

"Wiederherstellung eines ausgeglichenen Betriebsergebnisses des CHVR" (RALF)

Tätigkeitsbericht und Projektzusammenfassung

Mai 2024



I. Beauftragung eines Experten für den Plan zur Aufrechterhaltung eines ausgeglichenen Betriebsergebnisses des CHVR

1. Hintergrund und Ziele des Mandats

Das Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK) beauftragte Paianet plus sàrl mit der Unterstützung der Direktion des CHVR bei der Identifizierung von Massnahmen, die kurzfristig umgesetzt werden können, um das finanzielle Gleichgewicht des Spitalzentrums zu gewährleisten. Dieses Mandat erfolgte im Rahmen der 2014 vom Staatsrat beschlossenen Spitalneuorganisation, die die Zusammenlegung der gesamten operativen Tätigkeit am Standort Sitten vorsieht, wobei die anderen Standorte für die Nachbehandlung und die Nicht-Operationstätigkeiten beibehalten werden sollen. Diese Neuorganisation ist mit erheblichen Investitionen verbunden, die über die Spitaltarife finanziert werden müssen, sowie mit organisatorischen Anpassungen und Herausforderungen bei der Personalrekrutierung.

Grundlage des Mandats war der vom Spital Wallis (HVS) am 23. Januar 2023 an das DGSK übermittelte Bericht über die finanziellen Perspektiven. In diesem Bericht wird auf eine ungünstige Entwicklung der Finanzlage des HVS hingewiesen, die sich insbesondere in einem für das CHVR im Jahr 2022 erwarteten Defizit niederschlägt, während das Spitalzentrum Oberwallis (SZO) ein positives Ergebnis aufweist. Im Bericht werden ebenfalls die spezifischen Bedingungen betont, mit denen das HVS konfrontiert ist, etwa der Betrieb an mehreren Standorten, die Missionen von öffentlichem Interesse, die hochspezialisierten Leistungen sowie der Wettbewerb am Arbeitsmarkt. Angesichts dieser Perspektiven wünschte das DGSK die Erarbeitung eines Plans zur Aufrechterhaltung eines ausgeglichenen Betriebsergebnisses, der in mehreren Schritten umgesetzt werden sollte. Die erste Etappe betraf das CHVR und umfasste kurzfristige Massnahmen.


2. Leistungen des Auftragnehmers

Paianet plus sàrl, vertreten durch Herrn Stefan Stefaniak, Experte für Spitalmanagement mit 19 Jahren Erfahrung in der Beratung von Direktionen von Akutspitalern in der Westschweiz und in Deutschland, wurde beauftragt, die folgenden Leistungen zu erbringen:

- Mitarbeit an der Ausarbeitung des Plans zur Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichts des CHVR in Absprache mit den verschiedenen Organen des HVS und Sicherstellung der Durchführbarkeit dieses Plans
- Analyse der Finanzabschlüsse, insbesondere der Betriebskostenrechnung, um die Stärken und Schwächen des CHVR unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten im Vergleich zu anderen Spitälern der gleichen Kategorie zu ermitteln
- Analyse der Sozial- und Lohnbedingungen am HVS, insbesondere unter Berücksichtigung der Frage des Teuerungsausgleichs, im Vergleich zu ähnlichen Einrichtungen in anderen Kantonen
- Ermittlung der Kosten, die mit dem Betrieb des CHVR an mehreren Standorten verbunden sind, sowie der Kostenunterschiede zwischen den Standorten des CHVR, sowie Bewertung der Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung und Stärkung von Synergien
- Analyse der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) im Vergleich zu ähnlichen Einrichtungen in anderen Kantonen

- Vorschlag von Massnahmen zur Erhöhung der Einnahmen des CHVR
- Unterstützung der Direktion des CHVR in Bezug auf Managementprozesse
- Unterstützung der Direktion des CHVR bei ihren Aufgaben durch wirtschaftliches und finanzielles Fachwissen, insbesondere bei der Fertigstellung und Umsetzung des in Erarbeitung befindlichen medizinisch-pflegerischen Konzeptes
- Mitarbeit an Überlegungen zur Zukunft und künftigen Funktionsweise der verschiedenen Standorte des CHVR im Hinblick auf die Bündelung der Operationstätigkeit in Sitten, sowie zu den organisatorischen Modalitäten des CHVR
- Beurteilung der Stärken und Schwächen des CHVR bei der Rekrutierung auf dem Arbeitsmarkt angesichts des Mangels an medizinisch-pflegerischem Fachpersonal und im Hinblick auf den zusätzlichen Personalbedarf im Zusammenhang mit der Erweiterung des Spitalstandorts Sitten
- Beurteilung der Fähigkeit des CHVR, hochspezialisierte Disziplinen aufrechtzuerhalten und auf kantonaler Ebene Aufgaben zu definieren, sowie der hierfür notwendigen Mittel

II. Erste Erkenntnisse im Oktober 2023:

Die Liste der Herausforderungen ist lang, aber kein Problem kann von einer Person allein gelöst werden. Die Komplexität erfordert einen ganzheitlichen Ansatz mit Blick auf das Ganze. 

