

# Und wer zahlt den Rest?

## Das Ende der „Quersubventionierung ambulanter Leistungen“

### **Vorwort**

*Der count-down läuft und immer mehr Krankenhäuser in Deutschland stehen vor der Frage, ob und wie nach dem „Scharfstellen“ der DRG-Finanzierung eigentlich eine gesicherte Finanzierung des Krankenhauses möglich sein wird. In den letzten Monaten hat die DKI GmbH in Wuppertal im Rahmen ihrer Beratungsprojekte insbesondere bei der Berechnung der durch DRG-Erlöse gedeckten Personalmengen der einzelnen Dienstarten immer wieder feststellen müssen, daß zwischen dem Kostenaufwand und den stationären Erlösen teilweise erhebliche Differenzen klaffen. Dabei wird unabhängig von den ursprünglichen Ausgangspositionen bei Beginn der Budgetdeckelung 1993 und den damit verbundenen differierenden Rationalisierungspotentialen – einige hatten bessere Budgetstartbedingungen als andere – sehr deutlich, daß die ambulanten Leistungen durch ihre Erlöse nicht gedeckt sind und sowohl personelle als auch organisatorische Veränderungen notwendig sind.*

Die in den letzten Monaten verstärkt durchgeführten Analysen in vielen deutschen Krankenhäusern zu den zukünftigen DRG-Erlösen und deren Auswirkungen auf die Kostenstruktur zeigen immer wieder:

Die über die DRG-Systematik erzielbaren stationären Erlöse decken nicht den für die komplette Patientenversorgung eines Hauses eingesetzten Ressourcenaufwand ab. Bis zu 20 % nicht gedeckte Kosten durch DRG-Erlöse bei vielen Krankenhäusern der unterschiedlichsten Versorgungsstufen sind festzustellen. Selbst dort, wo die stationären Leistungen zwar durch DRG gedeckt werden, muss häufig die Frage gestellt werden, in welchen Bereichen eines Krankenhauses noch Ressourcen vorgehalten werden, die durch die dann dort erzielten Erlöse – hier sind insbesondere die Ambulanzen gemeint - nicht gedeckt sind.

### **Wie kostendeckend sind die Ambulanzen?**

Fast zwangsläufig ergeben sich aus dieser Tatsache weitere Fragen, deren Beantwortung weitreichende Konsequenzen nach sich ziehen.

So wäre zu fragen, ob möglicherweise in der Vergangenheit die ambulanten Tätigkeiten durch stationäre Erlöse mit gedeckt wurden? Nicht ganz abwegig, denn schließlich „lebt“ ein Krankenhaus auch von ambulanten und später dann vielleicht stationären Patienten. Aber wie ist dann mit den Kosten dieser Bereiche umzugehen, wenn nach der derzeit vorherrschenden Systematik die Stellschrauben Basisfallwert, CMI und Fallzahl unter einem Budgetdeckel die stationären Erlöse fest umklammert halten?

Natürlich muß auch die Frage erlaubt sein, ob mögliche nicht gedeckte Kosten in der Vergangenheit nicht nur „quersubventioniert“ sondern aus Rücklagen – wo es sie gibt oder gab – oder von Trägerseite ausgeglichen wurden. Angesichts leerer Kassen ist diese Vorgehensweise sicherlich ein Auslaufmodell.

Hinzu kommt, daß durch die Notwendigkeit der Überprüfung wirtschaftlicher Leistungserstellung im stationären Bereich auch die Anpassung des hausindividuellen Basisfallwertes an den landeseinheitlichen Basisfallwert trotz Verlängerung der Konvergenzphase gerade von den Krankenhäusern, die einen hohen hausindividuellen Basisfallwert aufweisen, enorme organisatorische und personelle Veränderungen abverlangen. Dabei sind die vielen Leistungsbereiche, die häufig parallel vorgehalten werden, ebenso „einzudampfen“ wie die immer wieder anzutreffenden Leistungsstellen, die eine personelle Mindestbesetzung erfordern.

