



Politischer Einfluss auf die Organisation von Krankenhauslaboratorien - Krankenhausfinanzierung -

Vortrag auf dem BNLD-Symposium am 9.10.2009 im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Vereinten Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL) in Leipzig

Die Einflussnahme der Politik auf das Gesundheitswesen erfolgt einerseits über steuernde Gesetze, andererseits über die Art der Finanzierung. Die BNLD hat sich auf den Symposien in Wien 2007 und Mannheim 2008 ausführlich mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen beschäftigt, die eine Berufsfreiheit der Naturwissenschaftler in der Labordiagnostik sicher stellen und gleichzeitig Vorschriften für die erforderliche Ausbildung enthalten oder die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung präzisieren. Hierzu gehören das Transfusions-, das Infektionsschutz-, das Gewebe-, das Medizinprodukte-, das Gendiagnostik-, das Heilpraktiker- und das MTA-Gesetz ebenso wie die jeweils zugehörigen Verordnungen. Die Finanzierung der Laborleistungen wurde bisher nur hinsichtlich der Leistungen im ambulanten Bereich und bei Privatversicherten auf BNLD-Symposien angesprochen.

Der heutige Vortrag gilt dem bisher nicht betrachteten Bereich der Finanzierung von Laborleistungen für stationäre Patienten. Dabei ist gerade in diesem Bereich im Jahr 2003 ein Umbruch vollzogen worden, gegen den alle andere gesetzlichen Änderungen marginal erscheinen. Um diesen Umbruch darstellen zu können, soll auf die Darstellung der DRGs auf der BNLD-Jahrestagung 2001 durch Prof. G. Neubauer zurückgegriffen werden. Hiernach kann jede Vergütung als eine aus Einzelkosten und Leistungszahl zusammengesetzte Größe betrachtet werden:

$$\text{Vergütung} = \text{Leistungszahl} * \text{Einzelkosten}$$

Bis 2003 galten als Leistungszahl der Pfliegetag und als Einzelkosten die Liegetagkosten. Mit der Einführung der DRGs wurde als Leistungszahl der Fall (ohne Wiederkehrer etc.) und als Einzelkosten das Produkt von Basisfallwert und effektiver Bewertungsrelation gewählt. Diese Neudefinition sollte eine leistungsbezogene (nicht zu verwechseln mit „leistungsgerechter“) Vergütung sicher stellen.

Vor 2003 waren Liegetage die Basis der Einnahmen und das Labor ein reiner Kostenfaktor. Zur Minimierung der Laborkosten mussten die Anforderungen minimiert und die Stückkosten gesenkt werden. Mittel zum Erreichen dieser Minimierungsaufgaben waren Benchmarks und bei diesen die Berechnung von Kennzahlen (Leistungen je MTA, Anforderungen je Auftrag, GOÄ-Punkte je Bett etc.). Es sollten die Leistungen pro MTA maximiert und die Sachkosten minimiert werden. Als unwirtschaftlich erkannte Leistungen wurden fremd vergeben.

Die Unsinnigkeit der Benchmarks mit Kennzahlen wird schnell deutlich, wenn man die Unterschiede in den Fachabteilungen der miteinander verglichenen Krankenhäuser

betrachtet. Auch die Bezugnahme auf Kennzahlen, die auf breiterer Basis ermittelt wurden, verbesserte die Situation nicht, da solche Ermittlungen meist veraltet waren. So wurde für die Personalbedarfsberechnung vielfach auf die Daten des Bayerischen kommunalen Prüfverbandes aus dem Jahr 1972 (nur geringfügig 1998 aktualisiert) oder der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) aus den Jahren 1969, 1974, 1990 oder 1992 zurück gegriffen.

Mit der Einführung der DRGs wurden Liegetage zum Kostenfaktor und das Labor zu einer Einrichtung, die hohe Bedeutung für die Geschwindigkeit des Behandlungsprozesses besitzt. Die Analytik wurde beschleunigt und ein „Clinical Pathway“ vorgeschrieben, was alles untersucht werden musste. Die Folge für das Labor war eine Ausweitung der EDV von der Anforderung bis zur Befundübermittlung und eine Ausweitung der Arbeitszeiten. Fast alle Krankenhauslabore haben heute einen 24-Stunden-Schichtdienst. Viele einst fremd vergebenen Leistungen mussten, um Zeit zu gewinnen, wieder ins Labor integriert werden.

