

Dr. Andreas Becker/Udo Beck

Gegenstrategie zum „Parteivergleich“ (II)

LKA-orientierte Analyse von Kostendaten

Die Autoren haben in unserer Septemerausgabe einen für jedes Krankenhaus gangbaren Weg des Einsatzes diagnosebezogener Vergleichsdaten aufgezeigt, um sich gegen den von den Krankenkassen immer häufiger ins Feld geführten „Parteivergleich“ zu wappnen. Im vorliegenden zweiten Teil ihres Artikels werden anhand fiktiver Daten Möglichkeiten zur Kostenanalyse dargestellt, die es dem Krankenhaus erlauben, seine Position in Pflegesatz- und Schiedsstellenverhandlungen zu verbessern. Außerdem können sich aus der internen Diskussion wichtige Ansatzpunkte zur Verbesserung von Personaleinsatz und Organisationsabläufen ergeben.

Die Leistungsdaten der LKA, insbesondere die Belegungsdaten nach L1 und L3, dienen als wesentliche Grundlage zur Preisermittlung im Krankenhaus. Zur Festlegung, ob ein Budget medizinisch leistungsgerecht ist, müssen zwangsläufig die Kostendaten der LKA miteinbezogen werden. Dabei kann es aus Sicht der Kostenträger nicht von Bedeutung sein, ob es sich um Ist- oder Soll-Kosten handelt, da der Gesetzgeber im § 5 Absatz 2 BPfIV ausdrücklich auf die Daten der letzten Budgetvereinbarung verweist und somit eindeutig die LKA als Grundlage für den Vergleich wertet. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist krankenhausesintern die Betrachtung von Ist-Daten zweifellos unerlässlich.

Hierdurch wird deutlich, daß zwei Betrachtungen erforderlich werden: einerseits die Variante für die Pflegesatzverhandlung, andererseits eine interne Vorgehensweise, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung detailliert zu untersuchen.

■ Welche Daten soll ein Krankenhaus für die externe Betrachtung zugrunde legen?

Da es derzeit noch keine geeinigten Vorgaben zum gemeinsamen Krankenhausvergleich nach § 5 Absatz 1 BPfIV auf Bundesebene gibt, ist die Regelung des § 5 Absatz 4 BPfIV anzuwenden, wonach Vergleiche der Verbände, der Arbeitsgemeinschaften, der Krankenhäuser oder der Krankenkassen (Parteivergleiche) zugrunde zu legen sind. Seitens der Krankenkassen werden in Verhandlungen vielerorts Vergleiche angewendet, die sich aus den gesammelten und ausgewerteten LKA-Daten unterschiedlicher Häuser ergeben. Krankenhäuser stehen oft vor der „Qual der Wahl“, weil unterschiedliche Vergleiche (zum Beispiel von Landeskrankenhausesgesellschaften, von Zweckverbänden, von Arbeitsgemeinschaften oder von kommerziellen Anbietern) verfügbar sind. Welcher Ver-

gleich am besten geeignet ist, kann pauschal nicht entschieden werden.

Die Autoren haben sich für einige der folgenden Betrachtungen für den Vergleich der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)¹⁾ entschieden. Dieser Vergleich entspricht den Vorgaben des § 5 Absatz 4 BPfIV und ist im Sinne des Absatz 1 länderbezogen. Zwar werden in diesem Vergleich die Diagnose- und Therapiestatistiken nicht mit ausgewertet; für die Aussagekraft des KGNW-Vergleichs spricht aber die hohe Anzahl der beteiligten Krankenhäuser. So wurden auf Krankenhausebene insgesamt die Daten von 163 Krankenhäusern ausgewertet; 16 davon gehören der Maximal-, 79 der Regel- und 68 der Grundversorgung an. Die Ausgangsbasis macht deutlich, daß kein Individualvergleich stattfindet, sondern ein Vergleich mit Mittelwerten, der einen ersten Eindruck verschaffen soll.

■ Welche Daten soll ein Krankenhaus für die interne Betrachtung zugrunde legen?

Grundsätzlich können alle Daten herangezogen werden, mit denen die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses bei der internen Analyse zu beurteilen ist. Folgendes sollte jedoch beachtet werden:

- Wenn in einem externen Vergleich an einer bestimmten Stelle (zum Beispiel bei den Kosten des ärztlichen Dienstes) Abweichungen auftreten, müssen diese gegebenenfalls in der Budgetverhandlung oder vor einer Schiedsstelle plausibel begründet werden. Es erscheint deshalb ratsam, auch bei der internen Analyse – beispielsweise für Personalbedarfsermittlungen – Grundlagen zu verwenden, die offiziell anerkannt sind, idealerweise sogar kassenseitig.

Budgetanalyse nach LKA

Das folgende Beispiel anhand eines fiktiven Krankenhauses der Maximalversorgung in Nordrhein-Westfalen soll die Ansätze für eine LKA-orientierte, schrittweise Budgetanalyse deutlich machen, die sowohl externe als auch interne Aspekte berücksichtigt.

1) Kosten des Krankenhauses

Um einen ersten groben Überblick zu bekommen, ob das Krankenhaus insgesamt kostenmäßig auffällig erscheint, wurden die Vergleichsdaten von 16 Krankenhäusern der Maximalversorgung aus dem KGNW-Vergleich herangezogen. Dabei wurden die Kostendaten des gesamten Krankenhauses gemäß K3, nach einzelnen Kostenarten unterteilt, gegenübergestellt. Grundsätzlich stellt sich die

Frage, ob Pflegesätze, Fallkosten, Kosten pro Bett usw. miteinander verglichen werden sollen. Der Gesetzgeber spricht im § 5 Absatz 1 BPfIV von Pflegesätzen; dies kann allerdings so interpretiert werden, daß alle Daten verglichen werden können, die zur Ermittlung von Pflegesätzen dienen.²⁾

Weil die Krankenkassen zur Zeit überwiegend die Fallkosten als primären Wirtschaftlichkeitsmaßstab zugrunde legen, wurde in unserer Darstellung dieselbe Gliederung gewählt. In Abbildung 1 sind die vereinbarten Kostendaten des Jahres 1998 nach K3 der LKA pro Fall dargestellt und nach einzelnen Kostenarten unterteilt. Dem Mittelwert der 16 Krankenhäuser aus dem KGNW-Vergleich sind die Fallkosten des fiktiven Krankenhauses „X“ gegenübergestellt. In der letzten Spalte sind die Abweichungen pro Fall ausgewiesen. Das fiktive Krankenhaus „X“ ist, bezogen auf die Fallkosten, insgesamt 173 DM günstiger als die Vergleichsgruppe. Bei einzelnen Kostenarten sind hierbei deutliche Unterschiede erkennbar, die durchaus einer weiteren Betrachtung bzw. tiefergehenden Analyse bedürfen.

■ Positive Abweichungen herausstellen

Für die Pflegesatzverhandlung, die unbestritten auch aus einem guten Teil „Psychologie“ besteht, kann eine solche Betrachtung durchaus hilfreich sein, besonders dann, wenn kassenseitig immer nur die einzelnen „bad

Checkliste zu den Kostendaten des gesamten Krankenhauses nach K3 und den Kosten der Fachabteilung nach K7

Kostendaten nach K3

- Vergleich der Kostendaten pro Fall mit den Mittelwerten der Krankenhausgesellschaft

Kostendaten nach K7

- Vergleich der Kostendaten pro Fall mit den Mittelwerten der Krankenhausgesellschaft
- Personalbedarfsermittlung
 - Ärztlicher Dienst über anerkannte Anhaltszahlen
 - Pflegedienst über PPR
- Medizinischer Bedarf: Existiert ein standardisiertes Budgetierungsmodell, mit Hilfe dessen man einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz nachweisen kann?
- Personalbedarfsermittlung Intensiv
 - Ärztlicher Dienst über anerkannte Anhaltszahlen
 - Pflegedienst über anerkannte Anhaltszahlen
- OP und Anästhesie: Ermittlung der Leistungszahlen
 - Mengengerüst OP
 - Durchschnittliche Personalbindungszeiten
 - Ermittlung der Gleichzeitigkeitsfaktoren
- Medizinische Institutionen: Ermittlung der Kosten pro Punkt (zum Beispiel DM/GOÄ-Punkt, DM/DKGNT-Punkt), Personalbedarfsermittlung nach anerkannten Anhaltszahlen für den Ärztlichen Dienst, den medizinisch-technischen Dienst und den Funktionsdienst

apples“ – Abteilungen mit ungünstigen Fallkosten – herausgesucht werden. Daß es auch günstige Bereiche gibt, wird von den Krankenkassen gerne verschwiegen. Vor diesem Hintergrund ist die differenzierte Kenntnis des Gesamtkostenvergleichs durchaus dazu geeignet, das Gesamtbudget eines Krankenhauses besser einordnen und beurteilen zu können. Gleichwohl ist es völlig legitim, wenn die Krankenkassen tiefer in die Daten des Krankenhauses „einsteigen“ wollen; gerade das hat der Gesetzgeber mit der Einführung der Abteilungsbudgets beabsichtigt.