Zusammenfassung der Feststellungen¹⁾

Vorrangige Feststellungen

1. **Mission (Zweck) und Unternehmensstrategie**
(Wer werden wir in fünf Jahren sein und wie werden wir funktionieren?)
2. **Unternehmertum / Rechenschaftspflicht ("accountability")**
3. **Hierarchische und strukturelle Organisation**
(Verantwortlichkeiten, Stellenbeschreibungen, Entscheidungsfreiheiten, klare Ziele)
 - HVS / CHVR / SZO
 - DC / Poles / Services
 - Entscheidungsfreiheiten (z.B. Martigny)
4. **Quantifizierte Zielsetzungen und Übersichten**
(monatliche finanzielle Kostenrechnung nach Abteilungen und klare persönliche Ziele)
5. **Medizincontrolling** (medizinisch-ökonomische Überwachung)
(Sensibilisierung, Ausbildung, Hebel, kontinuierliche Überwachung)

1) Sicht "Betrieb" ohne Investitionsprojekte

www.paianet.com

Zusätzliche Feststellungen

- **Ambulante Versorgung**
(ambulanter Übergang (Interventionen), ambulante Pauschalen, Organisation von Operationssälen und Betreuung)
- **BR / Gebühren**
(Verhandlungen vs. buchhalterische Zuweisung an das Zentrum trennen; alle Elemente berücksichtigen)
- **GWL**
(Zuteilung für welche Aktivität? Nachweis der Beträge?)
- **Miete**
(Kosten für Vermieter vs. Mieter; Vergleichbarkeit mit anderen)
- **Overhead**
(Welche Ressourcen wo? Optimierung der Organisation.)
- **Netzwerk der Gesundheitsversorgung**
(Partnerschaften, Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, Lenkung der Patientenströme, Reaktion auf die Bedürfnisse der Bevölkerung im spitalexternen Bereich)

1. Festgestellt wurde im Wesentlichen Folgendes:

- Das CHVR steht vor einer langen und komplexen Liste von Herausforderungen, die einen umfassenden Ansatz und eine ganzheitliche Sichtweise erfordern.
- Die Mission und die Strategie des CHVR sind nicht klar definiert und stehen nicht im Einklang mit der verfügbaren Finanzierung.
- Der Unternehmerteil und die Eigenverantwortung von Führungskräften und Mitarbeitern sind unzureichend, da gemeinsame Ziele und Finanzübersichten fehlen.
- Die hierarchische und strukturelle Organisation ist nicht für die wirksame Führung der 42 Abteilungen des CHVR geeignet.
- Die medizinisch-ökonomische Überwachung ist lückenhaft, obwohl es zahlreiche Indikatoren und Übersichten/Dashboards gibt.
- Die Verlagerung in den ambulanten Bereich, die Tarifverhandlungen, die GWL, die Mieten, die Overheads und das Versorgungsnetz sind allesamt Bereiche, die es zu überprüfen gilt.

2. Die wichtigsten Finanzanalysen betrafen

- die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen, die ein grosses Defizit verursacht und ständige Massnahmen zur Verbesserung des Ergebnisses erforderlich macht,
- die Rentabilität der Dienste und Tätigkeiten, die anhand der DRG-Kategorien und der Deckungsbeiträge bewertet wird,
- der Vergleich des CHVR mit anderen Spitälern der gleichen Kategorie, insbesondere hinsichtlich der Aufenthaltsdauer,

- das finanzielle Potenzial in Zusammenhang mit der Verkürzung der Aufenthaltsdauer, schätzungsweise mehrere Millionen Franken,
- die Optimierung der stationären Fakturierung durch eine Überprüfung der medizinischen Kodierung, die innerhalb weniger Monate 2 bis 3 Millionen Franken einbringen könnte.

Quick-Wins wurden aufgrund der eingeschränkten Ressourcen und Projektdauer nur begrenzt identifiziert. Sie betrafen insbesondere die Überprüfung der medizinischen Kodierung und bestimmter orthopädischer Eingriffe.

Diese Punkte wurden bei verschiedenen Sitzungen vorgestellt, damit die Vertreter der DGW, der GD HVS und des CHVR informiert sind und Gespräche zu diesen Themen aufnehmen können.

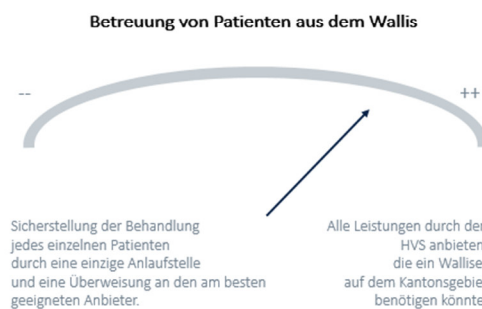
Details zu den Hauptkenntnissen:

Wer werden wir in fünf Jahren sein? Welche Leistungen werden wir erbringen? Wie werden wir funktionieren?



1 Mission (Existenzgrund) und Unternehmensstrategie

- Grundsätzlich wurde eine zukünftige Funktionsweise in dem 2023 aktualisierten medizinisch-pflegerischen Konzept beschrieben.
- **Was noch fehlt:**
 - Eine klare Projektion des finanziellen Ergebnisses, das mit den im Konzept beschriebenen Leistungen verbunden ist.
(Die Projektionen des finanziellen Ergebnisses (z.B. Schreiben vom Januar 2023) wurden vor dem medizinisch-finanziellen Konzept erstellt. Das Ergebnis wurde als Ganzes und noch nicht nach Abteilungen/Tätigkeiten geschätzt).
 - Ein klarer Rahmen für die Finanzierung
(Welcher Teil der Verluste könnte von wem getragen werden? Wie hoch ist der maximale Betrag (Summe aller Finanzströme), der zur Verfügung gestellt werden kann?)
 - Eine Übereinstimmung zwischen den gewünschten Leistungen und der verfügbaren Finanzierung (operativ und investiv).
- Die Mission / der Zweck des HVS scheint nicht klar definiert zu sein und lässt Raum für individuelle Interpretationen durch jeden Einzelnen.



