



SEM-Analyse und Kostenrechnung im Krankenhaus

Der zu Beginn des nächsten Jahres in Kraft tretende Vertrag nach § 115b (1) SGB V „Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ birgt für Krankenhäuser Chancen und Risiken. Um auf die damit verbundenen Anforderungen reagieren zu können, muss das Management sowohl die Falldaten als auch die Kosten- und Erlösstrukturen des Krankenhauses transparent machen.

Inhalt und Zweck des Vertrages „Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus“

Zweck des im Juli diesen Jahres zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) abgeschlossenen Vertrages ist die Definition einheitlicher Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe. Der vorliegende Vertrag regelt die Verlagerung bislang stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Bereich. Als Anlage 1 enthält der Vertrag einen EBM-Katalog mit den Leistungen, die zukünftig im ambulanten Bereich angesiedelt sind. Ein Teil der Fälle (in der Anlage 1 mit einem Stern [*] markiert) ist ab dem 01.01.2004 zwingend ambulant abzurechnen, sofern nicht einer der in Anlage 2 genannten Ausnahmetatbestände zutrifft. Für den verbleibenden Teil gibt es keine Regelung, dass die Fälle ambulant erbracht werden müssen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die ambulante Behandlung der stationären Behandlung vorzuziehen ist.

Anforderungen an das Management

Um den Veränderungen adäquat begegnen zu können, benötigt das Krankenhausmanagement sowohl Informationen darüber, wie sich das Leistungsspektrum verschieben wird als auch darüber, wie sich die Veränderungen auf die Kosten- und Erlössituation auswirken werden. Daher ist es notwendig, die betroffenen Leistungen zu identifizieren und mit den zu erwartenden Falldeckungsbeiträgen zu bewerten.

„Analyse Stationersetzende Maßnahmen“ (SEM-Analyse)

Zunächst gilt es zu prüfen, welche und wie viele Fälle aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden können oder müssen.

Dazu werden die Leistungsdaten des Krankenhauses geprüft und nach DRGs gruppiert. Im Rahmen der „Analyse Stationersetzende Maßnahmen“ werden die dokumentierten OPS-Prozeduren ihrem Leistungsäquivalent im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zugeordnet. Die so ermittelten Fälle werden dann nach den Merkmalen „in der Regel ambulanter OPS-Code“, „ambulanter OPS-Code ohne Regelung“ oder „stationärer OPS-Code“ differenziert.

Zu erwartende Erlösveränderungen

Ergebnis der SEM-Analyse ist eine Liste von Fällen bzw. DRGs, die zukünftig entweder „in der Regel ambulant“ abzurechnen sind oder nach Maßgabe einer Einzelfallprüfung „ambulant oder stationäre“ abgerechnet werden können. Um die damit einhergehenden Erlösveränderungen zu bewerten, muss die fallweise Differenz zwischen stationärer und ambulanter Vergütung ermittelt werden. Dies geschieht anhand der Daten aus dem Fallpauschalenkatalog und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

mit freundlicher Unterstützung von:

Deckungsbeitragsrechnung zur Ermittlung der wirtschaftlichen Auswirkungen

Zur Ermittlung der wirtschaftlichen Auswirkungen werden die Informationen bezüglich der Erlösveränderungen den zu erwartenden kostenseitigen Veränderungen gegenüber gestellt.

Die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgegebene Systematik zur Fallkostenkalkulation ist aufgrund ihres vollkostenbasierten Ansatzes nicht als Entscheidungsgrundlage für die strategische Leistungsplanung geeignet.

Zur Simulation der Einflüsse dynamischer Leistungsveränderungen auf die Kostenstruktur muss sich das Krankenhausmanagement einer teilkostenbasierten Deckungsbeitragsrechnung bedienen. In diesem Kontext von besonderem Interesse ist, wie sich die Kosten und damit die Deckungsbeiträge beim Übergang von stationärer zur ambulanten Leistungserbringung verändern. Eine wesentliche Herausforderung hierbei ist die in der Praxis oft schwierige Abgrenzung fixer und variabler Kosten.

Deckungsbeitrag als Entscheidungskriterium

Durch Multiplikation der ermittelten Faldeckungsbeiträge mit den Fallmengen kann abschließend simuliert werden, wie sich verschiedene denkbare Veränderungen im Leistungsgeschehen auf den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses auswirken.

Durch diese Vorgehensweise ist es möglich, das Leistungsspektrum unter Berücksichtigung bestehender Restriktionen und gesetzlicher Regelungen wirtschaftlich sinnvoll zu planen und die Erfolgssituation dabei nachhaltig zu stabilisieren oder gar zu verbessern.

Risiken begegnen – Chancen nutzen

Um eine entstehende Lücke zwischen kurzfristig schwankenden Erlösen und strukturbedingt remanenten Kosten möglichst rasch zu schließen, muss das Management frühzeitig Prozesse und Strukturen untersuchen und falls nötig anpassen. Ferner sollten mögliche alternative Erlösquellen, insbesondere im extrabudgetären Bereich, (z. B. Wahlleistungen) geprüft und erschlossen werden. Die „Analyse Stationsersetzende Maßnahmen“ in Verbindung mit einer teilkostenbasierten Deckungsbeitragsrechnung ist ein wichtiges Instrument zur Planungsunterstützung des zukünftigen Leistungsspektrums.

Autor: Marco Wollscheid
Healthcare Consulting & Systemintegration AG
Aegidiimarkt 7
48143 Münster

Telefon: +49 (0) 251/4824815
Telefax: +49 (0) 251/4824848

Internet: <http://www.hcs-consult.de>
Email: m.wollscheid@hcs-consult.de

mit freundlicher Unterstützung von: