den Spitälern kontinuierlich an. Dies belastet die Liquidität in zunehmendem Ausmass. Selbst mit enormem administrativen Effort können die Ausstände kaum bewältigt werden. Doch auch die Krankenversicherer sind mit offenen Prämienzahlungen säumiger Versicherter von über einer halben Milliarde Franken konfrontiert. Die Versicherer versuchen dem Problem mit jährlich schätzungsweise einer halben Million Betreibungsverfahren zu begegnen. Faktisch sind somit nach Schätzungen von santésuisse rund 120'000 – 150'000 Versicherte ohne Versicherungsschutz! Dies kann kaum die Idee eines flächendeckenden Versicherungsobligatoriums, wie es im KVG verankert ist, sein.

### Wie konnte es dazu kommen?

Grund der offensichtlich für alle Beteiligten unbefriedigenden Situation ist die Einführung von Art. 64a im KVG per 1. Januar 2006. Während vor dessen Inkraftsetzen die Versicherer einen Leistungsaufschub erst ab dem Zeitpunkt verhängen konnten, in dem das Betreibungsverfahren mit einem Verlustschein abgeschlossen und die Sozialbehörden informiert worden sind, reicht nun bereits ein Fortsetzungsbegehren im Betreibungsverfahren, um Leistungen zu sistieren.

So sehen sich die Kliniken stets wachsenden Zahlungsausständen gegenüber, deren Bewältigung enorme finanzielle und personelle Ressourcen erfordert. Da in der Regel ein Verlustschein vorliegen muss, bis eine Sozialbehörde die offenen Prämien samt Verzugszinsen den Versicherern bezahlt, kann es ohne weiteres zwei Jahre oder länger dauern, bis die Forderungen der Spitäler beglichen werden.

Die Versicherer informieren die Spitäler dabei in unterschiedlichem Mass über aufgehobene Leistungssperren. Deshalb ist ein intensives, stetiges und beharrliches Nachfragen enorm wichtig.

### Was kann dagegen unternommen werden?

Bis eine gesetzlich befriedigende Lösung gefunden wird, werden die offenen Forderungen weiter anwachsen. Selbst bei einer einvernehmlichen, praxistauglichen Lösung zwischen den Tarifpartnern bleibt die grosse (immer mehr auch von den Kantonen geforderte) Aufgabe, die bereits angefallenen und nicht bezahlten Rechnungen zu bewirtschaften.

Bereits setzen mehrere Spitäler auf unsere Servicedienstleistung. Unsere spezialisierten Fachkräfte können Sie von dieser mühsamen Aufgabe entlasten und die offenen Forderungen aufgrund von Prämienausständen effizient und mit Nachdruck bewirtschaften.

### Wir bieten Ihnen:

- Professionelle Fallbearbeitung durch ein auf die Fakturierung von Spitalrechnungen spezialisiertes Service Center.
- Nachhaltige, beharrliche und konsequente Fallbearbeitung.
- Dank intensiver Zusammenarbeit mit den Versicherern werden aufgehobene Leistungssperren schneller identifiziert, und die Rechnungen können rascher zur Zahlung eingereicht werden. Damit wird Ihre Liquidität spürbar verbessert.
- Die Lösung der Fallbearbeitung entlastet den Betrieb im Tagesgeschäft und stellt Kontinuität auch bei Abwesenheiten sicher.

Falls auch Sie den Berg offener Forderungen abtragen wollen, melden Sie sich bei uns.



**Roger Hanhart**  
Leiter Service Center

Er kennt die verschiedenen Partner im Gesundheitswesen seit zehn Jahren, u.a. als Leiter der Patientenadministration in einem Universitätsspital.





## Mitarbeiterinnen

# Ein Arbeitstag unserer Kodiererinnen

**Mit der DRG-Abgeltung gewinnt eine gute Kodierung stark an Bedeutung.**

**Zwei Ärztinnen aus dem H Services Kodierteam berichten aus ihrem abwechslungsreichen Arbeitsalltag.**



Dr. med. Vesna Radisic und Dr. med. Cristina Pangrazzi

### Kodierung vor Ort

Unser Arbeitstag bei H Services beginnt in der Regel mit der Anreise zum Spital. Da heisst es oft, früh aufzustehen, kann die Fahrt per Bahn doch bis zu drei Stunden dauern.

