

**Kritische Analyse des „Gutachtens zur ambulanten
Notfallversorgung im Krankenhaus –
Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ der
MCK in Kooperation mit der DGINA vom 17.02.2015**

**Expertise
für das Zentralinstitut für die kassenärztliche
Versorgung (Zi)**

Univ.-Prof. Dr. G. Neubauer

Dr. C. Minartz

C. Niedermeier, B.A.



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

München

Dezember 2016

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
1 Ausgangslage, Zielsetzung und Vorgehensweise.....	5
2 Repräsentativität der teilnehmenden Krankenhäuser.....	7
2.1 Grundsätzliche Anforderungen an eine repräsentative Stichprobe	7
2.2 Repräsentativität der teilnehmenden Krankenhäuser.....	8
2.2.1 Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen	9
2.2.2 Strukturen der Notaufnahmen	12
2.2.3 Leistungsspektrum der klinischen Notfallversorgung	13
2.2.4 Datenbasis der Fallkostenkalkulation.....	13
2.2.5 Datenbasis weitere Kostenanalysen	14
2.2.6 Erwartete Verzerrungseffekte durch das Teilnahmeverfahren	14
2.2.7 Zwischenfazit	15
3 Validität der Ergebnisse: Systemische Unterschiede zwischen DRG- und EBM-Kalkulation	16
3.1 DRG-Kalkulationssystematik.....	16
3.2 EBM-Kalkulationssystematik	19
3.3 Schlussfolgerung für die Kalkulationsergebnisse des MCK-DGINA- Gutachtens.....	22
3.4 Zwischenfazit	26
4 Fehlschlüsse von den Kosten auf die Vergütungshöhe	27
4.1 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser.....	27
4.2 Vergleich der Wirtschaftlichkeit der ambulanten Notfallversorgung durch das Krankenhaus und durch Vertragsärzte	28
4.2.1 Das Beispiel „Rückenschmerzen“	28
4.2.2 Das Beispiel „Oberflächliche Verletzung des Kopfes“	28
4.2.3 Das Beispiel „Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand.....	29
4.2.4 Unwirtschaftlichkeit der Notfallversorgung im Krankenhaus	30
4.3 Durchschnittskosten kein Maßstab für die Vergütung	30

4.4	Vergütung poliklinischer Fälle als Benchmark	31
4.5	Anrechnung der Notfallzuschläge der Krankenkassen.....	32
4.6	Fixkostendegressionseffekte durch Mehrauslastung.....	33
4.7	Differenzierung der Notfallpauschalen nach Behandlungsbedarf geboten.	34
5	Ökonomische Bedeutung der Notfälle für das Krankenhaus	36
5.1	Notfälle als „Bettenfüller“ für das Krankenhaus	36
5.2	Effekte der Fixkostendegression einbeziehen	37
5.3	Ko-Finanzierung der Notfallversorgung über impliziten Zuschlag im DRG Entgeltsystem	38
6	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	40
	Anlagen	44
	Literaturverzeichnis	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Vergleich der Krankenhäuser gruppiert nach Bettenzahl	10
Abbildung 2:	Bereinigter Vergleich der Krankenhäuser gruppiert nach Bettenzahl	11
Abbildung 3:	InEK-Kostenkalkulation der DRG F62B (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose)	19
Abbildung 4:	Betriebswirtschaftliche Kalkulation im Rahmen des EBM.....	20
Abbildung 5:	Entgelte für Pflegekräfte nach TVöD-K gültig ab 1. März 2016 (monatlich in Euro)	25
Abbildung 6:	Tarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/ Arzthelferinnen: Gehaltstabelle für Vollzeitbeschäftigte (monatlich in Euro; gültig ab: 01.04.2016)	26
Abbildung 7:	Jahresergebnisse der Krankenhäuser 2014	27
Abbildung 8:	Vergleich des Einsatzes von bildgebenden Verfahren bei ambulanten Notfallpatienten	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kostenarten zur Ermittlung des technischen Leistungsanteils	21
Tabelle 2:	Vergleich der Krankenhäuser gruppiert nach Bettenzahl	44
Tabelle 3:	Bereinigter Vergleich der Krankenhäuser gruppiert nach Bettenzahl..	44
Tabelle 4:	Datenbasis der einzelnen Ergebnisse	45

1 Ausgangslage, Zielsetzung und Vorgehensweise

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung im Bereich der ambulanten Notfallversorgung vor. Die ambulante Notfallversorgung außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten wird nicht nur durch niedergelassene Ärzte im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durchgeführt, sondern auch durch die Krankenhäuser. „Da bisher keine systematisch erhobenen Informationen über die aktuellen Versorgungsstrukturen oder die wirtschaftliche Situation der Notfallversorgung in den Krankenhäusern existieren, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) die Management Consult Kestermann GmbH (MCK) im Juni 2014 beauftragt, [ein] Gutachten zu erstellen.“¹

Das genannte MCK-DGINA-Gutachten wurde am 17.02.2015 veröffentlicht und liegt dem ergänzten Bewertungsausschuss als Grundlage für die Weiterentwicklung der Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vor. Der ergänzte Bewertungsausschuss hat diesen Auftrag in einer ersten Stufe bis zum 31.12.2016 auszuführen (§87 Abs. 2a S. 23f SGB V). Problematisch ist hierbei, dass das Gutachten sehr stark die Perspektive der Krankenhäuser und so z. B. die InEK-Kalkulation aus der DRG-Vergütung als Grundlage heranzieht. Da die InEK-Kostenkalkulation und das daraus abgeleitete DRG-Entgeltsystem auf die stationäre Versorgung in einem Krankenhaus ausgerichtet ist, ist dieses sowohl von der Systematik her, als auch in einzelnen Teilbereichen nicht bzw. wenig geeignet, daraus Schlüsse für die ambulante Notfallversorgung zu ziehen, die nach dem EBM-System zu vergüten ist.

Deshalb wird eine kritische Analyse des genannten Gutachtens durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Rahmen der vorliegenden Expertise dargelegt. Ziel dieser Expertise ist es, aufzuzeigen, warum das MCK-DGINA-Gutachten in der vorliegenden Fassung nicht als Grundlage zur Weiterentwicklung der Vergütung für Leistungen der ambulanten Notfallversorgung dienen kann.

¹ Haas et al. (2015), S. 2.

Die Vorgehensweise gliedert sich in vier Schritte. In einem ersten Schritt (Gliederungspunkt 2) prüfen wir die Repräsentativität der verschiedenen Untersuchungsabschnitte in der Studie. Zwar betonen die Verfasser selbst, dass ihre Ergebnisse keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, doch werden gleichwohl die Forderungen nach einer erhöhten Vergütung dahingehend nicht relativiert.

In einem zweiten Abschnitt gehen wir der Frage nach, inwieweit die Kostenermittlung entsprechend der Kostenkalkulation des InEK mit der EBM-Kalkulation kompatibel ist. Schließlich werden die ambulanten Notfälle des Krankenhauses nach der EBM-Systematik vergütet. Es geht um die Validität der Ergebnisse, also um die Frage, inwieweit die Inhalte richtig abgebildet werden.

In einem dritten Abschnitt setzen wir uns kritisch mit den Kalkulationsergebnissen auseinander und prüfen, ob die kalkulierten Kosten auch als wirtschaftlich gelten können. Gerade im Krankenhausbereich differiert die Wirtschaftlichkeit der verschiedenen Krankenhäuser erheblich. So müssen einige Krankenhausträger ihre Häuser schließen oder verkaufen, während andere Krankenhausträger unwirtschaftliche Kliniken übernehmen und dann sogar insgesamt Überschüsse erzielen.

In einem vierten Abschnitt (Gliederungspunkt 5) wird dargelegt, dass Krankenhäuser ein ureigenes Interesse an der Notfallversorgung haben. Schließlich generieren die Krankenhäuser nahezu die Hälfte ihrer Patienten über die Notfallversorgung. Diese ist heute die wichtigste Quelle für die Patientengewinnung.

Am Ende fassen wir in einem Resümee unsere Ergebnisse und Schlussfolgerungen zusammen.

2 Repräsentativität der teilnehmenden Krankenhäuser

Im folgenden Abschnitt werden zunächst grundsätzliche Anforderungen an eine repräsentative Stichprobe dargestellt. In einem nächsten Schritt werden die Daten, welche dem MCK-DGINA-Gutachten zugrunde liegen, kritisch unter dem Aspekt der Repräsentativität und der daraus resultierenden Aussagekraft für die Grundgesamtheit beurteilt.

2.1 Grundsätzliche Anforderungen an eine repräsentative Stichprobe

Um Erkenntnisse, die aus einer Stichprobe gewonnen wurden, auf die Grundgesamtheit zu übertragen, müssen verschiedene Anforderungen erfüllt sein. So muss eine Stichprobe hinreichend groß und repräsentativ sein. Nur so können für die Grundgesamtheit gültige Aussagen getroffen werden. Eine Übertragung von Erkenntnissen einer Stichprobe auf eine Grundgesamtheit ist nur dann sinnvoll, wenn diese in wesentlichen Merkmalen übereinstimmen.²

Um dies sicherzustellen, müssen verschiedene Schritte beachtet werden. Zunächst muss eine präzise und eindeutige Definition der Grundgesamtheit vor dem Hintergrund der zu untersuchenden Fragestellung erfolgen. Nachdem diese klar definiert und eingegrenzt wurde, muss bestimmt werden, welche Art der Erhebung stattfinden soll. Hierbei kann man zwischen einer Voll- sowie einer Teilerhebung unterscheiden. Bei einer Teilerhebung muss in einem nächsten Schritt das Auswahlverfahren, also die Art und der Umfang der Stichprobe festgelegt werden.

Der Umfang der Stichprobengröße ist dahingehend bedeutend, dass ein kleiner Umfang zu starken Abweichungen der Merkmalsverteilung gegenüber der Grundgesamtheit führen kann. Je größer der Stichprobenumfang (bis hin zur Vollerhebung), desto genauer lässt sich die Wirklichkeit darstellen und desto unwahrscheinlicher sind Verzerrungseffekte.

Ein weiterer entscheidender Punkt, um eine Stichprobe auf ihre Repräsentativität zu bewerten, ist die Methode der Stichprobenziehung. Je nach Verfahren können Fehlerquellen auftreten, da eine Stichprobenerhebung per Definition keine

² Vgl. Weiß (2013), S. 18f

vollständigen Informationen über die Grundgesamtheit erhält, sondern nur eine Teilmenge abbildet.

Bei einer Zufallsstichprobe können systematische Fehler auftreten, welche sich jedoch mit Vergrößerung des Stichprobenumfangs reduzieren. Von einer Ziehung, die nicht dem Prinzip des Zufalls entspricht, sondern auf einer bewussten Entscheidung basiert, können keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit erfolgen.

Repräsentativität lässt sich statistisch nicht nachweisen, allerdings kann mit deskriptiven Methoden gezeigt werden, ob und inwiefern sich die Stichprobe in wesentlichen Merkmalen von der Grundgesamtheit unterscheidet (z.B. durch das jeweilige Durchschnittsalter oder Häufigkeit in den Altersgruppen/Anteile bestimmter Krankenhausarten, regionale Verteilung).

2.2 Repräsentativität der teilnehmenden Krankenhäuser

Ziel des folgenden Abschnitts ist es, die Schlussfolgerungen des MCK-DGINA-Gutachten bezogen auf deren Repräsentativität und damit deren Anwendbarkeit kritisch zu prüfen.