2) Kosten einer Fachabteilung

Wie die Kostendaten des Krankenhauses als Ganzes können auch die Fallkosten einzelner Fachabteilungen verglichen werden. Dabei steht zunächst die Frage nach der medizinischen Vergleichbarkeit im Raum, deren Beantwortung jedoch erst auf der Grundlage eines gemeinsamen Vergleichs beider Parteien endgültig möglich ist.

Die kassenseitige Handhabung von Abteilungsvergleichen ist unterschiedlich. Das eine Mal werden Fallkosten einzelner Krankenhäuser mit (nach Aussage der Kassen) vergleichbaren Häusern gewählt, das andere Mal wird mit regionalen oder überregionalen Durchschnitten verglichen. Zuweilen wird erklärt, daß viele Diagnosen übereinstimmen oder ähnlich sind, usw. Das Gemeinsame aller Kas- senvergleiche liegt darin, daß die Abteilung des betroffenen Krankenhauses stets ungünstiger abschneidet als die Vergleichsabteilungen.

☛ Man kann stehen, wo man will: Im Kassenvergleich hat man zunächst die „schlechteren Karten“ beziehungsweise die höheren Fallkosten.

Auch bei unserer Modell-Analyse von Abteilungskosten werden zunächst die Vergleichsdaten der KGNW herangezogen. Dort liegen die Mittelwerte der Daten von 147 Fachabteilungen für Allgemeine Chirurgie vor. Dies ist eine länderbezogene und ausreichende Datenmenge für den Kostenvergleich. Zwar ist der Krankenhausvergleich grundsätzlich als Individualvergleich konzipiert;³⁾ in unserem Beispiel geht es jedoch zunächst darum, ein Grobscreening durchzuführen, um erste Ansatzpunkte und Hinweise zu finden, die ein sinnvolles und zielgerichtetes Weitersuchen ermöglichen. Sobald medizinische Daten wie Diagnose- und Operationsstatistiken mit ausgewertet werden, wird eine exaktere Betrachtung möglich; bis dahin muß mit den vorhandenen Daten gearbeitet werden.

Abbildung 2 zeigt die Fallkosten der Fachabteilungsebene im Vergleich des KGNW-Mittelwertes und des fiktiven Krankenhauses „X“. Die einzelnen Positionen der Allgemeinen Chirurgie des Krankenhauses „X“ werden in der Systematik der K7 den Mittelwerten der KGNW gegenübergestellt. Hierbei wird deutlich, daß die Fallkosten in der Vergleichsabteilung des Krankenhauses „X“ höher liegen als der Mittelwert auf Landesebene.

Ohne differenzierte Leistungsauswertungen kann der KGNW-Vergleich an dieser Stelle leider nicht weiterhelfen.

Sofern zusätzlich ausgewertete Diagnose- und Therapiedaten aus Zweckverbänden, Arbeitsgemeinschaften etc. vorliegen, kann unter Umständen gezeigt werden, warum die Abteilung Allgemeine Chirurgie des Krankenhauses „X“ aus dem Durchschnittsvergleich herausfällt (zum Beispiel „größere“ Chirurgie). Spätestens wenn die Leistungsdaten höhere Fallkosten nicht mehr erklären können, wird eine interne Wirtschaftlichkeitsanalyse erforderlich.

3) Interne Wirtschaftlichkeitsanalyse

Der genauere Blick auf die Abbildung 2 zeigt, daß Einzelbetrachtungen jeder Position durchaus sinnvoll sein können. Beginnend bei Position 1 könnte man unter Umständen zu der Annahme kommen, daß die Kosten des ärztlichen Dienstes – rund 40 Prozent unter dem KGNW-Mittelwert – nicht sonderlich untersucht werden müssen. Vielleicht hat der Chefarzt, der möglicherweise seit Jahren die personelle Unterbesetzung seiner Abteilung beklagt, tatsächlich recht und er muß jetzt endlich die zwei von ihm seit langem geforderten neuen Arztstellen bekommen. Aber welche Abteilung kann im Gegenzug eine Kürzung verkraften, damit das Jahresergebnis ausgeglichen bleibt?

Schon diese ersten Überlegungen lassen erkennen, wie wichtig neben einem rein externen Vergleich eine tiefere, interne Analyse der Krankenhausorganisation ist.

