

Ist die Spitalplanung dynamisch genug? Haben wir die richtigen Betten am richtigen Ort?

Zementieren oder gestalten – jetzt gilt's ernst

Im Vorfeld des 8. Kongresses Immohealthcare wird so viel gebaut wie noch nie zuvor. Hier werden Weichen für Jahrzehnte gestellt. Für Spitalträger und -betreiber geht es um sehr viel, ebenso für Prämien- und SteuerzahlerInnen. Gehen die Verantwortlichen für die enorm hohen Investitionen ihre Projekte auch mit genügend Dynamik an oder verbauen wir uns geradezu die Zukunft?

Wir befragten zu diesen entscheidenden Fragen einen ausgewiesenen Branchenexperten, Roger Krieg, CEO von RESO Partners AG in Wallisellen.

Mittlerweile entstehen Spital-Neu- und -Umbauten von gegen 30 Milliarden Franken; die früher oft genannte Zahl von 20 Milliarden ist überholt. Ist das nicht ein wenig gar viel? Laufen wir Gefahr, Überkapazitäten zu schaffen?

Roger Krieg: Möglicherweise, ich schliesse es jedenfalls nicht aus. Sicher ist, dass alles praktisch zur gleichen Zeit, innert weniger Jahre realisiert wird. Es findet keine kontinuierliche Ablösung statt. Dabei entsteht das Gefühl, dass jetzt für die nächsten 30 Jahre wesentliche Strukturen für die Spitalwelt errichtet werden und dass dabei kaum eine rollende Planung möglich zu sein scheint. Natürlich wäre es prima, wenn

Roger Krieg, CEO RESO Partners AG



die 30 Milliarden Franken zu effizienteren Abläufen und höherer Behandlungsqualität führen würden. Dann ist es effektiv gut investiertes Geld. Aber wir können nicht unbedingt davon ausgehen. Der Nachweis ist jedenfalls noch zu erbringen und die laufenden Projekte sind mit grösster Sorgfalt zu Ende zu führen.

Die Bevölkerung wird zwar älter und zunehmend multimorbid. Das bedeutet wohl mehr, aber eben nicht immer stationäre Aufenthalte. Zudem hat neulich eine PwC-Studie gezeigt, dass hierzulande nur rund ein Fünftel derjenigen Operationen ambulant durchgeführt werden, bei denen das möglich ist. Wenn nun Kantone und Kassen als Kostenträger auf mehr ambulante Eingriffe drängen – verstärkt sich denn da nicht geradezu der Trend, dass wir jetzt schon, oder später erst recht, zu viele Spitalbetten haben werden?

Einiges, was für eine mittel- und langfristige Planung relevant ist, ist schwer zu beurteilen. Eines ist aber sicher: Bereits in naher Zukunft wird weit mehr ambulant operiert als heute. Das ist medizintechnisch möglich und es wird auf Druck der Kostenträger – Kantone wie Kassen – stattfinden. Also stellt sich klar die Frage: Wird dieser absehbare Trend gebührend gewürdigt? Erkennen die Investoren die Gefahr, möglicherweise zu hohe Fixkosten tragen zu müssen, die nur ungenügend auf die behandelten Fälle abgewälzt werden können, weil zu viele Betten leer stehen? Entscheidend bei der Kostenbetrachtung ist nämlich nicht die Summe der Investition per se, sondern die Höhe und Struktur der Betriebskosten. Sie machen mehr als 80% der Gesamtkosten während des Lebenszyklus' eines Spitals aus. Massgebend sind also nicht die Baukosten selbst, sondern der return on investment.

Braucht es, um die Betriebskosten besser in den Griff zu kriegen, nicht möglichst flexible Strukturen? Wie flexibel sind aber die baulichen Strukturen unserer Spitäler? Kann hier leicht, nur erschwert oder gar nicht auf sich verändernde Behandlungsmethoden und Prozesse eingegangen werden?

Leider bestehen heute noch falsche tarifliche Anreizsysteme, die verhindern, dass in den Spitälern mehr ambulant operiert würde. Falsche Anreize führen auch zu einer eigentlichen Jagd auf Zusatzversicherte. Bei den ersten Fällen liegen die ambulanten Tarife gegenüber den stationären zu tief, beim zweiten Missstand ist die Quersubventionierung vom VVG- zum OKP-Bereich störend. Im Klartext: Der Tarif macht die Leistung, Flexibilität ist kein primäres Thema. Und was für mich noch störender ist: Der Fokus der Leitungserbringer liegt folglich zu sehr auf derartigen Überlegungen anstatt auf grundsätzlichen und zukunftsorientierten Strategien. Das wirkt sich auf die Bauprojekte aus. Sie sind teilweise zu sehr aufs Neubauen von Räumen für bestehende Leistungsangebote und organisatorische Strukturen angelegt und weniger auf die Flexibilität und Zukunftsperspektiven. Vorhandene Tendenzen werden zu wenig gewürdigt und deren Anforderungen deswegen baulich auch nur ungenügend gemeistert.