Zwar wird in dem Gutachten erwähnt, dass die Aussagen nicht repräsentativ sind, eine kritische Analyse der einzelnen Aspekte halten wir gleichwohl für notwendig, um die Aussagekraft des MCK-DGINA-Gutachtens einordnen zu können.

Die Ergebnisse des MCK-DGINA-Gutachten basieren auf zwei verschiedenen Variablen. Zum einen wird die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser verwendet, welche zwischen fünf und 55 liegt. Außerdem wird die Zahl der behandelten Notfälle in diesen Krankenhäusern herangezogen. Für die Überprüfung der Repräsentativität ist die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser relevant, da angenommen werden kann, dass die Kosten stark von der generellen Wirtschaftlichkeit des jeweiligen Krankenhauses abhängig sind. Ziel des MCK-DGINA-Gutachtens war es, Kostendaten der teilnehmenden Krankenhäuser zu erhalten, um damit die Fallkosten der ambulanten Notfallbehandlungen zu kalkulieren.

Insgesamt gibt es in Deutschland circa 1.250 Krankenhäuser, die ambulante Notfallleistungen abrechnen. Eine Teilnehmerzahl von 55 Krankenhäusern stellt demnach lediglich einen Anteil von 4,4% aller relevanten Krankenhäuser dar. Bei

n=5 werden nur 0,4% der Grundgesamtheit betrachtet. Die Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser wird im MCK-DGINA-Gutachten nur im Ansatz beschrieben und lässt keine Rückschlüsse zu, ob es sich hierbei um eine verzerrungsfreie Wiedergabe der Grundgesamtheit handelt. So können zum Beispiel aus drei Bundesländern überhaupt keine Daten verzeichnet werden. Auch über die Art der Krankenhäuser ist nur bekannt, dass zwei Kinderkliniken unter den teilnehmenden Krankenhäusern sind. Zwar wird die Verteilung der Krankenhäuser nach Betten-Größenklassen dargestellt, jedoch ohne darauf einzugehen, ob dies der tatsächlichen Verteilung in der Grundgesamtheit entspricht.

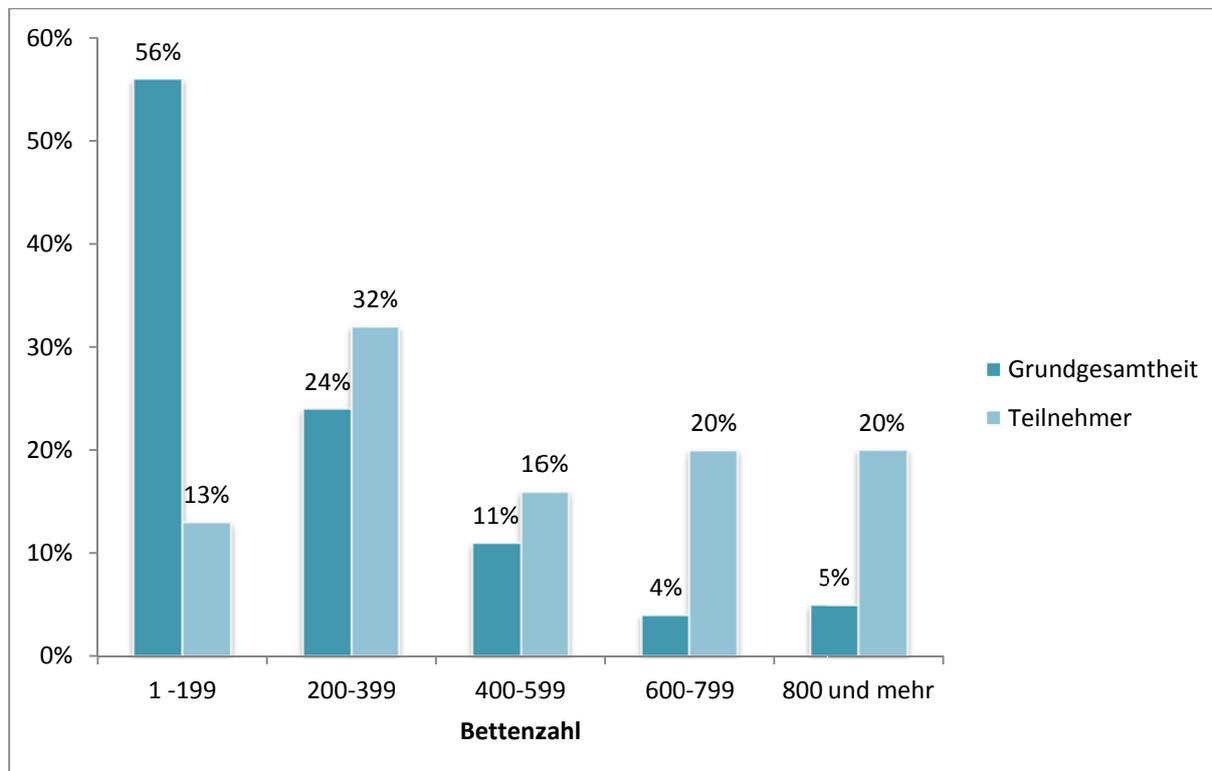
Da die Teilnahme auf freiwilliger Basis stattfindet, kann in diesem Fall nicht von einer Stichprobe die Rede sein – die Auswahl erfolgte weder zufällig noch durch objektive Auswahlkriterien.

Um Aussagen bezüglich der Kostenstrukturen machen zu können, müsste eine geschichtete Stichprobe, die bezüglich des Untersuchungsziels Kostendeckung repräsentativ ist, herangezogen werden. Die „Stichprobe“ des MCK-DGINA-Gutachtens erfüllt keine der in Abschnitt 2.1 genannten grundsätzlichen methodischen Anforderungen. Verzerrungseffekte sind demnach wahrscheinlich. Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit sind damit nicht erlaubt.

2.2.1 Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

Das Problem der fehlenden Repräsentativität wird im Folgenden an einem Beispiel illustriert. Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung aller Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2013 nach Bettenzahl. Zum Vergleich wird die Verteilung der einbezogenen Krankenhäuser danebengestellt. Es zeigt sich, dass Krankenhäuser mit einer Bettenzahl zwischen 1-199 im MCK-DGINA-Gutachten deutlich unterrepräsentiert, während große Krankenhäuser (600 u.m. Betten) überrepräsentiert sind.

Abbildung 1: Vergleich der Krankenhäuser gruppiert nach Bettenzahl

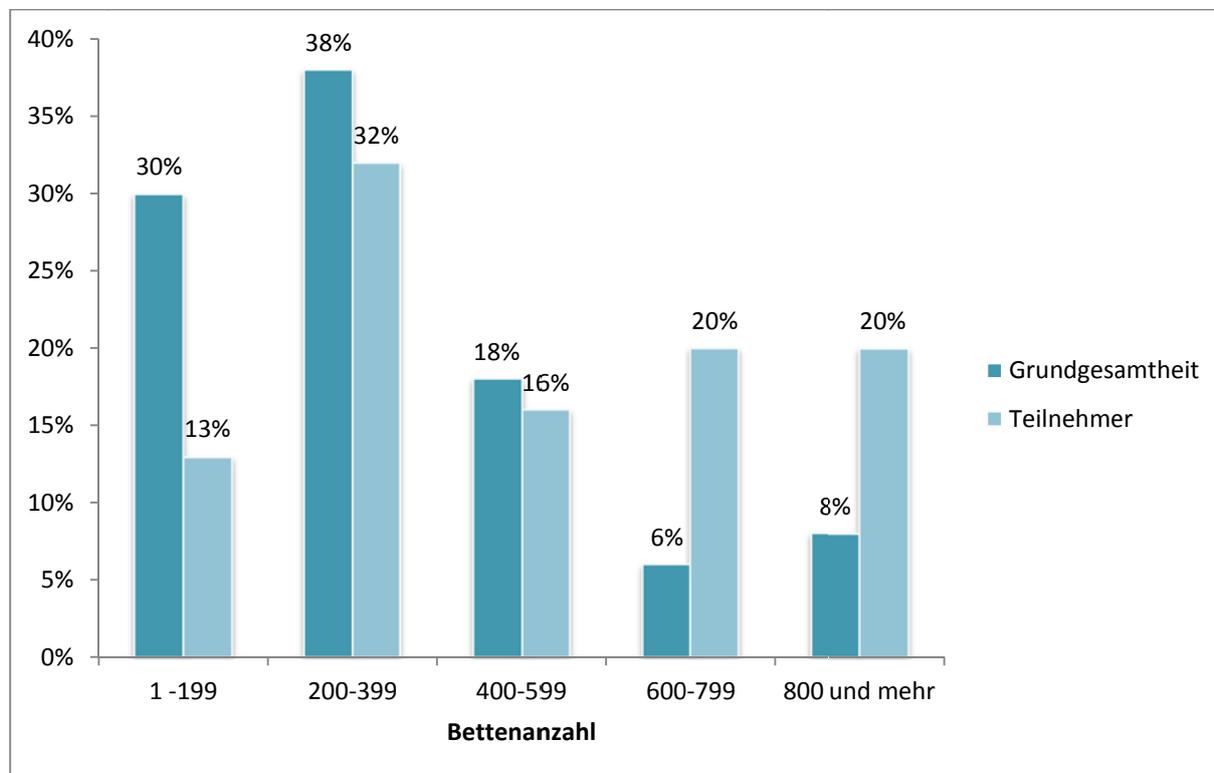


Quelle: Quelle: statistisches Bundesamt - Fachserie 12 (2015), S. 13; MCK-DGINA-Gutachten (2015); eigene Berechnung und Darstellung

Die Abbildung 1 lässt die Unterschiedlichkeit zwischen teilnehmenden und allen Krankenhäusern deutlich erkennen. Die großen Krankenhäuser waren auffällig häufiger bereit, an der Befragung teilzunehmen, als dies ihrem Anteil an der Grundgesamtheit entspricht. Unterstellt man, dass die Größe eines Krankenhauses in einem Zusammenhang mit dessen Kostenwirtschaftlichkeit steht, so sind Verzerrungseffekte zu erwarten.

Allerdings ist anzumerken, dass in der Statistik alle Krankenhäuser, also auch solche ohne Notfallversorgung, enthalten sind. Die absolute Differenz aller Krankenhäuser zu den Krankenhäusern, die über eine ambulante Notfallversorgung verfügen, beträgt circa 750. Doch selbst wenn man davon ausgeht, dass diese 750 Krankenhäuser nur kleine Krankenhäuser sind (1-199 Betten), bleibt noch eine deutliche Unterrepräsentation dieser Klasse. In der Abbildung 2 haben wir auch diesen Sachverhalt grafisch wiedergegeben.

Abbildung 2: Bereinigter Vergleich der Krankenhäuser gruppiert nach Bettenzahl



Quelle: Quelle: statistisches Bundesamt - Fachserie 12 (2015), S. 13; MCK-DGINA-Gutachten (2015); eigene Berechnung und Darstellung

Auch nach der Bereinigung lässt sich erkennen, dass die Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen deutlich von der Verteilung in der Grundgesamtheit abweicht. Ein Rückschluss von den Kosten der teilnehmenden Krankenhäuser auf die Kosten der Grundgesamtheit ist demnach nicht statthaft.

Schlussfolgerungen bezüglich der Fallkostenhöhe, die ausschließlich auf nichtrepräsentativen Daten basiert, sind insgesamt kritisch zu bewerten bzw. abzulehnen.