Der Abteilungspflegesatz bezieht sich in K7 laufende Nummer 1 lediglich auf den Anteil der Ärzte für die Stationsversorgung, nicht aber für Operationen oder medizinische Institutionen und ist somit unvollständig. Idealerweise sollten die Kosten des Ärztlichen Dienstes über eine Personalbedarfsermittlung für die gesamte Abteilung untersucht werden. Der Ansatz sollte nach Möglichkeit so

Abbildung 1: Kostendaten K3 – Kosten pro Fall

Vergleich des Krankenhauses „X“ (Vereinbarungsdaten 1998) mit 16 Krankenhäusern der Maximalversorgung nach KGNW				
lfd. Nr.	Kostenarten	Mittelwert KGNW	Krankenhaus „X“	Abweichung
	1	2	3	4
1	Ärztlicher Dienst	914,74	942,19	27,45
2	Pflegedienst	1 592,70	1 607,29	14,59
3	Medizinisch-technischer Dienst	464,50	424,75	- 39,75
4	Funktionsdienst	380,19	410,22	30,03
5	Klinisches Hauspersonal	121,66	110,26	- 11,40
6	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	246,11	214,36	- 31,75
7	Technischer Dienst	79,38	78,15	- 1,23
8	Verwaltungsdienst	204,89	180,36	- 24,53
9	Sonderdienst	16,55	15,22	- 1,33
10	sonstiges Personal	13,11	13,01	- 0,10
11	nicht zurechenbare Personalkosten	27,59	20,74	- 6,85
A	Personalkosten insgesamt	4 061,42	4 016,55	- 44,87
13	Lebensmittel und bezogene Leistungen	96,83	94,36	- 2,47
14	Medizinischer Bedarf	1 127,62	1 140,07	12,45
15	Wasser, Energie, Brennstoffe	131,83	120,44	- 11,39
16	Wirtschaftsbedarf	158,60	130,69	- 27,91
17	Verwaltungsbedarf	87,26	67,91	- 19,35
18	Zentrale Verwaltungsdienste	49,26	20,25	- 29,01
19	Zentrale Gemeinschaftsdienste	156,34	130,37	- 25,97
20	Steuern, Abgaben und Versicherungen	71,22	69,35	- 1,87
21	Instandhaltung	254,20	238,50	- 15,70
22	Gebrauchsgüter	13,23	10,36	- 2,87
23	Sonstiges	19,19	14,36	- 4,83
B	Sachkosten gesamt	2 165,58	2 036,66	- 128,92
C	Personal- und Sachkosten insgesamt	6 227,00	6 053,21	- 173,79

Abbildung 2: Kostendaten K7 – Kosten pro Fall

Vergleich Allgemeine Chirurgie des Krankenhauses „X“ (Vereinbarungsdaten 1998) mit den Daten der KGNW (147 Fachabteilungen)				
lfd. Nr.	Kostenarten	Mittelwert KGNW	Krankenhaus „X“	Abweichung
	1	2	3	4
	Direkte Kosten			
1	Ärztlicher Dienst	392,24	236,01	- 156,23
2	Pflegedienst	1 115,65	1 279,09	163,44
3	Technischer Dienst	3,38	3,91	0,53
4	Medizinischer Bedarf	310,85	309,60	- 1,25
5	Instandhaltung	8,26	7,01	- 1,25
6	Gebrauchsgüter	2,44	2,00	- 0,44
	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung			
7	Intensiv	435,29	398,30	- 36,99
8	OP	1 108,05	1 299,36	191,31
9	Medizinische Institutionen	713,30	863,12	149,82
10	In der Psychiatrie: Sonstige	0,00	0,00	0,00
11	Ausbildungsstätten	34,86	33,56	- 1,30
12	Kosten insgesamt	4 124,32	4 431,96	307,64

gewählt werden, daß er im Streitfall kassenseitig zumindest von der Methode her nicht angezweifelt werden kann. Insofern ist es sinnvoll, Anhaltszahlen aus Quellen zu entnehmen, die auch von Krankenkassen verwendet werden. Die abteilungsindividuelle Erhebung und die anschließende Bewertung nach anerkannten Methoden

erlaubt ein Urteil darüber, ob die in die LKA eingestellte Forderung für den gesamten Ärztlichen Dienst berechtigt ist oder nicht. Wichtig ist diese Feststellung auch für die interne Diskussion darüber, ob der ermittelte Stellenbedarf mit der Ist-Besetzung (oder dem Stellenplan) übereinstimmt. Ein weiterer Vorteil dieser Methode ist die Möglichkeit einer sachgerechten Zuordnung der Kosten in die LKA, hier die K7.