Eine klarere und konkretere Definition der Mission ist besonders wichtig, da so bestimmt werden kann, welche Leistungen angeboten werden sollen – einschliesslich der Notwendigkeit, mögliche neue Leistungen zu entwickeln, oder der Möglichkeit, bestimmte nicht verpflichtende Tätigkeiten potenziell einzustellen. Zur Definition dieser Mission wäre es nützlich, den Ansatz "Was wollen wir anbieten?" durch eine zusätzliche Reflexion zur Frage "Was können wir uns leisten?" zu ergänzen.

Konsequenzen aus diesen Überlegungen: DESIGN TO COST? 

Folgen eines "Design to Cost"-Ansatzes

- **Bestimmung der für den Betrieb verfügbaren Beträge**
 - Welches Einkommen ist vorhersehbar?
(wahrscheinlich bei gleichbleibender Aktivität)
 - Welche geschätzten Belastungen?
(einschließlich des Anstiegs der Kosten in den nächsten Jahren)
 - Welche Aktivitäten können wir uns leisten?
 - **Ermittlung der verfügbaren Infrastruktur**
 - Welche Infrastrukturprojekte können wir uns leisten?
 - Wie viele Betten/Räume werden mit diesen Einschränkungen zur Verfügung stehen?
 - Welche Aktivitäten möchten wir dort unterbringen?
- Medizinisch-pflegerisches Konzept → eine Auswahl von Prioritäten
Zu was sagen wir "Nein"?
- Welches Krankenhaus könnten wir der Bevölkerung anbieten
im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel?
- Wie können wir den Bedarf decken?
Wie können wir mit diesen Mitteln die Bevölkerung am besten versorgen?



Es scheint noch viel Energie verschwendet zu werden: Wir müssen alle in die gleiche Richtung ziehen. Das gemeinsame Ziel definieren

2 Unternehmertum / Rechenschaftspflicht ("accountability")

▪ **Feststellung heute:**

Jeder definiert seine Mission und seine persönlichen Ziele nach eigenem Ermessen. Diese Ziele sind zwar gut gemeint, aber sie sind oft auf sektorspezifische Prioritäten ausgerichtet und nicht aufeinander abgestimmt. Die Summe der Ziele der einzelnen Führungskräfte lenkt das Krankenhaus nicht in eine gemeinsame Richtung.

▪ **Primäres Ziel:**

Die positive Energie und Motivation der Führungskräfte und Mitarbeiter sollte in eine gemeinsame Richtung gerichtet werden, damit sie einen unternehmerischen Ansatz entwickeln können, bei dem jeder mit seinen bereichsspezifischen Ideen und Projekten zum gemeinsamen Ziel des Krankenhauses beiträgt.

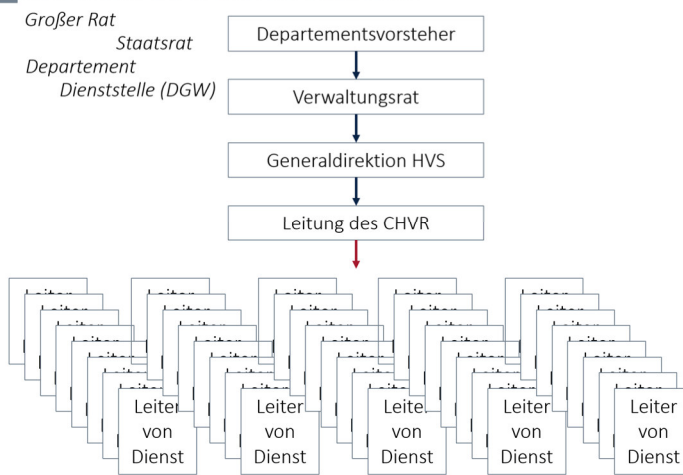
▪ **Ein sekundäres Ziel:**

Sobald diese spezifischen Projekte identifiziert sind, müssen sie formalisiert und die beteiligten Personen für die Erreichung der formulierten Ziele verantwortlich gemacht werden.

Empfehlung

- Definieren Sie ein gemeinsames Ziel für die gesamte Institution.
- Erlauben Sie jeder Person zu definieren wie er/sie am besten durch konkrete Projekte in seinem/ihrer Bereich dazu beitragen kann.
- Formalisieren Sie diese Projekte und legen Sie konkrete individuelle Ziele fest.
- Verfolgen Sie den Fortschritt dieser Projekte und halten Sie die beteiligten Personen für deren Umsetzung verantwortlich.