Um die Schwachstellen der Studie bezüglich der Repräsentativität detaillierter darzustellen, werden im Folgenden einzelne Aussagen des MCK-DGINA-Gutachtens bezüglich ihrer Aussagekraft bewertet.

2.2.2 Strukturen der Notaufnahmen

Im MCK-DGINA-Gutachten wurden die Organisation der Notaufnahmen sowie die personelle Ausstattung mit einem Strukturfragebogen abgefragt. Die Befragungsergebnisse von 39 Krankenhäusern wurden in die Berechnungen einbezogen, was einem Anteil von ca. 3% der Grundgesamtheit entspricht.

Für die Ermittlung des personellen Ressourcenaufwands wurden die Personalminuten als Basis genommen. Die Personalminuten werden in dem MCK-DGINA-Gutachten durchschnittlich pro Notfallpatient angegeben, wobei alle Fallarten eingeschlossen werden (S. 30f.). Das MCK-DGINA-Gutachten errechnet im Median 141 Personalminuten pro Notfallpatient.³ Dabei werden die Personalminuten in einer Art Zuschlagskalkulation den Patienten zugeordnet (Vergleiche hierzu Abschnitt 3). Ausgewertet wurden die Daten von lediglich 29 Krankenhäusern, was einem Anteil von 2,3% aller Krankenhäuser, die ambulante Notfalleleistungen abrechnen, entspricht.

Zwar wird auf eine weitere aktuelle Studie verwiesen, welche zu ähnlichen Ergebnissen kommt und von den gleichen Autoren verfasst wurde, aber auch in dieser werden keine Angaben zur Repräsentativität gemacht. Da nur von 55 beteiligten Notaufnahmen gesprochen wird, ist davon auszugehen, dass ebenfalls keine repräsentative Beteiligung gegeben ist.⁴ Von daher ist es wenig überzeugend, dass für die Plausibilität des MCK-DGINA-Gutachtens ein zweites, sehr ähnliches Gutachten bemüht wird. Vielmehr muss die Plausibilität massiv angezweifelt werden. Laut dem MCK-DGINA-Gutachten entfallen 60 Minuten der insgesamt 141 Minuten pro Patient auf den Arzt und 70 Minuten auf die Pflege. Nach diesem Ergebnis könnte ein Arzt bei einem 12 Stunden Dienst lediglich 6 ambulante Notfallpatienten behandeln, wenn angenommen wird, dass er in der gleichen Zeit auch noch 6 stationäre Notfälle betreut, oder ausschließlich 12 ambulante Notfallpatienten. Es widerspricht aber der Erfahrung, dass pro Stunde nur ein Notfallpatient zu betreuen ist.

³ Vgl. Haas et al. (2015) S. 31

⁴ Vgl. Schöpke, T. et al. (2014)

2.2.3 Leistungsspektrum der klinischen Notfallversorgung

Um das Leistungsspektrum zu beschreiben, wurden Daten zu den Fallarten, Steigerungsraten der Fallzahlen sowie zur Aufnahme- und Notfallquote erhoben. Außerdem wurde die Anzahl ambulanter Notfälle (je Betten-Größenklasse) aufgezeigt. Die Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser liegt bei 34, reduziert sich aber je nach abgefragter Variable auf bis zu 15. Das Ergebnis, dass 42% aller Notfallbehandlungen in den Krankenhausnotaufnahmen nach EBM abgerechnet werden und die Steigerungsrate ambulant abgerechneter Notfälle von 2012 auf 2013 um 9,2% gestiegen ist, ist eher zufällig ein plausibles Ergebnis.

Mit den im MCK-DGINA-Gutachten ausgewerteten Daten von 55 Krankenhäusern errechnen sich im Durchschnitt ca. 11.000 ambulante Notfälle pro Haus und Jahr. Ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und der absoluten Anzahl der ambulanten Notfälle wird nicht festgestellt, was wiederum wenig plausibel ist.⁵

2.2.4 Datenbasis der Fallkostenkalkulation

Im zweiten Teil des MCK-DGINA-Gutachtens werden die Kosten- und die Erlössituation der ambulanten Notfallversorgung beschrieben und analysiert. Anhand der Daten von 55 Krankenhäusern werden durchschnittliche Fallkosten von 126 € pro ambulantem Notfall ermittelt. Die Ergebnisse der Berechnung müssen, vor allem in Bezug auf die Repräsentativität, kritisch gesehen werden. Auch hier gilt, dass ohne Schichtung der Krankenhäuser nach ihrer Wirtschaftlichkeit sowie ihrer Anzahl der Notfälle die Ergebnisse keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben können. Insbesondere die Auslastung des Krankenhauses insgesamt und der Notfallbehandlung im Speziellen spielen bei einer Zuschlagskalkulation der Fallkosten eine ausschlaggebende Rolle. Ohne eine nähere Angabe hierzu ist eine Einordnung der gefundenen Ergebnisse schwer bzw. nicht möglich.

⁵ Haas et al. (2015), S. 35f.

2.2.5 Datenbasis weitere Kostenanalysen

Die Kosten werden im weiteren Verlauf des MCK-DGINA-Gutachtens unter anderem nach Dringlichkeit, Zuweisungsart, Transportart sowie Fachrichtung aufgeschlüsselt. Da lediglich fünf Krankenhäuser fallbezogene Daten zur Dringlichkeitskategorie liefern, sind die Aussagen hierzu, wie es auch im MCK-DGINA-Gutachten erwähnt wird, nicht aussagekräftig und werden auch hier nicht weiter diskutiert.

Acht Krankenhäuser stellten Daten bezüglich der Kosten und Erlöse nach Zuweisungsart zur Verfügung. Dies entspricht einem Anteil von gerade einmal 0,6% aller Krankenhäuser mit ambulanter Notfallversorgung. Verlässliche Aussagen für die Grundgesamtheit sind mit diesen Daten ebenfalls nicht zu treffen.

Dieselbe Problematik ist auch bei den Daten zur Bewertung der Kosten und Erlöse nach Transportart anzutreffen. Hier werden Daten von lediglich sechs Krankenhäusern ausgewertet. Die Anzahl der Krankenhäuser, die Daten bezüglich Kosten und Erlöse nach Fachrichtung lieferten, ist mit $n=18$ zwar etwas höher, allgemeine Schlüsse können jedoch auch hier nicht gezogen werden.

Da die Datenbasis bezüglich Transport, Zuweisungsart, Dringlichkeit und Fachrichtung jeweils sehr niedrig ausfällt, sind die gefundenen Ergebnisse allenfalls als Fallbeispiele zu bewerten, haben aber keine Relevanz für die Kalkulation der Fallkostenhöhe.

2.2.6 Erwartete Verzerrungseffekte durch das Teilnahmeverfahren

Das Teilnahmeverfahren lässt verschiedene Verzerrungen erwarten, die bei der Bewertung der Ergebnisse einbezogen werden müssen. Vor allem ist es die freiwillige Teilnahme, die verzerrende Effekte auf die Ergebnisse auslösen dürfte.

So ist es wahrscheinlich, dass Krankenhäuser, die stärker von ambulanter Notfallversorgung betroffen sind, einen höheren Anreiz haben, an der Studie teilzunehmen. Die Betroffenheit kann einerseits durch wirtschaftliche Defizite und andererseits durch eine hohe Anzahl an ambulanten Notfallpatienten ausgelöst werden. Es ist anzunehmen, dass Krankenhäuser mit relativ hohen Kosten (aufgrund spezifischer Strukturen/Prozesse) und daraus folgend hohen Defiziten eher an einer Teilnahme interessiert sind und somit eher kostenintensive und unwirtschaftliche Krankenhäuser teilgenommen haben. Die Folge davon sind überhöhte kalkulierte Fallkosten und daraus abgeleitet überhöhte Vergütungsforderungen.

Krankenhäuser, die wirtschaftlich arbeiten und aus diesem Grund geringere Fallkosten haben, spüren einen geringeren Anreiz, an der Studie teilzunehmen. Durch deren Nichtteilnahme erfolgt keine Korrektur der überhöhten Kosten der defizitären Häuser.

2.2.7 Zwischenfazit

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Untersuchung nicht den Anforderungen einer repräsentativen Studie genügt. Kritisch sind:

- die Methode der Ziehung,
- das Fehlen einer Schichtung nach Wirtschaftlichkeit und
- die geringe Teilnehmerzahl

zu sehen.

Insgesamt müssen die Ergebnisse des MCK-DGINA-Gutachtens demnach eher als Fallbeispiele eingeordnet werden. Zuverlässige Schlussfolgerungen zu den Fallkosten ambulanter Notfälle können auf dieser Datenlage jedoch nicht getroffen werden.

3 Validität der Ergebnisse: Systemische Unterschiede zwischen DRG- und EBM-Kalkulation

Zunächst werden die systemischen Unterschiede zwischen DRG- und EBM-Kalkulation dargelegt, da das MCK-DGINA-Gutachten an die DRG-Kalkulationssystematik angelehnt ist. „Die Kalkulation der Fallkosten der ambulanten Fälle erfolgte analog zur Methodik des InEK.“⁶ Die Vergütung von ambulanten Leistungen der Notfallversorgung erfolgt allerdings nicht über stationäre Fallpauschalen (DRG), sondern mittels des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Als eine Gebührenordnung für den ambulanten Versorgungsbereich unterliegt der EBM anderen Rahmenbedingungen und einer anderen Kalkulationssystematik als die DRGs im stationären Versorgungsbereich. Deshalb werden im Folgenden die Kalkulationssystematiken der beiden unterschiedlichen Gebührenordnungen einander gegenübergestellt und daraus auf die Kalkulationsergebnisse des MCK-DGINA-Gutachtens Schlüsse gezogen.

3.1 DRG-Kalkulationssystematik

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist für die jährliche Überarbeitung des Kataloges, was die Leistungen und Kosten der abrechenbaren DRGs betrifft, zuständig. Hierfür werden bislang nur die Leistungs- und Kostendaten von freiwillig an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern herangezogen. Es wird für die einzelnen DRGs jeweils eine Bewertungsrelation kalkuliert, d.h. ein Relativgewicht, das die Kostenunterschiede der verschiedenen DRGs untereinander widerspiegelt. Daher ist das DRG-System in erster Linie eine ökonomische und nur bedingt eine medizinische Klassifikation.

Die Kalkulation der Bewertungsrelationen durch das InEK erfolgt mittels einer Kostenträgerrechnung, wobei der „Behandlungsfall“ als Kostenträger fungiert. Hierbei folgt die Kostenzurechnung einem Vollkostenansatz auf Basis der Istkosten – allerdings ohne die Berücksichtigung von Investitionskosten. Es werden alle

⁶ Haas et al. (2015), S. 20.

Behandlungsfälle, Leistungen und Kosten des teilnehmenden Krankenhauses einbezogen, die nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen unter den Vergütungsrahmen des DRG-Systems fallen. Leistungs- und Kostenanteile, die nicht vom DRG-System erfasst werden (z. B. Konsiliarleistungen für Dritte), müssen aus der Kalkulationsbasis ausgegliedert werden. Als Bezugszeitraum der Kalkulation dient stets ein abgeschlossenes Kalenderjahr (Datenjahr).