Bei der Ursachenforschung für die Differenz der Kosten des Ärztlichen Dienstes in der Abteilung Allgemeine Chirurgie im Krankenhaus „X“ stößt man auf die Möglichkeit, daß unter Umständen nicht alle Krankenhäuser aus dem KGNW-Vergleich eine sachgerechte Einordnung des Ärztlichen Dienstes vorgenommen haben; vielleicht wurde in einigen Krankenhäusern der komplette Ärztliche Dienst unter der laufenden Nummer 1 erfaßt. Dies würde auch die höheren Kosten im OP-Bereich und bei den medizinischen Institutionen erklären. Unabhängig von solchen denkbaren Fehlerquellen bei der LKA-Erstellung sind mittels der Personalbedarfsberechnung die Kosten des Ärztlichen Dienstes nachweis- und belegbar.

Kritiker werden anmerken, daß mit einer solchen Methode die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip vorprogrammiert ist, weil die tatsächlichen Kosten offengelegt werden. Dem ist in der Tat teilweise zuzustimmen; wenn jedoch davon auszugehen ist, daß solche Darlegungen nur dann erforderlich werden, wenn die Auseinandersetzung über die Kosten einer ganz bestimmten Abteilung vor einer Schiedsstelle ausgetragen werden, hält sich der Umfang der Offenlegung in Grenzen.

■ Synergieeffekt für die interne Steuerung

Umso höher ist der Synergieeffekt für die interne Steuerung einzuschätzen. Forderungen nach mehr Stellen im Ärztlichen Dienst sind überprüfbar; wenn tatsächlich ein höherer Stellenbedarf besteht als er nach dem Stellenplan vorhanden ist, können auf die gleiche Weise andere Abteilungen nach Kompensationsmöglichkeiten untersucht werden.

Ein entscheidendes Argument für die Personalbedarfsermittlung ist, daß ein (auch ICD/ICPM-basierender) LKA-Vergleich allein die Wirtschaftlichkeit des Ärztlichen Dienstes nicht abschließend feststellen kann und die Personalbedarfsermittlung somit zwangsläufig erforderlich wird.

■ Kosten des Pflegedienstes haben besondere Relevanz

Die nächste Position der K7, die untersucht wird, ist die laufende Nummer 2, der Pflegedienst. Diese Position ist schon deswegen von besonderer Relevanz, weil der Anteil des Pflegedienstes an den gesamten Personalkosten mit Abstand der höchste ist (39 Prozent der Gesamtpersonalkosten der 16 Häuser der Maximalversorgung aus dem KGNW-Vergleich entstammen dem Pflegedienst).

Gegenüber den KGNW-Daten zeigt die Abteilung des Krankenhauses „X“ eine Kostenüberschreitung von 163 DM (rund 13 Prozent), die es zu begründen gilt.

■ Analyse mit PPR-Daten

Die Analyse der Pflegepersonalkosten hat die Pflege-Personalregelung (PPR) als Grundlage. Deren Außerkraftsetzung durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz tut der Methode als solcher keinen Abbruch. Untersuchungen nach der PPR dürften zwischen den Parteien auch vor einer Schiedsstelle nicht von der Hand zu weisen sein. Der entscheidende Vorteil ist, daß hier die unterschiedliche Pflegebedürftigkeit von Patienten eine Berücksichtigung findet. Mit Hilfe der PPR ist ermittel- und nachweisbar, welcher Personalschlüssel ausreicht, um dem Pflegebedarf einer ganz bestimmten Abteilung Rechnung zu tragen.

Die in der Abbildung 2 (K7, laufende Nummer 2) ausgewiesenen Fallkosten des Pflegedienstes der Allgemeinen Chirurgie des Krankenhauses „X“ betragen 1279 DM und könnten von den Krankenkassen als „nicht medizinisch leistungsgerecht“ angezweifelt werden. Sollte die Stellenbedarfsermittlung mit Hilfe der PPR den Wert rechtfertigen, könnte das Krankenhaus ruhigen Gewissens den Gang in die Schiedsstelle wagen. Wird ein geringerer Wert ausgewiesen, so kann auch hausintern sachlich fundiert über Personalverschiebungen diskutiert werden.