Welche finanziellen – und damit in der Folge auch organisatorischen und personellen - Konsequenzen sich aus dieser aktuellen Situation ergeben, soll das nachfolgende Beispiel aus der Praxis erläutern:

#### **Krankenhaus A (Basisdaten 2004):**

Individueller Basisfallwert des Krankenhauses	2.900 Euro
Fallzahl	21.000
Casemix	22.000
angenommener landeseinheitlicher Basisfallwert	2.600 Euro
Erlös-Budget des Krankenhauses	63.800.000 Euro

© **DKI GmbH, Wuppertal**

Nach den Regelungen des Referentenentwurfs zum 2. Fallpauschalenänderungs-Gesetzes ergibt sich aus der dargestellten Konstellation und unter der Voraussetzung gleichbleibender stationärer Fallzahlen und identischem Casemix ein Zielbudget für dieses Haus von 57.200.000 Euro.

Damit wären Wirtschaftlichkeitsreserven in Höhe von ca. 6.600.000 Euro zu realisieren. Bei einer angenommenen üblichen Verteilung im Verhältnis 70 % Personal- und 30 % Sachkosten würden nur auf den Personalbereich etwa 4.600.000 Euro entfallen.

Was dies bedeutet, erleben zur Zeit viele Verantwortlich in den deutschen Krankenhäusern. Und dabei ist dann auch zu fragen, wie mögliche Unwirtschaftlichkeiten in der stationären und ambulanten Leistungserstellung zu ermitteln sind und durch welche geeignete Maßnahmen unter den wirtschaftlichen Sachzwängen hier Abhilfe geleistet werden kann.

Kleine Organisationseinheiten (Ambulanzen, Intensivstationen, fachlich und örtlich getrennte OP-Einheiten, getrennte Funktionsbereiche u.ä.) sind sicherlich häufig historisch gewachsen und in intensiven Diskussionen mag es durchaus auch vernünftige Gründe in der Vergangenheit für die bisherige getrennte Vorhaltung gegeben haben. Aber mit den DRG ändert sich viel mehr, als man möglicherweise bisher vermutet hat. Bei zukünftig noch knapperen finanziellen Ressourcen wird die bisherige Diskrepanz der nicht gedeckten Kosten offensichtlich und daher wird man nunmehr auch so ehrlich sein müssen, das Ende

der individuellen Vorhaltungen zu verkünden. Dazu müssen alle Leistungsbereiche systematisch durchleuchtet werden.

Durch die Trennung stationärer und nichtstationärer Erlöse und damit verbundener Kostendeckung kommen zwangsläufig eben auch die Bereiche in den Fokus der Betrachtung, die in der Vergangenheit eher als Patientenlieferant gesehen wurden; den Ambulanzen eines Krankenhauses.

Es ist unstrittig, daß die Ambulanzen für das Krankenhaus auch wichtige Anlaufstelle zur Gewinnung stationärer Patienten und damit zur Realisierung stationärer Erlöse sind. Dennoch muß auch hier zukünftig geprüft werden, inwieweit der in den Ambulanzen betriebene Ressourcenaufwand durch die dort erwirtschafteten Erlöse gedeckt ist und wer im Falle einer Unterdeckung die Kosten trägt (vgl. Beispiel).

Die in der Tabelle dargestellten Werte entsprechen dabei der üblichen Besetzung einer Ambulanz mit 10.000 Behandlungsfällen.

Ambulanzeleistungen (10.000 Behandlungsfälle)

<u>Anzahl der Mitarbeiter</u>		<u>Personalkosten</u>
Funktionsdienst	5,5	236.000 €
Sekretariat	1,0	38.000 €
Schreibdienst	3,0	114.000 €
Arztdienst	1,5	120.000 €
Stellenäquivalent für Inanspruchnahme der		
med. Infrastruktur	3,0	126.000 €
Summe		508.000 €
Erlöse aus ambulanter Versorgung (Personalanteile)		250.000 €

©DKI GmbH, Wuppertal

In diesem Beispiel wird deutlich, daß die genutzten Ressourcen, die zur ambulanten Betreuung bereits einer Fachabteilung/Klinik eingesetzt werden, nicht durch die erwirtschafteten Erlöse gedeckt sind. Zumindest bieten die meisten Verträge nicht Erlöse in dieser ausreichenden Deckung an.

Neben den 4.600.000 Euro im stationären müßten demnach also weitere 258.000 Euro im stationären Bereich realisiert werden, um die dargestellte Unterdeckung gegen zu finanzieren. Mit zunehmender Anzahl vorgehaltener Klinik- und/oder Ermächtigungsambulanzen summieren sich die Unterdeckungen, die dem Krankenhaus aus dem Ambulanzbetrieb erwachsen. Wie und von wem soll das bezahlt werden?