Grundsätzlich kann eine Kostenträgerrechnung als Divisionskalkulation oder als Zuschlagskalkulation erfolgen, um die Stückkosten – in diesem Fall die Kosten je DRG – zu ermitteln. Bei der Divisionskalkulation werden die Gesamtkosten einer Periode durch die Zahl der Leistungseinheiten der betreffenden Periode dividiert. Bei konstanten Fixkosten bedeutet dies, dass die Durchschnittskosten mit einer steigenden Ausbringungsmenge fallen. Die Divisionskalkulation findet in der Regel Anwendung, wenn nur eine Kostenträgerart, d. h. nur ein Produkt erzeugt bzw. eine Dienstleistung erbracht wird. Wenn ähnliche Produkte bzw. Dienstleistungen erstellt werden, kann als eine Sonderform der Divisionskalkulation die Äquivalenzziffernkalkulation zum Einsatz kommen. Werden allerdings unterschiedliche Produkte bzw. Dienstleistungen erbracht – wie es im Krankenhaus mit den DRGs der Fall ist –, kommt die Zuschlagskalkulation zum Einsatz.

Im Rahmen der Zuschlagskalkulation wird bei der Kostenzurechnung auf den einzelnen Kostenträger zwischen Einzelkosten und Gemeinkosten unterschieden. Einzelkosten sind für teure Sachgüter entsprechend dem für den einzelnen Kostenträger dokumentierten Verbrauch, bewertet mit Anschaffungspreisen, zuzurechnen. Die Gemeinkostenzurechnung erfolgt über Bezugsgrößen, die für definierte Leistungsbereiche nach Kostenarten differenziert vorgegeben sind.⁷ Es sind also Zuschlagssätze notwendig, welche die Beanspruchung der Gemeinkosten durch den Kostenträger beziehungsweise Patienten wiedergeben. „Für die Gemeinkostenzuordnung wird auf Basis der kostenstellenbezogenen Leistungs- und Kosteninformationen der Kalkulationssatz je Patient ermittelt.“⁸ Bei der Verteilung der fixen Gemeinkosten auf die einzelnen Kostenträger gilt analog zur

⁷ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007), S. 2f.

⁸ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007), S. 126.

Divisionskalkulation, dass die Durchschnittskosten mit einer steigenden Patientenzahl fallen. Umgekehrt bedeutet dies, dass eine geringe Patientenzahl zu relativ hohen Durchschnittskosten führt.

Den Ausgangspunkt der InEK-Kalkulation bilden die differenzierten Aufwandsarten aus der Finanzbuchhaltung, die durch die Kostenstellenrechnung je Kostenstelle ausgewiesen werden. Anhand der zwischen den Kostenstellen bestehenden Leistungsverflechtungen werden im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung die Kosten der „indirekten“ Kostenstellen (erbringen keine Leistungen am Patienten) auf die „direkten“ Kostenstellen (Leistungserbringung unmittelbar für Patienten) verteilt. Für dieses Verfahren gibt das Kalkulationsschema einheitlich anzuwendende Verrechnungsschlüssel vor, die eine verursachungsgerechte Kostenverrechnung zwischen den Kostenstellen ermöglichen sollen. Im Rahmen der Kostenträgerrechnung werden die Kosten (z. B. Personalkosten) der direkten Kostenstellen (z. B. Normalstation) den Patienten zugeordnet, die Leistungen dieser Kostenstellen in Anspruch genommen haben. Das Kalkulationsergebnis je Behandlungsfall wird in einer einheitlichen modularen Struktur aufbereitet.⁹

In der folgenden Abbildung wird exemplarisch anhand der DRG F62B (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose) das Ergebnis der Kalkulation (in Euro) aus dem DRG-Report-Browser des Jahres 2014 differenziert nach Kostenarten und Kostenstellen in der Matrixstruktur dargestellt.

⁹ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007), S. 2f.

Abbildung 3: InEK-Kostenkalkulation der DRG F62B (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose)

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:				Pers. - u. Sachkosten:		Summe	
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med./techn. Dienst	Arzneimittel		Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf		med. Infrastruktur		nicht med. Infrastruktur
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7		8
► 01. Normalstation	335,8	636,2	24,6	54,5	3,0	0,0	51,1	3,9	161,0	534,9	1.804,9
02. Intensivstation	28,1	57,4	0,7	5,8	0,6	0,0	8,4	0,2	10,6	27,9	139,5
04. OP-Bereich	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,3	1,4
05. Anästhesie	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,8
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	3,4	0,0	2,3	0,2	0,0	0,1	1,2	1,9	1,1	1,9	12,1
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	7,8	0,0	7,6	0,3	0,0	0,0	3,1	0,5	3,6	5,2	28,0
09. Radiologie	19,7	0,0	24,1	0,3	0,1	0,0	4,7	15,8	9,4	14,9	89,0
10. Laboratorien	5,9	0,0	44,0	1,7	5,7	0,0	32,9	24,0	5,3	17,0	136,5
11. Übrige diagnostische und therapeutische Leistungen	67,3	3,2	88,7	1,9	0,1	0,0	9,9	2,4	14,3	44,8	232,5
Summe:	468,7	696,8	192,4	64,6	9,4	0,1	111,5	48,8	205,5	646,9	2.444,7

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013).

Gemäß dieser Vorgehensweise kann jeder kalkulierten DRG individuell eine Bewertungsrelation zugewiesen werden, so dass diese als Abrechnungseinheiten sowie indirekt auch zur Verteilung der Investitionszuschläge fungieren können. Entsprechend könnten grundsätzlich auch Leistungen der Notfallversorgung kalkuliert werden, wie es auch im MCK-DGINA-Gutachten versucht wird, allerdings unterliegt die Kalkulation stets den Rahmenbedingungen der stationären Patientenversorgung. Zudem liegen keine, vom InEK erhobenen, entsprechenden Daten vor und die im MCK-DGINA-Gutachten vorgenommene Zuordnung erfolgt nicht transparent.

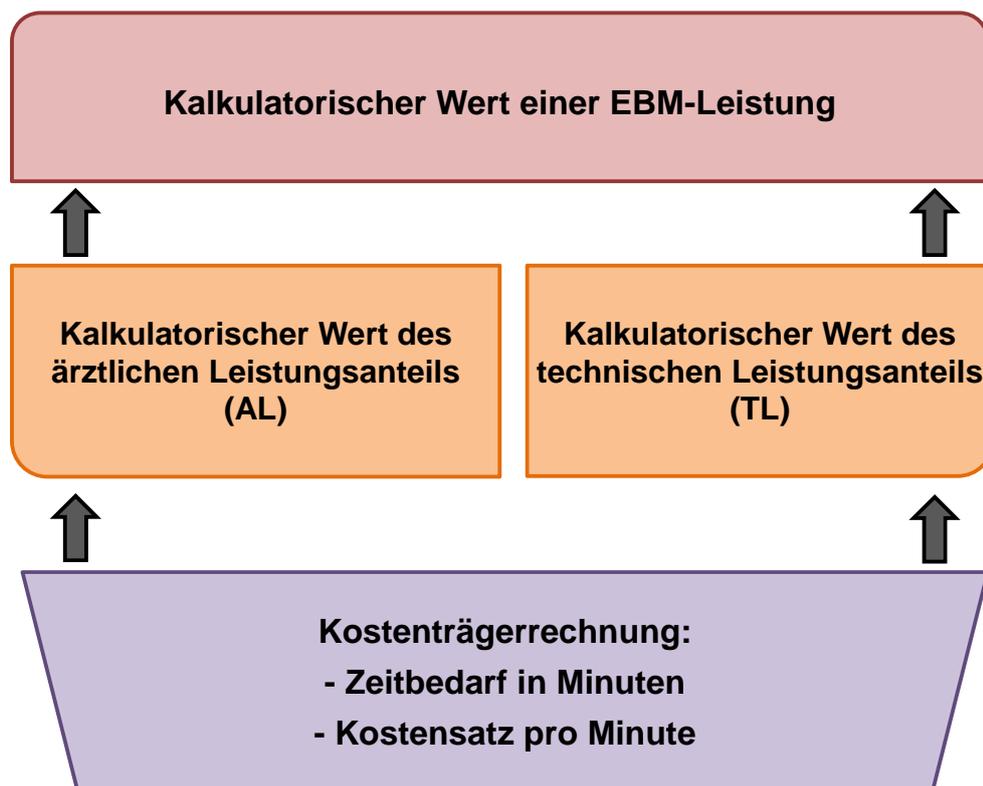
3.2 EBM-Kalkulationssystematik

Der EBM beinhaltet die abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen und drückt deren wertmäßiges relatives Gefüge in Punkten aus. Um dieses wertmäßige Verhältnis der einzelnen Leistungen zueinander objektiv abbilden zu können, wurde eine kostenorientierte Kalkulation durchgeführt. Hierbei haben sowohl empirische Datengrundlagen als auch normative Kalkulationsannahmen Verwendung gefunden. Zwei wesentliche Pfeiler des EBM sind das Standardbewertungssystem (STABS) und das Tarifgeberprinzip, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Das Standardbewertungssystem des EBM beruht auf einer Vollkostenkalkulation, wobei die Bewertung einer jeden Einzelleistung im EBM sich aus der Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils (AL) und des technischen Leistungsanteils (TL) zusammensetzt. Die Bewertung folgt dabei dem Prinzip des Zeitbedarfs in Minuten multipliziert mit einem Kostensatz je Minute. Anhand einer Kostenträgerrechnung werden unter der Festlegung von bestimmten Annahmen die Kosten für die einzelnen Leistungen ermittelt.

In der folgenden Abbildung wird das Kalkulationsprinzip zur Ermittlung des Wertes der einzelnen EBM-Leistungen (Gebührenpositionen) auf Basis einer Kostenträgerrechnung veranschaulicht.

Abbildung 4: Betriebswirtschaftliche Kalkulation im Rahmen des EBM



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Köhler, Hess (2007), S. 2.

Für die Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils wird im STABS ein kalkulatorisches Arztgehalt herangezogen, welches angelehnt an das Gehalt von angestellten Oberärzten im Krankenhaus ist. Der im EBM konsentrierte kalkulatorische Arztlohn beträgt seit dem Jahr 2008 105.571,80 € (pro Jahr). Die Brutto-Jahresarbeitszeit eines niedergelassenen Vertragsarztes liegt gemäß der

EBM-Kalkulation bei 140.148 Minuten, was einer Wochenarbeitszeit von ca. 51 Stunden entspricht.

Um den technischen Leistungsanteil zu berechnen, werden im Rahmen des STABS die in der folgenden Tabelle dargestellten pagatorischen und kalkulatorischen Kosten berücksichtigt.

Tabelle 1: Kostenarten zur Ermittlung des technischen Leistungsanteils

Personalkosten
Miete für Praxisräume
Miete für Geräte / Leasing
Energiekosten
Versicherungskosten
Fremdkapitalzinsen
Fortbildungskosten
Kosten für GWG
Abschreibungen
Sonstige Kosten
Kosten für Praxisbedarf
Kalkulatorischer Eigenkapitalzins

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Köhler, Hess (2007), S. 12.

Das Tarifgeberprinzip sieht vor, dass im EBM gleiche Leistungen gleich bewertet sein sollen. Hierzu werden für die Leistungskalkulation sogenannte Tarifgeber definiert. Als Tarifgeber einer Leistung gilt jeweils die leistungsprägende Gruppe, das heißt in der Regel die Arztgruppe, die diese Leistung am häufigsten und damit mit niedrigeren Kosten, erbringt. Beispielsweise sind Radiologen Tarifgeber u. a. bei den Kostenstellen „CT“ und „MRT“. Dies hat zur Folge, dass bei der Leitungskalkulation für die anderen Arztgruppen die Kosten und die Auslastung des Tarifgebers

Anwendung finden. Dies kann letztlich zu einer Konzentration der Leistung und Reduktion der Ausgaben führen.