Aus praktischen Erfahrungen der Autoren leitet sich die dringende Empfehlung ab, die Validität der PPR-Einstufungen dezidiert zu überprüfen.

■ Analyse des medizinischen Bedarfs

Die Betrachtung der Position medizinischer Bedarf muß über einen LKA Vergleich hinausgehen, da medizinischer Bedarf (ähnlich wie die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes) in weiteren, nicht in einzelnen transparenten Positionen (OP, medizinische Institutionen) erscheint.

Angesichts des enormen Anteils an den Sachkosten ist dem medizinischen Bedarf bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung besonderer Stellenwert beizumessen. So beträgt bei 16 Häusern der Maximalversorgung aus dem KGNW-Vergleich der Anteil des medizinischen Bedarfs (K3, laufende Nummer 15) durchschnittlich rund 27 Mio. DM, 52 Prozent der gesamten Sachkosten (K3, laufende Nummer 24). Die Zahlen machen plausibel, weshalb in den meisten Krankenhäusern die interne Budgetierung des medizinischen Bedarfs längst etabliert ist. Verfahren und Transparenz bei der internen Budgetierung unterscheiden sich allerdings stark voneinander. Ein gutes Budgetierungswesen kann sich an folgenden Fragen orientieren:

☉ Erhalten die Budgetverantwortlichen regelmäßig Übersichten zum Verbrauch, die nicht nur absolute Werte, sondern auch relativierte Darstellungen, zum Beispiel Verbrauch pro Tag/Fall, enthalten?

☉ Sind Ärzte oder andere zuständige Mitarbeiter innerhalb weniger Minuten in der Lage, dem Budgetverantwortlichen darzustellen, welche Kostenart (zum Beispiel Implantate) auf welcher Kostenstelle (zum Beispiel OP 3) sich in welcher Weise im Vergleich zum Vorjahreszeitraum beziehungsweise im Vergleich zur Budgetvorgabe entwickelt hat?

- Können die genannten Überlegungen schnell auf einzelne Produkte bezogen werden?
- Finden regelmäßige Gespräche mit den Budgetverantwortlichen statt, deren Inhalte protokolliert und deren Ergebnisse überprüft werden?
- Gibt es regelmäßig tagende Arzneimittel-/Budgetkonferenzen, in denen abteilungsübergreifende Themen bearbeitet werden?
- Gibt es einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Experten, etwa Apothekern, über den sinnvollen Materialeinsatz?
- Existieren interne „Leitlinien“ über den Einsatz teurer Medikamente (zum Beispiel Antibiotika-Leitfaden, Therapie-Empfehlungen etc.)?
- Sind Preise oder Preisrelationen einzelner Produkte an der „Basis“, das heißt auch bei den Stationsärzten, bekannt?
- Sind alle Kostenverursacher ausreichend über die oben genannten Punkte informiert?

Zusammenarbeit zwischen Medizin und Verwaltung

Dies sind nur einige Eckpunkte, die in Erinnerung rufen, wie wichtig gerade in diesem Bereich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Verwaltung ist. Wo die Mehrzahl der oben genannten Punkte bei (selbst-)kritischer Bewertung mit „Ja“ beantwortet werden kann, ist ein unwirtschaftlicher Materialeinsatz eher unwahrscheinlich. Sofern mit den Kostenträgern, zum Beispiel in Strukturgesprächen, ein vernünftiger Dialog möglich ist, können solche internen Organisationsmaßnahmen durchaus aufbereitet und dargestellt werden, um die medizinische Leistungsgerechtigkeit des Materialeinsatzes zu untermauern.

■ Innerbetriebliche Leistungsverrechnung

Im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung steht zunächst die Position der Intensivstation zur Diskussion, die in vielen Krankenhäusern nach wie vor eine „black box“ darstellt. Doch auch hier gibt es anerkannte Anhaltzahlen zur Personalbedarfsermittlung des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes,⁴⁾ fortzuschreiben auf eine 38,5-Stunden-Woche, mit denen man die ausgewiesenen Kosten notfalls nachweisen könnte. Bei der Analyse wird überwiegend das Verhältnis zwischen Intensivüberwachung und -behandlung zu ermitteln sein; Mindestbesetzungen spielen ebenfalls eine Rolle.

Wieder gilt das Erfordernis einer detaillierten Personalbedarfsanalyse, um sowohl für die interne Diskussion als auch gegebenenfalls für die Darstellung vor einer Schiedsstelle gerüstet zu sein.