Das dieser zusätzliche Kostendruck aus den Ambulanzen im stationären Bereich zusätzlich abgefangen werden kann, muß bezweifelt werden. Hier ist neben der Reorganisation im stationären Leistungssegment der Krankenhäuser zusätzliches Potential in der ambulanten Patientenversorgung zu realisieren.

Verluste dieser Größenordnungen werden nicht aus der „Portokasse“ beglichen und sind für Krankenhäuser mit eingeschränkter Kapitaldecke existenzgefährdend.

## Organisationsänderungen sind notwendig

Die Ausschöpfung aller wirtschaftlichen Ressourcen ist unter den dargestellten Voraussetzungen das Gebot der Stunde. Welche immensen organisatorischen Anstrengungen hierzu notwendig sind, wird wohl jedem bewußt werden, zumal häufig hierarchisch tradierte Verhaltensmuster einer erforderlichen Organisationsanpassung im Wege stehen.

An dem nachfolgenden Beispiel einer realen dezentralen OP-Organisation sollen die notwendigen Konsequenzen entsprechend aufgezeigt werden:

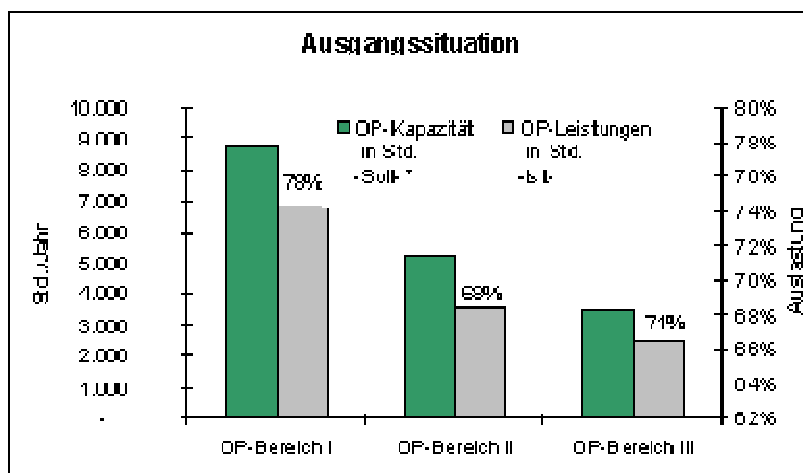
OP-Bereich	Fachabteilung	Anzahl OP-Säle	Vollkräfte OP-Funktionä- ren in -kt-	Int-Personal in OP-Funktionä- ren
I	Allgemein-, Geräte- und Unfalltechnik	5	15,50	136,250
	Gynäkologie	3	9,00	441,000
II	Urologie	2	6,50	310,750
<b>Summe</b>		<b>10</b>	<b>31,00</b>	<b>1.487,950</b>

OP-Bereich	Fachabteilung	OP- Kapazität in Std. -Stk-*	OP-Leistungen in Std. -kt-	OP-Auslastung -kt-
I	Allgemein-, Geräte- und Unfalltechnik	9.750	6.825	70%
	Gynäkologie	5.250	3.510	67%
II	Urologie	3.500	2.485	71%
<b>Summe</b>		<b>17.500</b>	<b>12.820</b>	<b>74%</b>

\* Sollkapazität = Schnitt-Nutzzeit  $\times$  OP bezogene Rätezahl = 1,50 Stunden

© DKI GmbH, Wuppertal

Die Ausgangssituation sah drei OP-Standorte mit räumlich und organisatorisch getrennten OP-Bereichen und einer OP-Kapazität von insgesamt zehn OP-Sälen sowie 31 Vollkräften vor; die reale Auslastung der OP-Säle war jedoch unterschiedlich.



© DKI GmbH, Wuppertal

Unter betrieboptimierten Bedingungen würden auf der Basis der Ist-Leistungen lediglich 7,4 OP-Säle benötigt. Bei entsprechender Berücksichtigung des Leistungsspektrums wären hierzu etwa 22 bis 24 Vollkräfte notwendig, was einem Kostenreduktionspotential je nach Durchschnittspersonalkosten von ca. 350.000 Euro entspricht.

Da jedoch keiner der dortigen OP-Standorte die benötigte Kapazität von ca. sieben OP-Sälen fassen kann, sind weitere Überlegungen anzustellen, ohne einen weiteren OP-Standort anbieten zu müssen bzw. einen weiteren OP mit den entsprechend benötigten Investitionsmitteln zu bauen.