3.3 Schlussfolgerung für die Kalkulationsergebnisse des MCK-DGINA-Gutachtens

Es zeigt sich, dass zwar sowohl die DRG- als auch die EBM-Kalkulation auf Kostenträgerrechnungen beruhen, allerdings sind die zugrunde gelegten Daten und die Durchführung der Kalkulation deutlich unterschiedlich. Es werden unterschiedliche Kostenarten einbezogen und vor allem erfolgt die Kostenzurechnung auf unterschiedliche Weise. Im EBM ist eine direkte Zurechnung der Kosten zu den einzelnen Leistungen mittels eines Kostensatzes pro Minute und des jeweiligen Zeitbedarfs der Leistung möglich, wohingegen bei der DRG-Kalkulation häufig eine indirekte Kostenzurechnung notwendig wird.

Bei der indirekten Kostenzurechnung im Rahmen der DRG-Kalkulation erfolgt, wie oben dargestellt, eine innerbetriebliche Leistungsverrechnung der Kosten. Für dieses Verfahren werden Verrechnungsschlüssel benötigt, die eine verursachungsgerechte Kostenverrechnung entsprechend der Inanspruchnahme von Ressourcen ermöglichen sollen. Inwieweit die Kostenzurechnung damit tatsächlich verursachungsgerecht erfolgt, hängt sehr stark von den Verrechnungsschlüsseln ab.

Wie bereits erläutert wurde, hängt bei der DRG-Kalkulation der für die Gemeinkostenzuordnung notwendige Kalkulationssatz von der Anzahl der erbrachten Leistungen ab. Für die Gemeinkosten „Personalkosten ärztlicher Dienst“ beispielsweise bedeutet dies, dass die durchschnittlichen Kosten fallen, wenn ein Arzt mehr Patienten behandelt und damit mehr Leistungen erbringt. Auf der anderen Seite können hohe Kosten je Leistung entstehen, wenn nur wenige Patienten behandelt und damit wenige Leistungen erbracht wurden. Somit ist letztlich nicht wie bei der EBM-Kalkulation der kalkulierte Zeitbedarf für die Höhe der Kosten relevant, sondern die (vorgehaltene) Arbeitszeit in Relation zu den erbrachten Leistungen. Dies führt z.B. dazu, dass eine große Personalvorhaltung zu überdurchschnittlich hohen Kosten je Leistung führt, wenn das Personal nicht entsprechend ausgelastet wird.

Im MCK-DGINA-Gutachten werden im Durchschnitt rund 11.000 ambulante Notfälle im Jahr pro Krankenhaus angegeben, was ca. 30 Notaufnahmen pro Tag entspricht.¹⁰ Rechnet man diese hoch auf die Arztminuten pro Fall, wie sie in dem Gutachten festgestellt wurden, nämlich 60 Minuten, würden man 30 Arztstunden pro Tag in einem Krankenhaus für ambulante Notfälle vorhalten. Diese Zahl scheint, vor allem für kleine Krankenhäuser, sehr hoch und ist ein weiterer Hinweis darauf, dass die Arztminuten im MCK-DGINA-Gutachten die Vorhaltezeiten einbeziehen und nicht die Arztminuten am Patienten wiedergeben (vgl. auch Abschnitt 4.3). Letzteres ist aber die Kalkulationsmethodik des EBM. Unterstellen wir 20 Minuten Arztzeit am Patienten nach EBM-Kalkulation, dann wäre das Krankenhaus mit 60 Arztminuten pro Patient bei sonst gleichen Kostenstrukturen dreimal so teuer. Es liegt auf der Hand, dass dies nicht die Grundlage der Kalkulation für die ambulante Notfallpauschale sein kann.

Eine hohe Personalvorhaltung bzw. eine geringe Kapazitätsauslastung bedeutet hohe durchschnittliche Kosten je erbrachter Behandlungseinheit. Bei Anwendung der InEK-Kalkulation auf den Bereich der ambulanten Notfallversorgung muss dies zwingend berücksichtigt werden. Vor allem ist dies relevant, da ungefähr zwei Drittel der Krankenhauskosten aus Personalkosten bestehen. Letztlich wird die Höhe der kalkulierten Leistungskosten damit entscheidend von der Anzahl der behandelten Patienten im Kalkulationszeitraum in Relation zum eingesetzten Personal determiniert. Insofern kann die kalkulierte Kostenhöhe relativ einfach durch den der ambulanten Notfallversorgung zugeordneten Personaleinsatz beeinflusst werden.

Die Personalkosten stellen (sprung-) fixe Kosten dar, die auf die einzelnen Kostenstellen zugeordnet werden müssen. Es entstehen erst zusätzliche (sprungfixe) Personalkosten, wenn die Patienten mit dem vorhandenen Personal nicht adäquat versorgt werden können und zusätzliches Personal bereitgestellt werden muss. Wenn allerdings zusätzliche Patienten mit dem vorhandenen Personal versorgt werden, kommt es zu keinem Anstieg der Personalkosten, sondern zu einer Senkung der durchschnittlichen Personalkosten je erbrachter Leistung. Je nachdem wie die

¹⁰ Vgl. Haas et al. (2015), S. 36.

Personalsituation und Auslastung in einem Krankenhaus ist, wirkt sich das dann auch auf die kalkulatorischen Kosten für die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung aus. Für ein ganzes Krankenhaus gilt die Faustregel, dass erst ab einer Kapazitätsauslastung von 80% der Punkt der Kostendeckung erreicht wird. Dies dürfte ähnlich auch für die ambulante Notfallversorgung eines Krankenhauses gelten.

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass angestellte Ärzte im Krankenhaus und selbständig tätige Ärzte in der Niederlassung nicht ohne weiteres verglichen werden können, wenn es um die Kalkulation der Kosten geht. So kann es zu Effizienzunterschieden vor allem unter Berücksichtigung der Anzahl der behandelten Patienten kommen. In der vertragsärztlichen Versorgung wurde der Kalkulationspunktwert erst in der vollen Höhe gezahlt, als es im Jahr 2013 zu einer ausgabenneutralen Anhebung des Orientierungswertes kam, allerdings erfolgte mit dieser Maßnahme keine Änderung der Auszahlungsquote. Zuvor war der Orientierungswert stets niedriger als der kalkulierte Punktwert des EBM. Deshalb mussten und müssen weiterhin letztlich mehr Patienten behandelt werden, um das kalkulierte Einkommen in der Höhe eines angestellten Oberarztes erzielen zu können. Um dies zu erreichen, musste die Arbeitszeit des Arztes ausgedehnt und/oder die Leistungen mussten in einer kürzeren Zeit erbracht werden. Im Krankenhaus haben die angestellten Ärzte diese Restriktion nicht, d. h. sie erhalten ihr Gehalt ohne die Vorgabe der Behandlung einer Mindestanzahl von Patienten und tragen auch kein unternehmerisches Risiko. Deshalb ist davon auszugehen, dass selbständig tätige Ärzte in ihrer Arbeitszeit mehr Patienten behandeln als angestellte Krankenhausärzte und somit letztlich geringere Durchschnittskosten aufweisen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, warum die Kalkulation im Krankenhaus zu höheren Kosten als in der Niederlassung führt, liegt im Bereich der Kosten für das Pflegepersonal. Da die Pflegekräfte im Krankenhaus oftmals einen größeren Tätigkeitsbereich haben als Medizinische Fachangestellte in einer niedergelassenen Arztpraxis, sind auch die zu zahlenden Gehälter und damit die Kosten für das Pflegepersonal im Krankenhaus im Durchschnitt höher. Dies wird deutlich, wenn man die Tarifverträge von Pflegekräften im Krankenhaus (z. B. TVöD-K der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände) und den Tarifvertrag für Medizinische

Fachangestellte in niedergelassenen Arztpraxen gegenüberstellt, wie in den beiden folgenden Abbildungen.

Abbildung 5: Entgelte für Pflegekräfte nach TVöD-K gültig ab 1. März 2016 (monatlich in Euro)

Entgeltgruppe	Grundentgelt		Entwicklungsstufen			
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
15	4.280,05	4.748,72	4.923,20	5.546,38	6.020,00	6.331,60 ¹⁾
14	3.876,23	4.299,99	4.549,26	4.923,20	5.496,55	5.808,12
13	3.573,37	3.963,48	4.175,38	4.586,64	5.159,99	5.396,82
12	3.204,27	3.552,17	4.050,72	4.486,96	5.047,84	5.297,11
11	3.095,36	3.427,56	3.676,82	4.050,72	4.592,90	4.842,18
10	2.986,43	3.302,89	3.552,17	3.801,47	4.275,08	4.387,25
9 ²⁾	2.648,85	2.925,94	3.071,16	3.464,92	3.776,53	4.025,78
8	2.485,48	2.744,42	2.865,46	2.974,36	3.095,36	3.171,59 ³⁾
7	2.333,03 ⁴⁾	2.575,02	2.732,33	2.853,36	2.944,10	3.028,81
6	2.289,44	2.526,62	2.647,62	2.762,59	2.841,25	2.919,91 ⁵⁾
5	2.197,47	2.423,78	2.538,73	2.653,69	2.738,39	2.798,90
4	2.093,40 ⁶⁾	2.308,81	2.454,02	2.538,73	2.623,44	2.673,03
3	2.060,76	2.272,49	2.333,03	2.429,82	2.502,44	2.568,98
2	1.908,26	2.103,09	2.163,60	2.224,12	2.357,19	2.496,38
1	-	1.711,04	1.740,08	1.776,39	1.810,25	1.897,38

[nicht besetzt]

Für Beschäftigte im Pflegedienst:

2)	E 9b	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
		3.174,02	3.365,23	3.602,03	3.826,37

3) 3.220,01

4) 2.393,52

5) 2.986,43

6) 2.153,91

Quelle: Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (2016), S. 55.

Abbildung 6: Tarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen: Gehaltstabelle für Vollzeitbeschäftigte (monatlich in Euro; gültig ab: 01.04.2016)

Berufsjahr	Tätigkeitsgruppe I (Euro)	Tätigkeitsgruppe II (Euro)	Tätigkeitsgruppe III (Euro)	Tätigkeitsgruppe IV (Euro)	Tätigkeitsgruppe V (Euro)	Tätigkeitsgruppe VI (Euro)
1. Stufe: 1. – 4.	1.725,22	1.854,61	1.940,87	2.070,26	2.242,78	2.587,83
2. Stufe: 5. – 8.	1.873,33	2.013,83	2.107,50	2.248,00	2.435,33	2.810,00
3. Stufe: 9. – 12.	1.992,49	2.141,92	2.241,55	2.390,98	2.590,23	2.988,73
4. Stufe: 13. – 16.	2.048,75	2.202,41	2.304,84	2.458,50	2.663,37	3.073,12
5. Stufe: ab dem 17.	2.266,57	2.436,57	2.549,89	2.719,89	2.946,54	3.399,86

Quelle: Deutsches Ärzteblatt (2016), S. A892.