Zu den neuen Anforderungen gehört insbesondere die zunehmende Multimorbidität, der medizintechnische Fortschritt, der verstärkte IT-Einsatz und auch neue präventive Methoden, die zu einer Früherkennung von Zustandsveränderungen führen, zu besser informierten Patienten und zur gezielteren Planung von Eingriffen. Hier sind Wearables zu nennen, die für eine dynamische Datenerfassung sorgen und dadurch vorhandene time records, die wesentlich mehr

aussagen als blosse Momentaufnahmen von Vitaldaten. Bessere Daten sorgen dafür, dass optimaler triagiert werden kann und die richtige Leistung am richtigen Ort erbracht wird. Das bedeutet auch, dass nicht an jedem Ort das gesamte Arsenal an Leistungen und Infrastruktur vorhanden sein muss.

Man gewinnt aus den ersten nicht rund gelaufenen Spitalneubauten den Eindruck, die Verantwortlichen hätten besser planen müssen. Wie beurteilen Sie die Qualität der Planung generell? Und im Speziellen: Lassen sich die Spitalträger und -betreiber genügend qualifiziert beraten und begleiten?

Leider gibt es bereits Beispiele, bei denen grosse Investitionen nicht zur erhofften höheren Effizienz und zu Mehrerträgen geführt haben. Aber grundsätzlich bin ich doch der Meinung: Die Planungssorgfalt, das typisch schweizerische ingenieurhafte gründliche Denken, ist sehr gut. Hingegen bleibt zu beachten, dass es neben dieser technischen Kompetenz ebenso entscheidend ist, den aktuellen und künftigen Leistungsumfang richtig abzubilden. Planer gehen noch zu oft vom Status quo aus. Zwar ist das Prozessdenken heute weiter entwickelt als noch vor ein paar Jahren, insbesondere die Vorzüge des Lean Management werden vielerorts erkannt und umgesetzt. Dennoch bleiben Fragen offen. Häufig wird auf Planungsgrundlagen zu Ende gebaut, die bis zu 10 Jahre alt sind, wenn der Neubau in Betrieb geht. Nötig wäre hier vermehrt eine rollende Planung, etwa auf der Basis von BIM (Building Information Modeling). Mit BIM nehmen Architekten und Planer Änderungen an der Projektdatei vor und diese Änderungen sind für alle Beteiligten, sowohl als Zeichnung als auch als Datensatz, direkt verfügbar. Dimensionen und Stückzahlen, die zum Beispiel als Grundlage zur Kostenkalkulation dienen, werden dabei automatisch abgeglichen.

Entwicklungen finden heute generell in hohem Tempo statt – denken wir nur ans Smartphone, das vor gut 10 Jahren noch undenkbar gewesen wäre. In ungefähr gleichen zeitlichen Dimensionen bewegt sich aber der Planungs- und Realisierungsablauf für neue Spitäler. Es muss deshalb aufgrund der auch hier stattfindenden Entwicklungsgeschwindigkeit von Geräten und Infrastruktur möglich sein, wesentliche Veränderungen, die während der Bauzeit mit Bestimmtheit stattfinden – namentlich in der Medizintechnik und der Health-IT – zu berücksichtigen, obwohl im Falle der öffentlichen Spitäler das öffentliche Beschaffungswesen dies erschwert. Ein Ausweg aus der Zwickmühle könnte im vermehrten Erstellen modularer, auch provisorischer Bauteile bestehen. Im Weiteren geht es um die richtigen Leistungen am richtigen Ort. Hier treffen sich Wirtschaftlichkeit und Qualität, denn neuste Technologien bei bildgebenden Verfahren wie im OP erfordern höhere Fallzahlen, um Spitzenqualität zu erreichen. Und höhere Fallzahlen führen zu einem besseren return on investment.

Wenn wir schliesslich noch weiterdenken, können wir uns auch vorstellen, dass es die zunehmende Digitalisierung durchaus möglich machen könnte, dass bestimmte Eingriffe dezentral gesteuert stattfinden könnten. Teure, leistungsstarke Medizintechnik würde demnach zentral installiert und möglich wäre die Wahl eines anderswo sitzenden Operators des Vertrauens durch den Patienten. Wem das heute noch illusorisch tönt, den erinnere ich nochmals ans Smartphone.

Es könnte sich also einiges ereignen. Was erwarten Sie denn in 5 Jahren: bessere Strukturen, effizientere Prozesse, höhere Behandlungsqualität und wirtschaftlichere Leistungen oder

Überkapazitäten, unflexible Strukturen, keine Qualitätsoptimierung und schlechte Auslastung mit entsprechend drückender Fixkostenbelastung und Defiziten?

Grundsätzlich bleibe ich optimistisch, es wäre toll, wenn wir mehrheitlich die Chance nutzen würden, durch soviel Neues, das entsteht, auch Besseres für den Alltagsbetrieb reifen zu lassen. Aber dem steht leider die Tatsache gegenüber, dass wir alles andere als einen wettbewerbsorientierten liberalen Spitalmarkt haben – Stichworte Quersubventionierungen VVG-OKP und Subventionen durch die Kantone an ihre öffentlichen Spitäler. Wir pflegen zu viele gesetzgeberische Regulatorien. Und leider beleben sämtliche politischen Parteien das Thema der Gesundheitskosten und -strukturen völlig ungenügend. Kein Wunder haben wir dermassen aus dem Ruder laufende Betriebskosten und Krankenkassenprämien. Es fehlt der entschiedene Wille zum Change Management. Viele Akteure haben Verlust-Ängste. Sie klammern sich deswegen an überholte Strukturen und verpassen die gewaltige Chance zum Aufbruch. Hier gilt es, kräftig Gegensteuer zu geben – bevor es zu spät ist.

Interview: Dr. Hans Balmer