3 Hierarchische und strukturelle Organisation



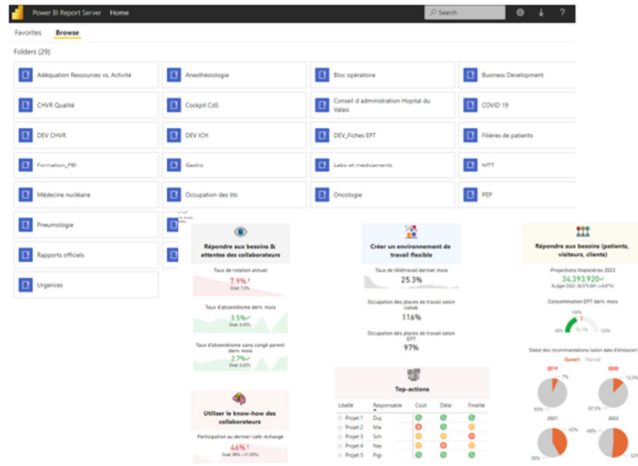
Feststellungen

1. Angesichts der verschiedenen Hierarchieebenen ist es für den Eigentümer schwierig, ein klares Ziel zu setzen und dieses Ziel an die Schlüsselpersonen in den Abteilungen weiterzugeben.
2. Aufgrund der vielen direkten Verbindungen zwischen den 42 einzelnen Abteilungen und der Leitung des CHVR ist es unmöglich, jede einzelne Abteilung effektiv zu verwalten und zu überwachen.
3. Auf der Ebene der Abteilungen gibt es kein „Führungsgremium“. Die Chefarzte sind nicht Teil einer üblichen Gruppe (Triumvirat), die Medizin, Pflege und Zahlen abdeckt.



Innerhalb des CHVR existieren viele Dashboards.
Fast keine davon enthält Zahlen, die mit einem "finanziellen Ergebnis" verbunden sind.

4 Quantifizierte Ziele und Dashboards



Inhalt der Folie heruntergeladen, aber Seite wurde während der Sitzung nicht aktualisiert

Feststellungen

- Es gibt viele verschiedene Dashboards. Sie decken eine große Bandbreite an Indikatoren ab. Die Kompetenz, automatisierte Tabellen zu entwickeln, ist wahrscheinlich intern vorhanden.
- Leider,
 - Es gibt keinen "Leistungsindikator" ("Führungskennzahl"), um die Leistung oder das erwartete Ergebnis der verschiedenen Führungskräfte widerzuspiegeln.
 - Die Tabellen sind daher nicht so strukturiert, dass sie den Abteilungsleitern auf einen Blick die Informationen liefern, die sie zur Leitung ihrer Abteilung benötigen.
 - Die Dashboards der Abteilungen enthalten nur wenige Finanzdaten (keine Überwachung eines Finanzbudgets auf Abteilungsebene).

III. Fundierte medizinisch-ökonomische Analysen

Ziel dieser Analyse war es, die wichtigsten Faktoren zu identifizieren, die das Defizit des CHVR erklären, und Verbesserungsmöglichkeiten vorzuschlagen. Die Analyse basierte auf den Fallkostendaten des CHVR für das Jahr 2022 sowie auf Vergleichen mit anderen ähnlichen Gesundheitseinrichtungen in der Westschweiz.

Die Analyse ergab Folgendes:

(Achtung: Diese Zahlen basieren auf der Betriebskostenrechnung, welche die Fallkostenbetrachtung ermöglicht hat; es handelt sich um Schätzwerte, die Tendenzen erkennen lassen und relative Vergleiche ermöglichen; das Präzisionsniveau der Daten lässt keine unmittelbaren Schlussfolgerungen zu.)

- Das CHVR besteht aus fünf Standorten. Der Wichtigste ist der Standort Sitten, welcher am wenigsten defizitär ist (-6 %), aber auch Verbesserungspotenzial aufweist. Die Standorte Siders (-20 %) und Martigny (-15 %) sind defizitärer und scheinen unter einem schlechten Management der Aufenthaltsdauer der Patienten zu leiden, insbesondere im muskuloskelettalen Bereich (MDC¹ 08). Es ist anzumerken, dass am Standort Siders insbesondere ältere Menschen versorgt werden, was die langen Spitalaufenthalte zum Teil erklären kann. Orthopädische Fälle werden hauptsächlich an den Standorten Sitten und Martigny behandelt. Die Standorte St-Amé und Malévoz wurden in der Analyse nicht berücksichtigt, weil dort keine somatische Akutversorgung von Patienten stattfindet.

Das CHVR besteht aus drei Standorten, von denen der Hauptstandort Sitten ist und offenbar "leistungsfähiger" ist als die beiden anderen Standorte

Zusammenfassung der Situation 2022

	Anzahl der Fälle	%	Rentabilität	CW-Katalog	CW verrechnet	DMS-Katalog	In Rechnung gestellte DMS	Outlier kurz	Inlier kurz	Inlier lang	Outlier lang	Notfall	Geplant	Sonstiges *
Gesamt	23 090	1	-9%	1.07	1.16	5.44	6.62	6%	55%	27%	12%	62%	31%	8%
Sitten	16 436	71%	-6%	1.10	1.17	5.23	5.80	6%	61%	24%	9%	64%	25%	11%
Siders	1 830	8%	-20%	0.91	1.02	5.17	7.82	7%	36%	36%	21%	43%	56%	1%
Martigny	4 097	18%	-15%	1.07	1.20	6.13	8.63	7%	45%	29%	19%	58%	41%	1%