Ein Benchmark des Labors kann unter diesen Bedingungen nicht mehr auf der Basis von Kennzahlen erfolgen. Selbst wenn man Begriffe wie „Leistungen je Bett“ in „Leistungen je Fall“ ändert, sind diese wegen der Vernachlässigung der Fallschwere nicht sachgerecht. Benchmark-Projekte, wie sie 1996 und 2005 von f&w, der Fachzeitschrift „führen und wirtschaften im Krankenhaus“, auf der Basis von Kennzahlen erhoben wurden, kommen deshalb auch zu unsinnigen Ergebnissen: Laboratorien unter MTA-Leitung verursachen weniger Kosten als Laboratorien mit laborärztlicher Leitung. Eine Studie des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte (BDL) aus dem Jahr 2002 mit 11 Krankenhäusern, die sich in Übereinstimmung mit einer Studie des College of American Pathologists (CAP) aus dem Jahr 2004 an 151 Krankenhäusern befindet, stellt den naheliegenden Grund hierfür heraus: Der Anteil aufwändiger Verfahren ist wesentlich verantwortlich für die Kosten. Ebenfalls bedeutend sind die Struktur des Krankenhauses, die Schwere der Krankheit der versorgten Patienten und der Automatisierungsgrad des Labors.

Auf der Basis der DRGs und den von INEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) veröffentlichten Daten (www.g-drg.de) kann ein Benchmark aber unter völligem Verzicht auf die Berechnung von Kennzahlen erfolgen und alle als wesentlich erkannten Faktoren berücksichtigen. Die Daten von INEK stehen frei zugänglich in einer Datenbank zur Verfügung, deren Tabellen man einsehen kann, wenn man auf der Browser-Oberfläche der Taste F11 betätigt. In einer Tabelle mit der Bezeichnung „IN_BIKosten“ in dieser Datenbank stehen die Kostenkalkulationen von INEK für jede einzelne DRG. Die Tabelle umfasst in 13 Spalten und 10300 Zeilen insgesamt 133 900 Daten. In der letzten Spalte steht die Nummer der Kostenstelle, für die die Daten einer Zeile gültig sind.

Filtert man alle Zeilen mit der Kostenstelle Nummer 10 (= Labor), so erhält man 1033 Zeilen. Streicht man außerdem die Spalte 2 (Pflegedienst) und Spalte 6 (Implantate), weil sie für das Labor ohne Bedeutung sind, so verbleiben 10 Spalten. In dieser Tabelle von 10 Spalten x 1033 Zeilen stehen alle Laborkosten - nach DRG sortiert. Die ersten beiden enthalten die Personalkosten, die weiteren die Sachkosten und die letzte Kostenspalte die Gesamtkosten; die in der Tabellenüberschrift stehende Spaltennummer wird im weiteren beibehalten, also unter Verzicht auf Nummer 2 und 6.

IO_KArt1	IO_KArt3	IO_KArt4	IO_KArt5	IO_KArt7	IO_KArt8	IO_KArt9	IO_KArt10	IO_Summe	IO_DRG
85,46	349,68	17,45	612,51	302,51	36,09	35,06	154,81	1593,57	901A
36,4	150,41	6,57	79,7	115,41	22,08	11,87	52,55	474,98	901B
40,01	151,62	1,76	24,94	103,38	18,9	12,09	67,77	420,47	901C
19,68	92,25	3,31	30,38	75,13	12,66	7,55	30,55	271,51	901D
19,29	85,19	3,27	28,02	75,97	11,97	7,51	28,6	259,8	902Z
1,29	7,22	0,53	0	4,31	2,46	1,1	1,81	18,71	962Z
8,29	82,57	1,49	0	54,87	11,43	2,89	20,39	181,93	963Z
767,97	3196,7	36,77	3501,7	2910,3	68,71	228,18	1424,17	12134,5	A01A
430,12	1728,7	2,26	1858,4	1644,6	50,93	112,77	710,37	6538,31	A01B
358,84	1388,6	3,89	1952,4	1278	28,89	89,87	533,12	5633,77	A01C
442,91	1811,7	16,56	926,31	1711,6	139,41	137,38	835,96	6021,94	A02A
282,76	1169,3	7,34	298,82	1465,2	14,4	75,47	447,56	3761	A02B
577,78	3123,6	293,71	1569,4	3552	0,37	218,29	1184,85	10520,1	A03A
474,46	2619,2	10,9	1499,4	3112,9	0	189,3	1131,1	9037,32	A03B