Vor Ort werden wir meistens vom Medizincontroller des Spitals oder der Leitung des Kodierteams empfangen. Es wird kurz über die Ausgangslage informiert und man stellt sich gegenseitig vor. Danach lernen wir unseren zukünftigen Arbeitsplatz und die vorhandenen Arbeitsmittel kennen. Die Software-Standards sind in allen Spitälern unterschiedlich. Meistens stehen uns spezielle Kodierarbeitsplätze zur Verfügung. Unterstützt werden wir auch durch DRG-Grouper; das sind Programme, die jeden einzelnen Behandlungsfall aufgrund der medizinischen Informationen zum Patienten und nach einem definierten Algorithmus in eine bestimmte Fallgruppe (DRG = Diagnosis Related Group) einordnen. Aufgrund dieser Zuordnung bestimmt sich das Entgelt für die medizinischen Leistungen.

Für eine effiziente Kodierung sind Benutzerfreundlichkeit, Reaktionszeit, schnelle Patientensuche und die Anzeige der resultierenden DRG's für Kodieralternativen entscheidend. In Spitälern, die ihre

Patientendaten noch nicht elektronisch erfasst haben, ist es für die manuelle Suche wichtig, dass die medizinische Dokumentation vollständig, richtig und übersichtlich geordnet ist.

In der Regel veranschlagen wir fünfzehn Minuten, um einen stationären Fall vollständig zu kodieren. Es muss also rasant gehen. Manche Dossiers haben zwanzig Seiten und mehr. Da ist volle Konzentration unerlässlich. Aus den vorhandenen medizinischen Akten müssen wir zielsicher die relevanten Diagnosen, den Behandlungsverlauf und die kodierrelevanten Zusammenhänge erschliessen, Entscheidungen schnell treffen und die entsprechenden Codes erfassen.

Nicht alle Fälle sind gleich aufwendig. Standardfälle der Chirurgie sind meist leichter, Fälle aus dem Bereich Innere Medizin dagegen oft umfangreich und komplex. Vor allem Wiedereintritte, fragliche Komplikationen, unspezifische Diagnosen oder unvollständige Unterlagen stellen mehr oder weniger grosse Hindernisse auf dem Weg zu unserem Ziel dar: die DRG-optimierte Kodierung.

### Ad interim-Mandate

Kodierungen vor Ort machen wir einerseits im ständigen Auftrag; wir springen aber auch kurzfristig bei ungeplanten Absenzen ein oder wenn sich Kodierpendenzen angesammelt haben und leisten so eine temporäre Überbrückungshilfe. Schnell sieht man die Resultate unserer Arbeit, und der Arbeits- und Problemdruck in der Kodierabteilung nimmt meist schon nach wenigen Tagen ab.

### Kodiercoaching

Bei unserer Arbeit halten wir stets die Augen offen und geben auf Wunsch des Spitals auch konkrete Verbesserungsvorschläge. Vielfach führen wir gleichzeitig auch ein Coaching für das spitaleigene Ko-

auch spezielle Kodieraudits, zum Beispiel zur Vorbereitung auf eine bevorstehende Kodierrevision.

### Kodierrevisionen

Ein sehr wichtiger Bereich sind die Kodierrevisionen: Wir verstehen uns dabei nicht in erster Linie als Kontrolleure, sondern vor allem als Botschafter für eine gute Kodierung. Neben der Überprüfung der ordnungsgemässen Kodierung, die natürlich der Kernauftrag der Kodierrevision ist, schauen wir daher stets, wo wir dem Spital Hinweise für eine Optimierung seiner medizinischen Dokumentation geben können.

Schon der unmittelbare Nutzen unserer Ergebnisse hat vielfach die Kosten der Revision mehr als aufgewogen. Obwohl wir in unserer Rolle als Revisorinnen gelegentlich eine abweichende Meinung vertreten müssen, sind unsere Erfahrungen mit den Kodierteams durchwegs sehr positiv.

Unsere Arbeit bei H Services bringt sehr viel Abwechslung, interessante Begegnungen und immer neue fachliche Herausforderungen mit sich. Und am Ende eines langen, erfolgreichen Arbeitstages steigen wir in den Zug, um die Reise nach Hause anzutreten ...