Die nächste Position der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung ist die laufende Nummer 8 der K7, der OP-Bereich. Hier sind die Personal- und Sachkosten des OPs

dargestellt. Die Kosten für den ärztlichen OP-Dienst wurden bereits in der Analyse des ärztlichen Dienstes der Fachabteilung untersucht. Art, Anzahl und Dauer der Operationen wurden dabei ermittelt. Nun gilt es, zusätzlich die Rüstzeiten des OP- und Anästhesiefunktionsdienstes sowie die Anästhesiearztbindungszeiten und Gleichzeitigkeitsfaktoren für die anderen beteiligten Personalgruppen zu erheben. Zu beachten ist dabei, daß der Anspruch gegenüber den Krankenkassen nur in angemessenem Umfang geltend gemacht werden kann. So können beispielsweise zu lange Wechselzeiten nicht als Forderung geltend gemacht werden.

- Erhebungen und Analysen in diesem sensiblen Bereich sind hervorragend geeignet, um die eigenen Strukturen kritisch zu hinterfragen und möglicherweise eine Organisationsuntersuchung folgen zu lassen.

Für die Nachkalkulation der Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie unter Umständen künftig der DRGs sind die ermittelten Zahlen ohnehin erforderlich (Berechnung der Kosten pro OP- bzw. Anästhesie minute).

■ Medizinische Institutionen

Die letzte größere Einzelposition der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung ist die laufende Nummer 9 der Abteilungskosten nach K7, die sogenannten Medizinischen Institutionen. Darunter verbergen sich sämtliche Restkosten, die nicht durch die oben genannten Positionen, durch die Ausbildungsstätten und den Basisbereich abgedeckt werden. Es handelt sich im wesentlichen um Leistungen, die andere Bereiche, zum Beispiel Labor, Radiologie, Pathologie, EKG, gastroenterologische Diagnostik, Konsile etc. für die Abteilungen erbringen. Die Vielzahl der Bereiche macht deutlich, daß die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit weit über die Analyse einer Abteilung für Allgemeine Chirurgie hinausgeht. Doch es existieren auch hier anerkannte Methoden zur Ermittlung des Personalbedarfes der einzelnen Bereiche.

Neben kostenorientierten Ansätzen zur Wirtschaftlichkeitsuntersuchung der Medizinischen Institutionen sollte nach Meinung der Autoren auch eine besondere medizinische Beurteilung erfolgen. Mit Hilfe der kostenorientierten

SPEISEN-
BESTELLSYSTEM,
MENÜPLANUNG,
REZEPTUR-, DIÄT
& WAREN-
WIRTSCHAFT

Alles spricht für LogiMen:
Verwaltung, Küche,
Pflegedienst, Patienten

LogiMen

LogiMen ist die komplette Software-Lösung!
Rufen Sie an - wir sprechen darüber.



Kretschmer-Keller

Hindenburgstr. 62 · 71229 Leonberg-Eltingen
Telefon 07152/94570 · Telefax 07152/945757

Variante wird versucht, die Kosten zu untersuchen und idealerweise zu reduzieren beziehungsweise vor den Krankenkassen oder vor einer Schiedsstelle zu „rehabilitieren“. So wäre es als Erfolg zu werten, wenn die kalkulatorischen Kosten beispielsweise für eine Röntgen-Thorax-Untersuchung um fünf DM pro Leistung reduziert würden.

■ Inanspruchnahme kritisch prüfen

Der medizinische (leistungsorientierte) Ansatz verfolgt die Zielsetzung, die Inanspruchnahme der medizinischen Institutionen kritisch zu prüfen, also beispielsweise die Frage zu stellen, ob die Röntgen-Thorax-Untersuchung überhaupt erforderlich war. In ein und derselben Fachabteilung existieren manchmal durchaus unterschiedliche Indikationen für die Anforderung einer Röntgenleistung: Während Arzt A routinemäßig eine Röntgen-Thorax-Untersuchung bei allen Patienten über 40 Jahre durchführen läßt, hält Arzt B bei derselben Diagnose diese Untersuchung grundsätzlich erst bei allen Patienten über 50 Jahre für erforderlich. Die Leitlinien der Fachgesellschaften, die sich an randomisierten Studien orientieren, empfehlen in diesem Beispiel möglicherweise überhaupt keine routinemäßigen Röntgen-Thorax-Untersuchungen, sondern nur bei besonderen Indikationen.

Deutlich wird, daß die Ansätze zur Schaffung von Leitlinien im Rahmen einer evidence-based-medicine durchaus auch betriebswirtschaftliche Komponenten haben können.