Die Spalten 4 und 5 enthalten die Arzneimittelkosten. In Spalte 5 stehen einzeln zugeordnete Arzneimittel wie Blutprodukte oder Waren, die über die Apotheke bezogen wurden. In Spalte 4 stehen pauschaliert umgelegte Arzneimittel. Spalte 7 und 8 enthalten den übrigen medizinischen Sachbedarf, wobei die linke Spalte wieder pauschaliert umgelegt, die rechte einzeln zugeordnet wurde. Hier stehen auch die Fremdleistungen, die für einen Fall in Anspruch genommen wurden.

In Spalte 9 und 10 folgen die Kosten für die medizinische und die nicht-medizinische Infrastruktur. Ersteres enthält etwa die Kosten der Hygiene, der Sterilisation und der Medizintechnik, während zu Letzterem die Verwaltung, das Controlling oder die Küche gehören.

Kennt man die Anzahl der Fälle je DRG, so kann man eine Grobschätzung der hierfür vergüteten Laborkosten machen, wenn man die Anzahl bei jeder DRG einträgt und mit den Kosten multipliziert. Dies ist aber eine sehr ungenaue Schätzung, da durch Überlieger und Kurzzeitlieger nicht vernachlässigbare Zu- und Abschläge entstehen. Eine genaue Berechnung erfordert eine Liste aller Fälle mit der jeweiligen Angabe der Bewertungsrelation. Eine solche Liste besitzt jedes Krankenhaus, das die Grundlage der Vergütung durch die Kassen ist. In SAP-Krankenhäusern ist sie als „E1-Plus-Statistik“ abrufbar.

Die Kosten, die einem Labor für einen Fall vergütet werden, ergeben sich als Produkt der Bewertungsrelation mit den Kosten, die von INEK gelistet werden, und dem Korrekturfaktor. Dieser Korrekturfaktor berücksichtigt die Abweichung des Basisfallwertes vom Fallwert, mit dem INEK kalkuliert hat. Ob man als Basisfallwert den hauseigenen Wert verwendet, den angestrebten Landesbasisfallwert nach Kappung oder den Bundesfallwert nach Kappung, muss im Einfall diskutiert werden.

Importiert man die E1-Plus-Statistik in die Datenbank von INEK, so erhält man mit einer Abfrage, die über gleiche DRGs in beiden Tabellen läuft, als Summe die von INEK für das Labor kalkulierten Kosten. Dabei ist die Summe der Spalten 3 und 4 die Gesamtpersonalkosten, die Summe der Spalten 4 bis 10 die Gesamt-Sachkosten. Diese Berechnung berücksichtigt die wirklichen Fälle des Krankhauses ebenso wie den Schweregrad der Erkrankung. Sie basiert auf den wirklich bezahlten Geldbeträgen und ist frei von der Willkür der Berechnung von Kennzahlen.

Bei den Gesamtkosten des Labors müssen ggf. die Leistungen für Ambulanzen oder die Leistungen für Einsender zum Beispiel anhand einer GOÄ-Statistik abgezogen werden. Außerdem sind bei den INEK-Kosten des Labors auch die Kosten für die Pathologie enthalten, die ggf. zu subtrahieren sind. Schließlich muss man unter Umständen auch noch die Blutkonserven hinzurechnen, die über Zusatzentgelte vergütet wurden. Die reale Erfahrung zeigt aber, dass solche Korrekturen vielfach überflüssig sein werden.

Die Kalkulation von INEK basieren auf den Angaben von über 280 Krankhäusern und haben damit eine Validität, die weit über den Zahlen von Benchmarking-Projekten oder den Datenbanken einiger Consultingunternehmen liegt. Sie sind nach einem detailliert vorgegebenen Berechnungsverfahren (Kalkulationshandbuch) ermittelt und frei von willkürlichen Zuordnungsproblemen, die sich bei der Analyse von Teilbereichen eines Krankenhauses immer ergeben. Der eigentliche Vergleich des eigenen Labors mit den INEK-Kalkulationskrankhäusern ist reine Mathematik und nicht mehr manipulierbar. Mit der Einführung der DRGs hat die Politik die Zeit der Laborkennzahlen und Laborberater beendet und einen leistungsbezogenen Laborvergleich möglich gemacht.

W. Bauersfeld