## «Botschafter einer guten Kodierung.»

dierpersonal durch. Diese Dienstleistung, bei der wir auch gezielt komplexe Fälle und schwierige Kodiersituationen besprechen, ist insbesondere bei kleinen Kodierteams sehr gefragt sowie dort, wo der Zugriff auf die klinisch tätigen Ärzte schwierig ist. Zu unserem Aufgabenbereich gehören ebenfalls Schulungen für angehende und fortgeschrittene Kodierfachkräfte mit Übungsbeispielen verschiedener Schweregrade wie

## Kodierung im Dauermandat oder ad interim

- Kodierung (vor Ort oder remote)
- Absenzenüberbrückung und kurzfristiger Pendenzenabbau
- Kodiercoachings und -audits
- Kodierrevisionen
- Schulungen:
  - DRG Einführung
  - DRG Kodierung Grundlagen
  - DRG Kodierung Vertiefung
  - Medizincontrolling

## Neue Mitarbeiterinnen

# H Services wächst weiter



**Andrea Moor**

Sachbearbeiterin Service Center  
Eintritt 1. April 2008



**Sandra Bannwart**

Sachbearbeiterin Service Center  
Eintritt 1. August 2008



**Daniela Greco**

Sachbearbeiterin Service Center  
Eintritt 1. September 2008



**Silvia Windlin**

Sachbearbeiterin Service Center  
Eintritt 1. September 2008

## Weihnachtsessen 2008

# Impressionen

Der Weihnachtsanlass der H Focus und H Services AG führte uns am 28. November ins Museum für Urgeschichte in Zug. Besonders interessierte uns die Ausstellung ‚Operationssaal Urgeschichte - vor 14'000 Jahren erfand der Mensch die Neurochirurgie‘. Unter fachkundiger Führung erfuhren wir die verschiedenen Operationstechniken am Schädel. Alle waren froh, dass die heutigen Möglichkeiten doch wesentlich humaner sind. Danach bereiteten wir nach altrömischer Art gemeinsam einen Apéro zu. Der kulinarische Höhepunkt bildete anschliessend ein feines Nachtessen.



Gaby Iten im Zwiegespräch mit unseren Vorfahren



Das sieht lecker aus ...

## Auszeichnung

# MSD Gesundheits- ökonomiepreis 2008

Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Für das Buch mit diesem Titel zur Analyse und Reform des schweizerischen Gesundheitswesens durfte unser Partner, Leo Boos, zusammen mit den Koautoren Werner Widmer, Konstantin Beck, Lukas Steinmann und Rolf Zehnder den diesjährigen Gesundheitsökonomiepreis am 24. Oktober 2008 im Inselspital Bern entgegennehmen. Wir gratulieren!

Das Buch ‚Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität‘ können Sie zu Fr. 40 bestellen.

H Focus AG  
Lindenstrasse 16  
6340 Baar  
oder  
[info@hfocus.ch](mailto:info@hfocus.ch)



Von links nach rechts: Leo Boos, Thomas Szucs, Konstantin Beck, Rolf Zehnder, Werner Widmer



# Ihre nächsten Daten

## H Focus Dialoge 2009

**17. März 2009**

Patientenadministration

**24. März 2009**

Spitalmanagement: Strategie und Führung

**5. Mai 2009**

Spitalmanagement: Prozesse

**1. September 2009**

Spitalmanagement: Strukturen und Systeme

**3. November 2009**

Alter und Gesundheit

## Ihre Kursdaten 2009

**DRG Einführung**

Fr. 690

29. April 2009  
16. September 2009

**DRG Kodierung Grundlagen**

Fr. 490

10. März 2009  
29. September 2009

**DRG Kodierung Vertiefung**

Fr. 690

27. Mai 2009  
26. November 2009

**Medizincontrolling**

Fr. 690

7. Mai 2009  
5. November 2009

**Quereinsteiger im Gesundheitswesen**

Fr. 980

18.–19. März 2009  
17.–18. November 2009

**Abrechnungs- und Versicherungs-  
grundlagen für Aufnahmepersonal**

Fr. 390

12. Mai 2009  
10. November 2009

**TARMED Grundlagen**

Fr. 490

20. Januar 2009  
13. Mai 2009  
3. September 2009  
11. November 2009

**TARMED Vertiefung**

Fr. 490

3. März 2009  
17. Juni 2009  
23. September 2009  
24. November 2009

**TARMED Zirkel**

Fr. 190

14. Januar 2009  
19. Mai 2009  
20. August 2009  
2. Dezember 2009

**TARMED Bildung nach Mass**

Nach Vereinbarung

**Neue Formen der Rechnungslegung  
im Gesundheitswesen**

Fr. 390

25. März 2009  
9. September 2009

**Neu**

**KVG-Revision – Auswirkungen  
auf Ihr Spital**

Fr. 390

10. Februar 2009  
12. März 2009

### Impressum

H Focus AG  
Lindenstrasse 16  
6340 Baar  
Telefon 041 767 05 05  
Fax 041 767 05 06  
info@hfocus.ch  
www.hfocus.ch

Gestaltung und Produktion  
Victor Hotz AG, Steinhausen/Zug