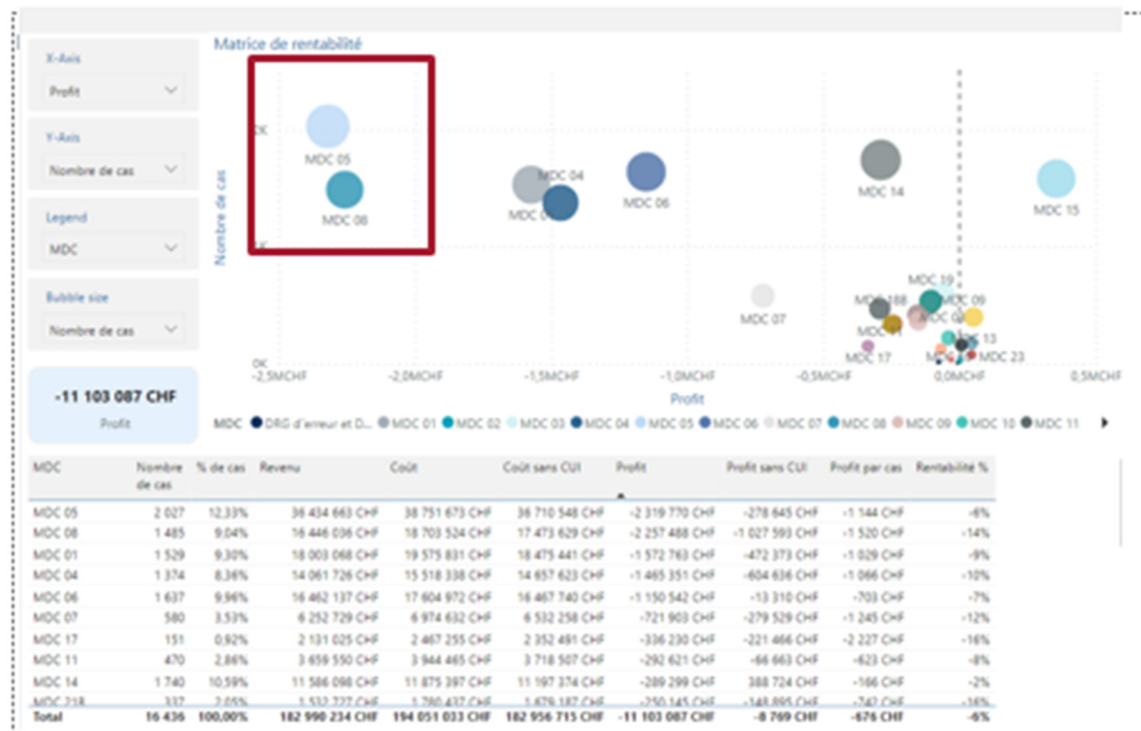


Sitten: Hauptstandort, beste Aufenthaltsdauer trotz hohem Anteil an Notfallpatienten
 Siders: kleinster Standort, schlechteste Verwaltung der Dauer trotz eines höheren Anteils an elektiven Leistungen
 Martigny: In Bezug auf die Kosteneffizienz scheint es dem Standort Martigny ähnlich wie Siders zu gehen, trotz einer höheren Fallzahl und einer besseren Verwaltung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

1 MDC: Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosekategorie). MDCs bezeichnen die Kapiteleinteilung des DRG-Katalogs. Die DRG-Kodes sind je nach Organsystem oder Ursache der Erkrankung in Hauptdiagnosegruppen strukturiert.

- Die MDC 08 ist die MDC mit dem höchsten Defizit an allen Standorten und macht etwa die Hälfte des Gesamtdefizits des CHVR aus. Dieses Defizit hängt zum Teil mit der Fallentwicklung in der akuten Geriatrie zusammen, die nicht optimiert oder angemessen kodiert wird, aber auch mit der Aufenthaltsdauer der Patienten, die häufig über dem Schweizer Durchschnitt liegt. Ein Teil der Patienten, die die Aufenthaltsdauer überschreiten, kehrt nach Hause zurück oder durchläuft eine Rehabilitation in einer anderen Abteilung des HVS, was auf ein Verlegungspotenzial in spitalexterne oder ambulante Strukturen hindeutet.

Rentabilitätsmatrix für den Standort Sitten (Daten 2022) :



(Im Gegensatz zu Martigny und Siders gibt es am Standort Sitten keine Akutgeriatrie)

- Das CHVR hat im Vergleich zu ähnlichen Einrichtungen in der Westschweiz eine niedrige Rate an komplexen DRGs (A), was auf ein Problem bei der medizinischen Dokumentation oder Kodierung hindeuten könnte. Die Übertragung bestimmter einfacher DRG (B) in komplexe DRG (A) könnte zusätzliches Einkommen für das CHVR generieren, sofern die erforderlichen Kodierungs- und Dokumentationskriterien eingehalten werden.
- Das CHVR hat auch eine hohe Rate an Kurzliegern, d. h. Patienten, die vor der in den DRGs vorgesehenen Mindestaufenthaltsdauer entlassen werden. Dies könnte mit einer Unterentwicklung der ambulanten Versorgung zusammenhängen, die eine Chance zur Kostensenkung und Steigerung der Versorgungsqualität darstellen könnte. Es wäre interessant, die ambulanten und stationären Eingriffe des CHVR mit jener der Schweiz zu vergleichen.
- Unter den defizitären Abteilungen des CHVR tauchen die privaten Abteilungen mehrfach auf.
- Das Defizit des CHVR könnte ebenfalls mit den Kosten pro Fall in Verbindung stehen, die über dem Schweizer Durchschnitt zu liegen scheinen.
- Auch die Bettenbelegungsrate und die Auslastung des Operationssaals könnten einen Einfluss auf das Defizit des CHVR haben. Diese Raten könnten durch eine bessere Planung und Koordinierung