Dies verlangt dann in der Regel eine Verlängerung der OP-Betriebszeit.

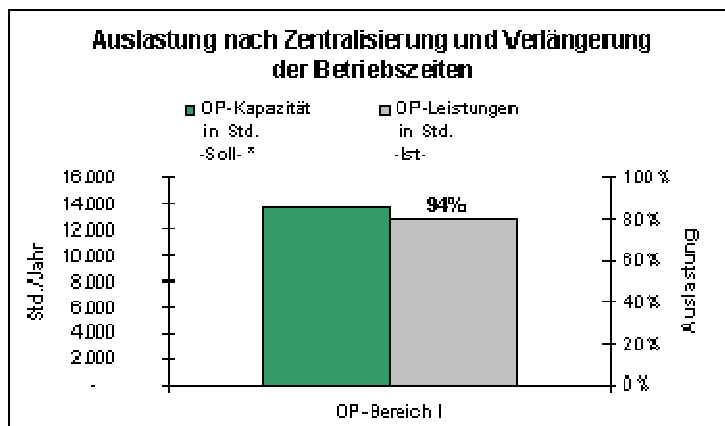
Grundlage der üblichen Kapazitätsberechnungen sind 1.750 OP-Stunden (Schnitt-/Nahtzeiten und patientenbezogene Rüstzeiten) bei einer achtstündigen Betriebszeit der OP-Bereiche, die in einem voll ausgelasteten OP-Saal pro Jahr abgearbeitet werden können. Durch Verlängerung der OP-Betriebszeit auf zwölf Stunden pro Tag verändert sich die Berechnungsgrundlage der benötigten OP-Kapazitäten auf 2.750 Stunden. Führt man die Berechnung auf der Basis der geleisteten OP-Stunden durch, entspricht dies einer benötigten Kapazität von 4,8 OP-Sälen. Es könnten demnach sämtliche Operationen im OP-Bereich I durchgeführt werden. Hierzu sind zwangsläufig die organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen (z.B.. fachabteilungsübergreifende OP-Planung, Anästhesie-Management, Anpassung und Harmonisierung der Dienstzeiten). Die Umsetzung des ArbZG und Beachtung des EuGH-Urteils werden in absehbarer Zeit insbesondere die Dienstzeitenanpassung forcieren.

OP-Bereich	Fachabteilung	Anzahl OP-Säle	Vollkräfte OP-Funktionäre mit -Ist-	Ist-Personalkosten OP-Funktionäre mit
OP-Bereich	Allgemein, Gebär- und Urologie	9	22,80	1.054.400
	Gynäkologie			
	Othologie			
Summe				

OP-Bereich	Fachabteilung	OP-Kapazität in Std. -Soll-*	OP-Leistungen in Std. -Ist-	OP-Auslastung -Ist-
OP-Bereich	Allgemein, Gebär- und Urologie	15.750	6.825	94%
	Gynäkologie		3.570	
	Othologie		2.185	
Summe			12.580	

\* Sollkapazität = Schnitt-Nahtzeit + OP bezogene Rüstzeit (2.750 Std.)

Nach Zentralisierung der OP-Bereiche und Verlängerung der OP-Betriebszeiten sind bei dann 94prozentiger Auslastung in fünf OP-Sälen die erforderlichen Kapazitäten gedeckt.



© DKI GmbH, Wuppertal

### Fazit

Möglicherweise wird die Frage, wer denn nun letztendlich den Rest bezahlt, spätestens dann beantwortet werden, wenn z.B. die Kosten der Ambulanzen weder durch überproportionale Ausschöpfung wirtschaftlicher Ressourcen im stationären Bereich – ist das überhaupt erlaubt? - noch durch intensivste Rationalisierungsbemühungen gedeckt werden können. Oder wenn trotz Zentralisierung im OP immer noch Leerlauf- mit Wartezeiten und Überstunden im Wettstreit liegen

Ob dann mögliche Subventionen durch den Träger erfolgen können, ist angesichts leerer Kassen vor allem bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft eher zu bezweifeln.

Wenn also alle Anstrengungen einer Kostendeckung nicht zum Erfolg führen, wird die Frage: „Wer zahlt den Rest?“ eine ganz neue Dimension bekommen; und sicherlich neue Zahler ausfindig machen.

Artikel ist erschienen in der Fachzeitschrift Arzt und Krankenhaus, 10/2004, Seite 313 - 316