Es zeigt sich, dass die Gehälter jeweils davon abhängen, in welcher Stufe und in welche Entgelt-/Tätigkeitsgruppe eine Pflegekraft eingruppiert wird. Insgesamt gibt es im Tarifvertrag für Krankenhausangestellte mehr Eingruppierungsmöglichkeiten. Zudem liegen die Verdienstmöglichkeiten gemäß Tarifvertrag im Krankenhaus spürbar höher als in einer niedergelassenen Arztpraxis. Da die Personalkosten für den Pflegedienst neben den Personalkosten für den ärztlichen Dienst die – bezogen auf die Summe – wichtigste Kostenart im Krankenhaus darstellen, kommen die höheren Pflegekosten verhältnismäßig stark zum Tragen und erhöhen so den kalkulatorischen Kostenwert für die ambulanten Notfallversorgungsleistungen im Krankenhaus.

3.4 Zwischenfazit

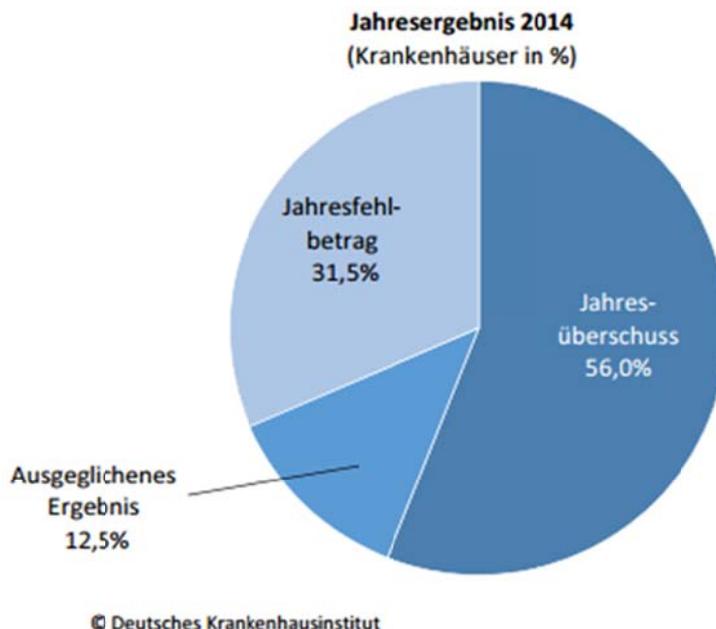
Generell kann nach der Gegenüberstellung der beiden Kalkulationssystematiken von DRG und EBM festgehalten werden, dass die DRG-Kostenkalkulation nicht ohne wesentliche Abstriche auf die EBM-Kalkulation übertragen werden kann. Es ist davon auszugehen, dass aus den genannten Gründen die Anwendung der DRG-Kalkulationssystematik auf ambulante Notfallversorgungsleistungen dazu führt, dass die Kosten gegenüber den im EBM kalkulierten Kosten deutlich überschätzt werden.

4 Fehlschlüsse von den Kosten auf die Vergütungshöhe

4.1 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

Wie bereits im Abschnitt 2 „Repräsentativität“ erläutert, ist eine Differenzierung der teilnehmenden Krankenhäuser nach deren Wirtschaftlichkeit notwendig, um eine valide Fallkostenkalkulation durchzuführen. Es gilt, dass etwa 32% der Krankenhäuser im Jahr 2014 Defizite erwirtschafteten und 56% Überschüsse erzielten; ca. 13% erreichten ein ausgeglichenes Resultat (vgl. Abb. 7). Es liegt auf der Hand, dass je nachdem welche Krankenhäuser in der Befragung stärker vertreten sind, auch das Ergebnis entsprechend schief ausfällt. Man kann davon ausgehen, dass auch die Notfallversorgung der allgemeinen Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses folgt. Zumindest gilt, dass erfolgreiche Krankenhäuser in der Notfallversorgung keine oder geringere Defizite erwirtschaften als generell defizitäre Kliniken.

Abbildung 7: Jahresergebnisse der Krankenhäuser 2014



Quelle: Blum et al. (2015), S. 84.

Diese für das Ergebnis wichtige Schichtung der Auswahl ist nicht gegeben, jedoch lassen die Ergebnisse des MCK-DGINA-Gutachtens darauf schließen, dass defizitäre Krankenhäuser, also solche mit höheren Fallkosten, in der Studie überrepräsentiert sind. Diese Annahme wird im Folgenden durch Beispiele gestützt.

4.2 Vergleich der Wirtschaftlichkeit der ambulanten Notfallversorgung durch das Krankenhaus und durch Vertragsärzte

4.2.1 Das Beispiel „Rückenschmerzen“

Aus den bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten für das Jahr 2015 kann man ablesen, dass bei ambulanten Notfallpatienten im Krankenhaus mit der Diagnose „M54.4 Lumboischialgie“ bei 39% bildgebende Diagnostik angewendet wurde. Im ärztlichen Bereitschaftsdienst hingegen wurden nur in 6% der Notfälle radiologische Leistungen erbracht. Im MCK-DGINA-Gutachten liegt der Anteil der Diagnose „M54 Rückenschmerz“ mit Leistungen in den Bereichen Labor oder Bildgebung sogar bei 51% und damit noch deutlich höher.

Diese Zahlen zeigen, dass im Krankenhaus personal- und sachaufwendiger behandelt wird, obwohl davon ausgegangen werden kann, dass sich die Fälle hinsichtlich des Schweregrades nicht unterscheiden. Hier stellt sich die Frage, ob in den Krankenhäusern generell eine Überversorgung stattfindet. Ein betriebswirtschaftlicher Grund hierfür könnte sein, dass durch die höhere Auslastung der vorgehaltenen Diagnostik Deckungsbeiträge für die Fixkosten angestrebt werden.

4.2.2 Das Beispiel „Oberflächliche Verletzung des Kopfes“

Die Anwendungshäufigkeit von bildgebenden Verfahren im ärztlichen Bereitschaftsdienst lag für die Diagnose „S00 Oberflächliche Verletzungen des Kopfes“ im Jahr 2015 bei 23%. Im MCK-DGINA-Gutachten wird ein durchschnittlicher Diagnostikanteil im Krankenhaus bei ambulanten Notfällen von 43%¹¹ angegeben und liegt damit fast doppelt so hoch wie im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Da man davon ausgehen kann, dass schwere Notfälle stationär behandelt werden und sich die ambulanten Fälle im Krankenhaus und im ärztlichen Bereitschaftsdienst somit im Schweregrad nur wenig unterscheiden dürften, ist zu vermuten, dass im Krankenhaus eine Überversorgung stattfindet. Diese wiederum kann betriebswirtschaftlich zu einer höheren Auslastung der gegebenen Kapazitäten und damit zu einer Senkung der durchschnittlichen Fixkosten des Krankenhauses führen.

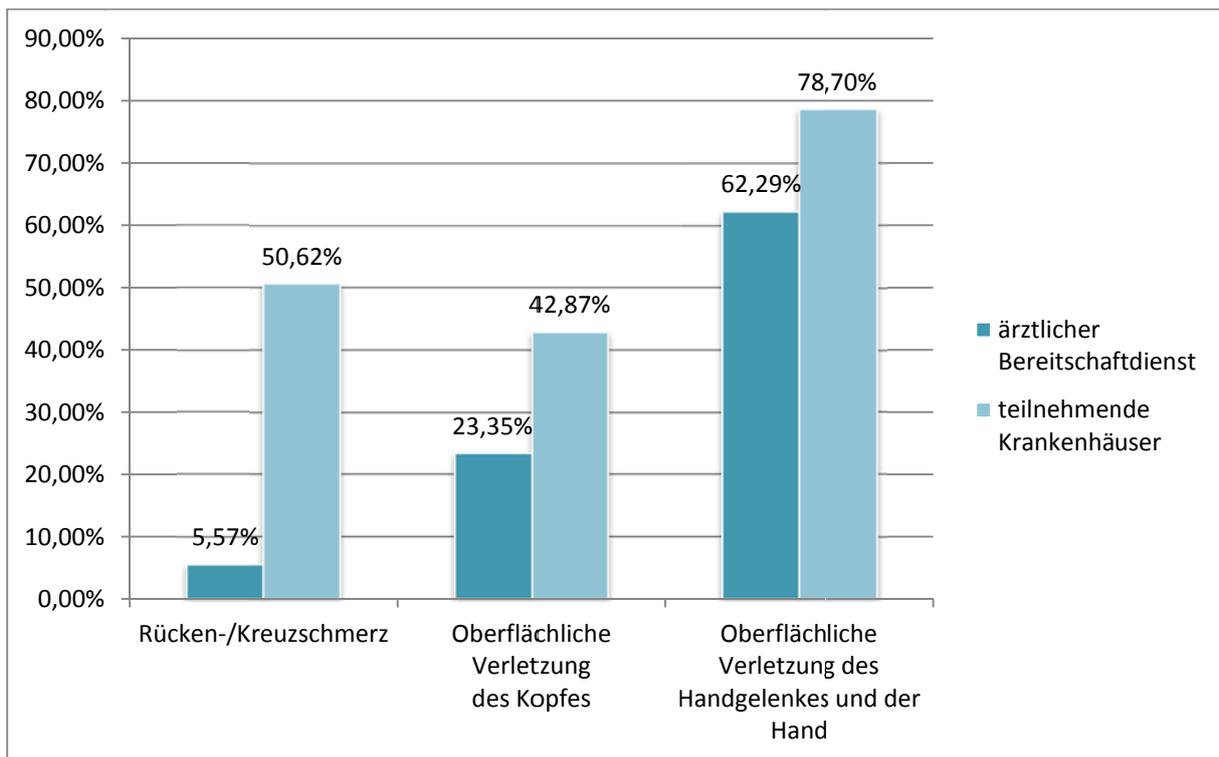
¹¹ Vgl. Haas et al. (2015), S. 70.

4.2.3 Das Beispiel „Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand“

Auch bei der Diagnose „S60 Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand“ liegt der Anteil der Fälle mit Diagnostik in der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus weit über dem des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Der durchschnittliche Diagnostikanteil im Krankenhaus bei ambulanten Notfällen liegt laut MCK-DGINA-Gutachten bei 79%¹², während im ärztlichen Bereitschaftsdienst lediglich in 62% der Fälle diagnostische Leistungen erbracht werden.

Abbildung 8: Vergleich des Einsatzes von bildgebenden Verfahren bei ambulanten Notfallpatienten



Quelle: Auswertung auf Basis der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2015, MCK-DGINA-Gutachten, eigene Darstellung.

¹² Vgl. Haas et al. (2015), S. 70.

4.2.4 Unwirtschaftlichkeit der Notfallversorgung im Krankenhaus

Insgesamt zeigt sich, dass der durchschnittliche Diagnostikanteil bei Leistungen der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus weit über dem Anteil des ärztlichen Bereitschaftsdienstes liegt. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass in der ambulanten Notfallversorgung des Krankenhauses die Regelversorgung überschritten wird und Leistungen erbracht werden, die nicht bedarfsnotwendig sowie mehr als ausreichend sind und somit dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V) nicht entsprechen.

Die obigen Beispiele machen deutlich, dass die in die Kostenkalkulation eingehenden Daten von Krankenhäusern geliefert wurden, die einen unwirtschaftlich hohen Diagnostikanteil ausweisen. Alleine aufgrund dieser Tatsache müssen die kalkulierten Kosten überhöht ausfallen. Trifft die Unwirtschaftlichkeitsvermutung auch für die therapeutischen Leistungsanteile zu, entfernen sich die ermittelten Kosten noch weiter von denen einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Versorgung.

4.3 Durchschnittskosten kein Maßstab für die Vergütung

Aus den vorliegenden Daten und den daraus im MCK-DGINA-Gutachten kalkulierten Kosten sind Rückschlüsse auf die Vergütung nicht zulässig. Es gibt starke Hinweise, dass die Durchschnittskosten der ambulanten Notfallversorgung der Krankenhäuser überhöht sind, wie es sich auch in den obigen Beispielen abzeichnet.

Um die durchschnittlichen Kosten zu berechnen, wurde eine neue Kostenstelle „Notaufnahme“ geschaffen. Laut MCK-DGINA-Gutachten handelt es sich hierbei um die physischen Notaufnahmebereiche im engeren Sinne. Auf diese Kostenstelle entfallen ca. 100 € pro Fall, was einem Anteil von 80% der berechneten Gesamtkosten für einen ambulanten Notfall entspricht. Hierbei ist zum einen die geringe Aussagekraft aufgrund der geringen Teilnehmerzahl (n=55) zu beachten als auch zu hinterfragen, wie viele der Dienste, die auf die Kostenstelle Notaufnahme verbucht wurden, auch auf der Normalstation beziehungsweise im OP arbeiten und somit, zumindest teilweise, der Kalkulation der stationären Fälle zugeordnet werden müssten. Es muss demnach geprüft werden, ob eine saubere Abgrenzung der ambulanten und stationären Versorgung stattgefunden hat. Es kann davon ausgegangen werden, dass vor allem in Zeiten niedriger Notfallfrequenzen das Personal auch für die stationäre Patientenversorgung eingesetzt wird.

66% der Kosten, die in der Notaufnahme anfallen, sind dem ärztlichen Dienst (41 €) sowie dem Pflege- und Funktionsdienst (42 €) zugeschrieben. Einen weiteren erheblichen Kostenpunkt stellt mit insgesamt 31 € pro Fall die (medizinische und nicht-medizinische) Infrastruktur da. Hier ist nicht ersichtlich, welcher Anteil der Kosten tatsächlich der Notaufnahme zuzuschreiben ist und welche personellen und infrastrukturellen Kosten dem stationären Bereich zugeordnet werden müssten.

Doch sind generell Durchschnittskosten als Maßstab für die Vergütung nicht ohne Weiteres ökonomisch zielführend, da diese je nach Versorgungslage zu hoch oder niedrig angesetzt sein können. Insbesondere sind regulierte Preise oft nicht der Versorgungslage angepasst.

Wenn man davon ausgeht, dass die im MCK-DGINA-Gutachten kalkulierten Kosten die Durchschnittskosten der weniger wirtschaftlichen Krankenhäuser abbilden, dann würde eine Vergütung auf diesem Niveau zu einer Überversorgung tendieren. Doch auch wenn die Krankenhäuser repräsentativ ausgewählt geworden wären, dürfte das ermittelte Durchschnittsniveau der Kosten nicht mit einer effizienten Leistungserstellung gleich gesetzt werden. So legen die Kostenvergleiche zwischen einer ambulanten Notfallversorgung in der Praxis und im Krankenhaus nahe, dass die Versorgung im Krankenhaus strukturell bedingt immer aufwendiger ist als in der Praxis. Die durchschnittlichen Kosten des Krankenhauses liegen bei gleichem Behandlungsaufwand höher als in der Praxis. Die Gründe hierfür sind vielfältig und sind sowohl medizinischer wie auch betriebswirtschaftlicher Art. Gehen Patienten gleichwohl vermehrt ins Krankenhaus, so liegt eine Fehlsteuerung vor. Diese ist auch deswegen möglich, weil die Patienten einen kostenfreien Zugang haben und nicht direkt an den Mehrkosten der Notfallbehandlung im Krankenhaus beteiligt sind.

Doch haben auch die Krankenhäuser jenseits der Kostendeckung ein ökonomisches Interesse an der Notfallversorgung, was wir in Abschnitt 5 noch näher darstellen wollen.

4.4 Vergütung poliklinischer Fälle als Benchmark

Die ambulanten Behandlungsfälle in den Polikliniken der Universitätsklinik (Hochschulambulanzen) können als ein Benchmark für die ambulanten Notfallpatienten im Krankenhaus herangezogen werden. Zwar sind die Behandlungsfälle nicht direkt vergleichbar, aber dennoch können die vereinbarten

Vergütungen einen Anhaltspunkt geben. Die poliklinischen Entgelte werden seit geraumer Zeit direkt zwischen dem jeweiligen Klinikum und den Krankenkassen vereinbart und nicht mehr wie früher über die Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet.

Unterschiede bestehen einerseits darin, dass Polikliniken nur begrenzt Notfälle aufnehmen und in erster Linie die Patientenbehandlung zu Lehr- und Forschungszwecken dient. Andererseits aber ist die medizinisch-technische Infrastruktur der Polikliniken in der Regel aufwendiger als dies bei Plankrankenhäusern der Fall ist. Oft weisen die Patienten auch komplexe Krankheitsbilder auf, die in einem Uniklinikum breit abgeklärt werden müssen (§ 117 SGB V).

Aufgrund des individuellen Verhandlungsprinzips gibt es eine gewisse Variationsbreite der Fallpauschalen. Diese schwanken zwischen ca. 60 € (neue Bundesländer 2016) und ca. 100 € (alte Bundesländer 2016). Wissenswert ist, dass in einem Uniklinikum eine eigene Notfallpauschale mit 40 € und daneben eine Hochschulambulanzpauschale von 100 € abgerechnet wird. Offensichtlich wird die Notfallbehandlung als weniger aufwendig eingeschätzt als die poliklinischen Fälle; wobei die ambulante Notfallbehandlung in diesem Klinikum teilweise über Bereitschaftspraxen am Klinikum geleistet wird.

Als Ergebnis kann man festhalten, dass eine Vergütung zwischen 40 € und 100 € als Benchmark der Hochschulambulanzen vorzufinden ist. Die im MCK-DGINA-Gutachten genannten Spitzenwerte von 153 €¹³ für eine ambulante Notfallbehandlung finden also keine Entsprechung in der Vergütung der Polikliniken. Dies schließt nicht aus, dass im Einzelfall auch solche hohen Kostenwerte erreicht werden, doch können diese nicht Grundlage für eine Vergütung sein.

4.5 Anrechnung der Notfallzuschläge der Krankenkassen

Das Krankenhausentgeltsystem sieht vor, dass alle Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, eine Zuschlagspauschale für jeden stationären Patienten von 5 € erhalten. Die Anzahl der Notfälle selbst spielt hierbei keine Rolle.

¹³ Vgl. Haas et al. (2015), S. 57.

Der Zuschlag hat demnach den Charakter einer Bereitschaftspauschale. Diese Pauschalen sind aber als Teil der Vergütung für die Notfallbehandlung anzurechnen.

Geht man davon aus, dass die Krankenhäuser ca. 20 Millionen stationäre Patienten im Jahre 2016 behandelt haben, so flossen ihnen 100 Millionen € an Bereitschaftspauschalen zu. Auch wenn diese Summe de facto etwas geringer liegt, da nicht alle Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen, entfallen bei 20 Millionen ambulanten und stationären Notfallpatienten auf jeden Behandlungsfall 5 €. Geht man weiter davon aus, dass die Notfallversorgung der stationär aufgenommenen Patienten (ca. 50%) über das DRG-System vergütet werden sollte, dann verdoppelt sich die Summe für jeden ambulanten Notfallpatienten auf 10 € Bereitschaftspauschale. Dies ist eine Summe, die einen merklichen Beitrag zur Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung eines Krankenhauses leistet, aber im MCK-DGINA-Gutachten unerwähnt bleibt.

4.6 Fixkostendegressionseffekte durch Mehrauslastung

Die intensivere Auslastung der Notfallbereitschaft eines Krankenhauses durch ambulante Behandlungsfälle führt zu einer Fixkostendegression in der Notfallaufnahme und damit zu einer Co-Finanzierung auch der stationär aufgenommenen Notfallpatienten. Nun kann an dieser Stelle keine vertiefte Diskussion darüber geführt werden, was Fixkosten darstellen. Auf jeden Fall dürften das vorgehaltene Personal und deren Kosten zu einem guten Teil als Fixkosten angesehen werden. Erst wenn zusätzliches Personal zur Betreuung der ambulanten Notfälle erforderlich wird, kommt es zu so genannten sprungfixen Kosten (siehe Abschnitt 3.3).

In der im MCK-DGINA-Gutachten vorgelegten Kostenkalkulation ist nicht ersichtlich, inwieweit eine Kostentrennung für stationäre und ambulante Notfallpatienten erfolgte. Dies ist aber erforderlich, wenn eine sachgerechte Kostenzuordnung für die ambulante Notfallversorgung erreicht werden soll.

Eine Fixkostendegression ist auch bei der Nutzung der diagnostischen Einrichtungen sowie der Infrastruktur anzunehmen. Eine Zuordnung der durchschnittlichen Kosten aus diesen Bereichen auf die ambulante Notfallversorgung missachtet einen solchen Degressionseffekt. Zwar ist es schwer, hier eine genauere Berechnung

vorzunehmen, doch unterstellt der Gesetzgeber im Krankenhausstrukturgesetz 2016 eine mengenabhängige Fixkostendegression und fordert die Vertragsparteien auf, einen angemessenen Degressionsabschlag zu vereinbaren.

4.7 Differenzierung der Notfallpauschalen nach Behandlungsbedarf geboten

Im MCK-DGINA-Gutachten werden verschiedene Parameter auf ihren Einfluss auf die Behandlungskosten geprüft, wobei letztere den Behandlungsbedarf abbilden sollen. Dies ist nur unter Einschränkungen möglich, da eine Reihe von betriebswirtschaftlichen Faktoren die Behandlungskosten merklich beeinflusst. Von den geprüften Strukturfaktoren, nämlich Alter der Patienten, Jahreszeit und Tageszeit der Patientenaufnahme, Dringlichkeit, Zuweisungsart, Transportart sowie behandelnde Fachrichtung, konnte nur für das Patientenalter eine gewisse Abhängigkeit der Kosten festgestellt werden. Freilich kann auch dies, aufgrund der fehlenden Repräsentativität, nur als Hinweis gewertet werden.

Die vorgenommene Prüfung, inwieweit der ICD-Diagnoseschlüssel eine geeignete Patientengruppierung zulässt, kommt aufgrund der unpräzisen Codierung in den teilnehmenden Krankenhäusern zu keinem Ergebnis. Eine medizinische Bewertung der aufgenommenen Notfälle über die abgerechneten EBM-Ziffern ermittelt, dass 33% der Patienten als allgemeine Notfallbehandlungen auch in den Praxen niedergelassener Ärzte hätten behandelt werden können. Rund 20% der Notfälle brauchen fachärztliche Kompetenz, und ca. die Hälfte aller ambulanten Notfälle kann nur in einem Krankenhaus adäquat behandelt werden.¹⁴ Die daraus abgeleitete Dreiteilung der Notfallbehandlungen kommt dem derzeit aktuellen Diskussionsstand nahe, der eine Dreiteilung der stationären Notfallversorgung in eine Basisversorgung, eine erweiterte Versorgung und eine umfassende Notfallversorgung vorsieht.¹⁵

Die im MCK-DGINA-Gutachten für die drei Patientenkategorien errechneten Kostenvolumina können allerdings nicht als Diskussionsvorschlag akzeptiert werden. Wie wir oben gezeigt haben, übertreffen diese¹⁶ noch deutlich die Entgelte der Hochschulambulanzen, was weder inhaltlich noch betriebswirtschaftlich überzeugend ist.