■ Screening anhand von GOÄ-Punktwerten

Zur Ermittlung, welcher Bereich zuerst einer tieferen Kostenanalyse unterzogen werden sollte, kann ein erstes Screening anhand der GOÄ-Punktwerte erfolgen. Über die Erhebung der einzelnen Leistungen aus dem GOÄ-Katalog und die Bewertung mit den entsprechenden Personal- und Sachkosten ist die Ermittlung eines Wertes pro GOÄ-Punkt erreichbar. Damit wird auch die Bewertung einzelner Leistungen möglich, so daß die berechneten Kosten beispielsweise für eine Schädel-CT, ein EKG oder eine Koloskopie dargestellt werden können. Diese Werte sind im übrigen auch für die Nachkalkulation der Fallpauschalen und Sonderentgelte erforderlich, oder eventuell künftig zu kalkulierender Fallgruppen nach DRG-Systematik. Darüber hinaus ist die krankenhausinterne Darstellung von Kosten für einzelne Leistungen geeignet, das Kostenbewußtsein der anfordernden Stellen zu schärfen. Möglicherweise liefern die Kosten pro GOÄ-Punkt auch interessante Diskussionsgrundlagen zum Thema Out- oder Insourcing. Auf jeden Fall kann mittels dieser Werte eine Prioritätenliste der zu untersuchenden Bereiche erstellt werden, die dann abzuarbeiten ist.

■ Analyse der Basiskosten

Die beschriebene Vorgehensweise empfiehlt sich ebenso für den Bereich der Basiskosten, für deren einzelne Personalgruppen entsprechende Bedarfsberechnungen anhand von Anhaltszahlen durchgeführt werden können. Auf diese Weise dürfte es nicht schwer fallen, die oft allzu pauschal vorgebrachten Gründe für höhere Basiskosten, zum Beispiel besondere bauliche Strukturen (mehrere Baukörper), detailliert zu begründen und konkrete Zu-

schläge zum Beispiel bei Wegezeiten des Versorgungsdienstes nachzuweisen. Auch lassen sich die gestiegenen Aufwendungen im EDV-Bereich über eine Personalberechnung (zum Beispiel Ermittlung der Vollkräfte für die Anwenderbetreuung anhand der Anzahl der Bildschirmarbeitsplätze) begründet darstellen.

Abschließende Anmerkungen zu den Kostendaten

Wenn die in diesem Aufsatz dargelegten Schritte für alle medizinischen Abteilungen sowie für den Basisbereich durchgeführt sind, sollte ein Krankenhaus ausreichend Fakten zur Verfügung haben, um fundiert gegen einen kassenseitigen Parteivergleich argumentieren zu können. Außerdem dürfte sich die Sorge vor einer Schiedsstellenentscheidung – auch bei möglicherweise höheren Fallkosten – relativieren, so daß auch in dieser Hinsicht eine stärkere Position innerhalb der Pflegesatzverhandlung erreicht werden kann. Besonders wichtig ist die Erarbeitung der oben genannten Kennzahlen für die interne Anwendung, unabhängig von der externen Budgetbetrachtung. Die Analyse in den vorbezeichneten Schritten wird nicht nur eigene Kosten „rehabilitieren“, sondern auch dazu beitragen, Schwachstellen zu entdecken, um anschließend Organisationsprozesse verbessern zu können. Darin liegt letztlich die einzig sinnvolle Möglichkeit zur kontinuierlichen Steigerung einer rationalen und wirtschaftlichen Behandlungsweise. Eine Übersicht zu den besprochenen Punkten enthält die Checkliste auf Seite 738.

Literatur

- 1) Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen: LKA-Krankenhausvergleich 1998. Dritte Auswertungsrunde; 29. April 1999
- 2) Tuschen, K. H., Quaas, M.: Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. Verlag W. Kohlhammer. 1998, vierte Auflage: Seite 195
- 3) Mohr, F. W., Kröger, J., Globig, K. F.: Praktiker-Handbuch zur BpflV '95 und zur LKA. Baumann Fachzeitschriften Verlag. 1998, dritte Auflage: Seite 40
- 4) Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten, Pflegepersonal und Intensivdienst. Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. September 1974.

Anschriften der Verfasser:

Dr. med. Andreas Becker, Beratung im Gesundheitswesen,
Pitzer Feld 15, 51503 Rösrath/
Diplom-Verwaltungswirt Udo Beck,
Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter,
Fleher Straße 3, 40223 Düsseldorf ■