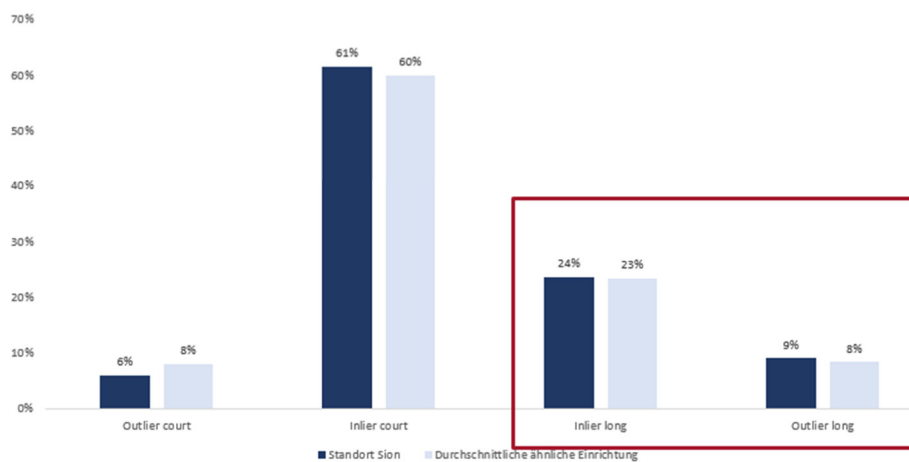
der Tätigkeiten verbessert werden. Eine gründliche Analyse der Auslastung könnte Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

Diese Aspekte stellen eine erste Analyse zur Erklärung des Defizits des CHVR dar, die durch weitere detailliertere Analysen ergänzt werden könnte. Dennoch können auf dieser Grundlage Denkanstöße und Handlungsoptionen für das CHVR im Hinblick auf die Wiederherstellung eines ausgeglichenen Betriebsergebnisses und die Verbesserung der Qualität und Effizienz der Leistungen aufgezeigt werden.

Der Standort Sitten hat mehr als 30 % der Patienten, die die durchschnittliche Aufenthaltsdauer überschreiten.

Der Standort bleibt leicht über dem Durchschnitt der Schweiz (Romandie).

Aufenthaltsdauer (Standort Sitten - Daten 2022)



Quelle: CHVR - Standort Sitten / SOINS AIGUS 2022

Legende:

Die Kategorisierung der Inlier/Outlier erfolgt auf der Grundlage der Angaben im SwissDRG-Katalog.

Inlier sind Fälle, deren Aufenthaltsdauer innerhalb der im Katalog angegebenen Grenzen und damit relativ nahe an der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Fälle in Schweizer Spitälern im Jahr n-2 liegt, die zur Berechnung und damit zur Festlegung der entsprechenden SwissDRG-Pauschale herangezogen wurden.

Outlier sind Fälle, in denen die Aufenthaltsdauer von der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer abweicht, so dass sie ausserhalb der Grenzwerte liegt, und für die das Tarifsystem daher eine Anpassung des fakturierten Betrags vorsieht, um die Abweichung der Aufenthaltsdauer auszugleichen.

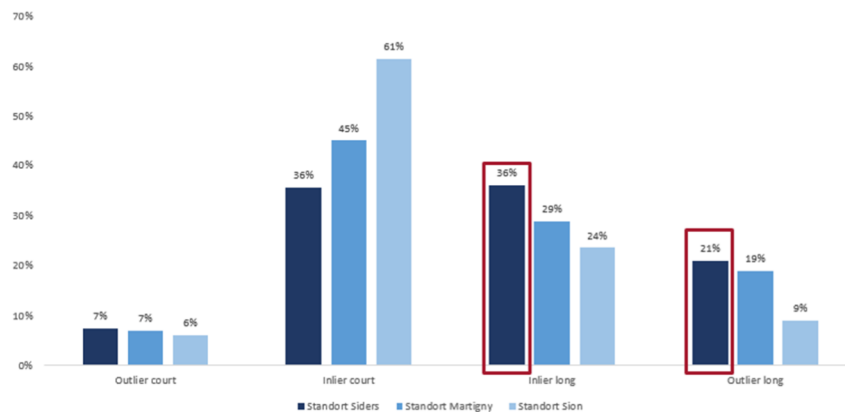
Anhand dieser Kategorien können die tatsächlichen Aufenthaltsdauern für bestimmte Patientengruppen (die unter die gleiche DRG-Pauschale fallen) mit dem Durchschnitt der tatsächlichen Aufenthaltsdauer der gleichen Patientengruppe in den Schweizer Spitälern vor zwei Jahren verglichen werden.

Durch diese Form des Vergleichs kann sichergestellt werden, dass die Aufenthalte immer mit den Aufenthalten jeweils vergleichbarer Patientengruppen (ähnliche Erkrankung, Art der Versorgung, Schweregrad usw.) verglichen werden, weil jeder Aufenthalt mit dem Durchschnitt der Patienten des gleichen DRG verglichen wird.

Der Durchschnitt der ähnlichen Einrichtungen entspricht den von Paianet ausgewählten grossen Westschweizer Regional- und Kantonsspitalern. Dadurch kann bestätigt werden, dass die Referenzwerte des SwissDRG-Katalogs nicht durch einen Unterschied in der Praxis der Westschweizer und Deutschschweizer Spitäler verzerrt werden.

Die Aufenthaltsdauer am Standort Siders liegt über den anderen Standorten des CHVR

Aufenthaltsdauer (Standort Siders - Daten 2022)



Der hohe Anteil der Patienten in Siders, die die durchschnittliche Aufenthaltsdauer überschreiten und in die Kategorien "lange Inlier" und "kurze Outlier" fallen, deutet darauf hin, dass akutsomatische Patienten in Siders länger hospitalisiert sind als an den anderen Standorten, wobei immer die Aufenthalte mit der gleichen Aufenthaltsart verglichen werden und somit eventuelle Unterschiede unter den Patienten automatisch korrigiert werden.

Durch diese Art der Analyse können Abweichungen bei der Versorgung identifiziert werden.

Da die Hospitalisierungsdauer ein Schlüsselfaktor der Kosten von Spitalaufenthalten ist (Nutzung der Infrastruktur und der Hotellerie, Betreuung durch Pflegekräfte, medizinische Versorgung jeden Tag/jede Nacht usw.), können durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer entsprechend hohe finanzielle Verbesserungen erzielt werden, entweder durch Kosteneinsparungen (geringerer Ressourcenbedarf) oder durch Umsatzsteigerungen (Möglichkeit der Wiederbelegung des Bettes durch einen anderen Patienten und damit Generierung eines zusätzlichen Einkommens durch dieselben Ressourcen).

Die vorherigen Beispiele sind ein kleiner Ausschnitt der medizinisch-ökonomischen Analyse und sollen den Ansatz verdeutlichen. Dank dieser Analyse können nach Standort, Abteilung, Dienst und sogar nach verantwortlichem Arzt Abweichungen bei der Versorgungspraxis und beim aktiven Management der Aufenthaltsdauer identifiziert werden, sodass mit einzelnen Akteuren sehr konkrete Korrekturmaassnahmen entwickelt werden können.



Im Anschluss an diese Analysen können wir eine erste Schlussfolgerung bezüglich eines Teils des Defizits des CHVR ziehen

Erste Schlussfolgerungen aus dieser Analyse

- Die MDC 08 (Muskuloskelettales System) ist an allen Standorten die MDC mit dem größten Defizit. Am Standort Martigny und am Standort Siders können zwischen 30%-10% dieses Defizits mit dem Fluss der akuten Geriatrie in Verbindung gebracht werden, während der Rest teilweise mit der Aufenthaltsdauer zusammenhängt.
- Der Standort Siders ist besonders defizitär und scheint größtenteils mit der Problematik der Aufenthaltsdauer zusammenzuhängen.
- Die Abteilungen für Akutgeriatrie scheinen eher eine "Warteabteilung" zu sein und führen wenig Akutgeriatrie durch.
- Es scheint eine hohe Anzahl an elektiven Patienten zu geben, die am Tag nach Spitaleintritt operiert werden. (dies könnte mit den Sorgen um die Aufenthaltsdauer zusammenhängen)
- Es werden weniger "komplexe" DRGs verwendet als in anderen ähnlichen Gesundheitseinrichtungen. (dies kann auf Bedenken hinsichtlich der Dokumentation oder der Kodierung zurückzuführen sein)

Andere potenziell interessante Ansätze, die weiterverfolgt werden könnten

- Das CHVR hat eine hohe Rate an kurzen Outliers. Dies kann mit der "Unterentwicklung" des ambulanten Bereichs zusammenhängen, es wäre interessant, einen Vergleich zwischen ambulanten vs. stationären Eingriffen zu machen.
- In den defizitären Diensten tauchen "private" Dienste mehrfach auf, es wäre interessant zu verstehen, warum das so ist.
- Das hohe Defizit wird teilweise durch die Aufenthaltsdauer und die Verteilung der DRG-Komplexität erklärt, es kann jedoch auch mit den Kosten pro Fall zusammenhängen, ein Vergleich mit dem spitalbenchmark wäre interessant.
- Das Defizit kann auch mit der Optimierung der Belegungsraten der Betten und des OP-Blocks zusammenhängen. Eine gründliche Analyse der Belegungsraten könnte Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

Bemerkungen:

- Diese Feststellungen und Analysen sind nur ein Auszug aus einer umfassenderen Präsentation und werden hier aufgeführt, um den gewählten Ansatz und den Ablauf des Paianet-Mandats darzustellen.
- Diese medizinisch-ökonomische Analyse wurde auf der Grundlage von aggregierten Daten durchgeführt und hatte lediglich das Ziel, grosse Abweichungen zu identifizieren, welche es ermöglichen, Verbesserungsmöglichkeiten zu definieren. Die allgemeinen Feststellungen wurden durch interne Analysen des CHVR bestätigt. Für die Entwicklung konkreter Projekte werden jedoch zusätzlich genauere Analysen erforderlich sein.

IV. Ende des Mandats und Empfehlungen

1. Empfehlungen

1.1 Rahmen für das weitere Verfahren

1. **Entscheid über die Zukunft des RALF-Projekts**

Das Projekt wird aktuell vom Departement vorgegeben, mit von der Dienststelle formulierten Zielen.

Es scheint wesentlich, dass der Verwaltungsrat und die Generaldirektion (nicht nur der Präsident und der Direktor, sondern alle Mitglieder dieser Organe) sich dem Projekt Wiederherstellung des Gleichgewichts anschliessen und sich die Ziele zu eigen machen. Es reicht nicht mehr aus, die Verantwortung dafür an die Direktion des CHVR zu delegieren. Das Ziel muss ein institutionelles sein und gesamthaft für das HVS mit allen Organen und Führungskräften gelten.

2. **Leitung auf Ebene des Verwaltungsrats durch eine spezifische Kommission**

Angesichts der Bedeutung für das Spital Wallis insgesamt und der möglichen politischen Auswirkungen aufgrund der hohen Beträge, um die es geht, wäre es wichtig, dass eine Kommission des Verwaltungsrats (zum Beispiel die Finanzkommission) die Verantwortung für die Rückkehr zum finanziellen Gleichgewicht übernimmt.

Sie sollte insbesondere den Präsidenten entlasten, damit dieser sich auf die politischen und kommunikativen Aspekte des Projekts konzentrieren kann.

3. **Einrichtung einer operativen "Taskforce"**

Die derzeitigen Organe sind zu breit aufgestellt und haben andere Prioritäten zu bewältigen. Es erscheint angemessener, eine dedizierte Taskforce als oberstes Projektgremium einzurichten, die aus Vertretern aller Ebenen (GD, DC) besteht, die von einem Teil ihrer täglichen Pflichten entbunden werden, um sich zu einem grossen Teil der Taskforce widmen zu können.

4. **Bündelung interner Kräfte**

Es ist wichtig, intern bereits vorhandene "Projektleiter" innerhalb des HVS mit geeigneter Ausbildung und Erfahrung beim Projekt- oder Programmmanagement zu identifizieren und ihnen entsprechende Verfügbarkeit einzuräumen.

5. **Externe Unterstützung**

Eine Beratungsfirma, die spezifisch Erfahrung mit der finanziellen Umstrukturierung öffentlicher Spitäler hat und über flexible Ressourcen verfügt, kann eine echte Hilfe sein (sowohl beim Start des Projekts als auch bei der Behebung von Problemen, selbst wenn es später nicht wie geplant läuft).

1.2 Konkrete Empfehlungen

Im Laufe dieses Mandats wurden mehrere konkrete Empfehlungen zur Verbesserung des Ergebnisses formuliert.

Dazu gehören:

- **Mission:**
die Mission des HVS klarer formulieren und dabei die Dienste definieren, die beibehalten oder in Zusammenarbeit mit anderen Partnern angeboten werden können.
- **Rechenschaft/Verantwortlichkeiten:**
Die institutionelle Strategie in klare numerische Ziele für jede Abteilung und jeden Fachbereich herunterbrechen, sowohl was die Tätigkeiten als auch das finanzielle Ergebnis betrifft.
- **Hierarchische Organisation:**
Reduzierung der Anzahl der Fachbereiche, die direkt von der Leitung des CHVR geführt werden müssen, indem die Abteilungen in Kliniken, Departements oder Pole mit einem Managementteam und Verantwortlichkeiten auf der Ebene jedes dieser Pole zusammengefasst werden (derzeit 42 Abteilungen vs. 11 Pole).
- **Übersichten/Dashboard:**
Ergänzung des aktuellen Leistungscontrollings (Aktivität, Volumina) durch eine finanzielle Überwachung der verschiedenen Abteilungen und Fachbereiche des CHVR.
- **Management der Aufenthaltsdauer:**
die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den DRGs, in denen sie zu lang ist, überprüfen und eine Verkürzung anstreben, insbesondere durch:
 - die verbreitetere Einführung von DRG-Managern mit einem leicht veränderten Pflichtenheft,
 - die Einführung eines Patientenstrommanagements (nach dem Beispiel des BOEM-Projekts, welches anschliessend auf das gesamte CHVR ausgeweitet werden sollte),
 - die Interaktion zwischen medizinischer Kodierung und den medizinischen Diensten durch ein aktiveres Medizincontrolling, um den medizinisch-pflegerischen Teams zu helfen, eine direkte Verbindung zwischen der Versorgung und der angemessenen Fakturierungen herzustellen (sicherstellen, dass die Fälle im richtigen DRG abgerechnet werden).

Es obliegt nun dem Spital Wallis, die im Rahmen dieses Mandats ermittelten Empfehlungen umzusetzen und/oder weitere Massnahmen zur Wiederherstellung des finanziellen Gleichgewichts zu identifizieren.

2. **Weitere Unterstützung und Ende der Paianet-Mission**

Nachdem bisher konkrete Ergebnisse erzielt und Ansätze identifiziert wurden, die für Sanierung des CHVR notwendig sind, scheint es unabdingbar, dass das HVS den Prozess in der nächsten Phase selbst übernimmt und verantwortlich umsetzt. Bisher bestand das Mandat im "Identifizieren, Vorschlagen, Strukturieren". Jetzt muss innerhalb des Spitals "ins Detail gegangen und umgesetzt" werden. Daher ist es wichtig, dass diese Phase vom Spital gesteuert wird und die Direktion Ressourcen mobilisiert, die dem Ausmass der Herausforderung entsprechen.