¹⁴ Vgl. Haas et al. (2015), S. 72.

¹⁵ Vgl. Metzinger (2016), S. 658f

¹⁶ Siehe Haas et al (2015), S.73.

Die Berechnungen im MCK-DGINA-Gutachten leiden unter den geringen Fallzahlen und damit unter einer mangelnden Repräsentativität, das heißt aber nicht, dass keine Abstufung der ambulanten Notfälle nach Behandlungsbedarf, wie es der Gesetzgeber auch fordert, angestellt werden sollte.

Allerdings kann der Vorschlag für die stationäre Notfallversorgung auf die ambulante kaum übertragen werden. Gleichwohl entlastet eine Zusatzpauschale für stationäre Notfälle auch die Kostenzurechnung für die ambulante Notfallversorgung, da die Kalkulation der Zuschläge eine Abgrenzung der Kosten zwischen stationärer und ambulanter Notfallversorgung verlangt.

5 Ökonomische Bedeutung der Notfälle für das Krankenhaus

Wie bereits oben erwähnt wurde, haben die Krankenhäuser auch ein ökonomisches Interesse an der Notfallbehandlung. Dieses Interesse äußert sich auch dadurch, dass sich die Krankenhäuser um eine Zulassung zur Notfallversorgung bemühen.

5.1 Notfälle als „Bettenfüller“ für das Krankenhaus

Krankenhäuser mit Notfallversorgung generieren heute rund die Hälfte aller stationären Patienten über die Notfallaufnahme. Damit ersetzt die Notfallversorgung in erheblichem Umfang die niedergelassenen Ärzte als Zuweiser. Aber auch weitere Marketingmaßnahmen zur Gewinnung von Patienten werden dadurch relativiert. Angesichts der Tatsache, dass deutsche Krankenhäuser im Durchschnitt nur zu 75% ausgelastet sind, aber eine Auslastung von mehr als 80% erst Kostendeckung ermöglicht, kann der Wert der Notfallaufnahme für Krankenhäuser nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die dadurch gewonnene Unabhängigkeit von konkreten Einweisern erhöht die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser. Über die Hälfte, laut dem MCK-DGINA-Gutachten sind es sogar 76%¹⁷, der ambulanten Notfälle kommen als Selbsteinweiser. Das heißt, dass das Krankenhaus vom Patienten selbst ausgewählt und aufgesucht wurde.

Allein die Tatsache, dass Krankenhäuser sich in Kenntnis der aus ihrer Sicht unbefriedigenden Vergütung, um eine Aufnahme als Notfallkrankenhaus bemühen, deutet den hohen Wert einer Notaufnahme für das Krankenhaus an. Offensichtlich sind die positiven Verbundeffekte der Notfallversorgung mit der übrigen Krankenhausversorgung so hoch, dass in der Regel kein Krankenhaus die Notfallversorgung missen will, außer es ist ein Fachkrankenhaus, das für eine breite Notfallversorgung nur begrenzt geeignet ist. Der Leistungsbeitrag, den Notfalleinrichtungen für das eigene Krankenhaus erbringen, wird derzeit betriebswirtschaftlich nicht sichtbar, auch weil bislang für die stationären Notfallaufnahmen keine eigene Vergütung im DRG-System vorgesehen ist. Die stationären Notfallaufnahmen können keinen direkt sichtbaren Erlösbeitrag für das Krankenhaus liefern, obwohl sie unmittelbar Patienten behandeln. Dass dieser

¹⁷ Vgl. Haas et al. (2015), S. 58.

Zustand für die Notfallmedizin und die sie vertretende Gesellschaft DGINA nicht zufriedenstellend ist, kann gut nachvollzogen werden.

Doch liegt das Problem eher an der Form der innerbetrieblichen Leistungs- und Kostenverrechnung als an der Vergütung von außen. Patienten, die durch die Notfallversorgung für die stationäre Versorgung generiert werden, müssten mit einem gewissen Leistungs- und Vergütungsanteil für die Notfallaufnahme verbucht werden. So könnte der Beitrag der Notfalleinrichtung eines Krankenhauses zum gesamten wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses deutlicher gemacht werden. Diese innerbetriebliche Verrechnungsproblematik kann aber nicht durch eine Forderung nach einer höheren Vergütung der ambulanten Notfälle kompensiert werden. Die vorgesehenen abgestuften Zuschläge für stationäre Notfallpatienten können dieses Problem, wenn nicht beseitigen, so zumindest lindern.

5.2 Effekte der Fixkostendegression einbeziehen

Schon oben haben wir angesprochen, dass die ambulanten Notfälle die stationären Notfallaufnahmen insofern unterstützen, als dadurch die personellen und sachlichen Vorhaltekosten pro Fall abgesenkt werden. Ambulante Notfallpatienten verursachen dann lediglich noch die variablen Fallkosten, die deutlich niedriger sind als die durchschnittlichen Fallkosten aller Notfallpatienten. Bisher werden elektiv und akut aufgenommene stationäre Patienten gleich vergütet. Dieser Mangel kann und darf aber nicht auf die ambulante Notfallbehandlung durchschlagen. Derzeit trägt die ambulante Notfallvergütung dazu bei, dass die beträchtlichen Vorhaltekosten eines Krankenhauses beziehungsweise einer Notfallaufnahme mitfinanziert werden.

Im Krankenhausstrukturgesetz ist für die mengenbezogene Fixkostendegression ein Vergütungsabschlag vorgegeben. Zwar bezieht sich dieser lediglich auf die Sachkosten, die in eine DRG-Fallpauschale einkalkuliert sind, und soll in erster Linie die mengenbezogenen Einkaufsvorteile eines Krankenhauses kompensieren. Betriebswirtschaftlich ist die Degression der Fixkosten jedoch viel stärker an die Auslastung der personellen und sachlichen Infrastruktur eines Krankenhauses gebunden. In einer Notfallabteilung sind dies die erforderliche Ausstattung mit Personal sowie die im Krankenhaus vorgehaltene Diagnostik. Letztere sollte aber

über die DRG-Vergütung und die staatliche Investitionsförderung voll finanziert werden.

Wie wir oben beschrieben haben (siehe Abschnitt 4.2), nutzen die Krankenhäuser relativ häufig die bereitstehende Infrastruktur und streben so zusätzliche Deckungsbeiträge für die Fixkosten an. Eine genauere Berechnung der Degressionsvorteile ist allerdings nur möglich, wenn man die konkrete Ausstattung und Auslastung einer Notfalleinrichtung kennt. Die Fixkosteneffekte fallen demnach von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich aus.

5.3 Ko-Finanzierung der Notfallversorgung über impliziten Zuschlag im DRG Entgeltsystem

Ein weiterer Punkt, der bei der Berechnung der Kosten berücksichtigt werden muss, ist die implizite Finanzierung durch Zuschläge auf die DRG Vergütung. Insgesamt haben laut statistischem Bundesamt alle Plankrankenhäuser im Jahr 2015 rund 18,7 Mio. stationäre Patienten behandelt. 144 Krankenhäuser nehmen nicht an der Notfallversorgung teil und erhalten einen Abschlag von 50 € pro Behandlungsfall. Bei einer geschätzten durchschnittlichen Patientenzahl von 10.000 pro Haus ergibt sich damit ein Abzug von rund 1,4 Mio. Behandlungsfällen. Es verbleiben damit 17,3 Mio. Behandlungsfälle, für die implizit 50 € im DRG Entgeltsystem enthalten sind. Aus diesen Fällen errechnet sich eine Gesamtsumme von ca. 865 Mio. €, die zur Finanzierung der ambulanten und stationären Notfälle zur Verfügung steht. Nehmen wir an, dass zwei Drittel dieser Summe (571 Mio. €) für die stationäre und ein Drittel (285 Mio. €) für die ambulante Notfallversorgung zugeordnet werden können, ergibt sich für die ambulante Notfallversorgung eine implizite DRG-Co-Finanzierung von 285 Mio. €. Bei 8,5 Mio. ambulanten Notfällen errechnet sich ein Finanzierungsbeitrag von 33,6 € pro ambulanten Notfall und bei 8,1 Mio. stationären Notfällen ein Finanzierungsbeitrag von 70,5 € pro stationärem Notfall.

Wenn wir jedoch weitergehend unterstellen, dass die im DRG Entgeltsystem implizite Summe von 865 Mio. € zur Hälfte auf die ambulante Notfallversorgung zugeordnet wird, ergibt sich ein Vergütungsanteil von 51 € pro ambulanten Notfall. Diese Summe multipliziert mit der Zahl der ambulanten Notfallpatienten von 8,5 Mio. ergibt eine anrechenbare DRG Ko-Finanzierung von rund 432 Mio. €.

Aufgrund unserer obigen Berechnung gehen wir davon aus, dass den Krankenhäusern schon heute eine kostendeckende Finanzierung für die ambulanten Notfälle zur Verfügung steht. Schließlich müssen auch die Finanzierungsbeiträge durch den expliziten Zuschlag auf die DRG Fallpauschalen von 5 € beziehungsweise 10 € auf jeden Behandlungsfall (vgl. Abschnitt 4.5) um die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten ambulanten Notfallpauschalen von 32 € in die Betrachtung einbezogen werden. So lässt sich eine Entgeltsumme pro ambulatem Notfall zwischen 70,6 € (33,6 € + 5 € + 32 €) und 93 € (51 € + 10 € + 32 €) errechnen.

Eine Konsequenz daraus ist, dass wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer höheren Vergütung für die ambulanten Notfälle am Krankenhaus gezwungen werden sollten, eine entsprechende Bereinigung in der DRG Vergütung erforderlich wird. Die freiwerdenden Mittel müssten den Kassenärztlichen Vereinigungen kompensatorisch zufließen.

6 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Das vorgelegte Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus wurde im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall und Akutmedizin e. V. (DGINA) erstellt. Es betont damit die spezifische Sichtweise der Krankenhäuser bzw. der stationären Notfallversorgung. Das MCK-DGINA-Gutachten gehört zu den ersten empirisch gestützten Untersuchungen auf diesem Gebiet und verdient Beachtung. Allerdings bedürfen die gefundenen Ergebnisse einer kritischen Kommentierung, da sie eine Reihe von Mängeln aufweisen, die es verbieten, diese als Vergütungsgrundlage heranzuziehen. Die wichtigsten sind im Folgenden noch einmal aufgeführt:

(1) Zur Repräsentativität:

Wie die Verfasser selbst betonen, können die Studie und die gefundenen Ergebnisse nicht als repräsentativ gelten. Die teilnehmenden Krankenhäuser lassen keinen Rückschluss auf die Grundgesamtheit zu. Zum einen ist die Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser zu gering, bei vielen Auswertungen kann nur von Fallbeispielen gesprochen werden. Insbesondere die mit der Zielsetzung einer Kostenkalkulation gebotene Schichtung der Krankenhäuser nach ihrem wirtschaftlichen Erfolg wird nicht vorgenommen. Schließlich kann unterstellt werden, dass die teilnehmenden Krankenhäuser eher mit ökonomischen Problemen zu kämpfen haben, was ihre Motivation zur Teilnahme erhöht. Und letztlich wird auch keine Aussage über den „Patientenmix“ gemacht, obwohl dieser für die Durchschnittskosten entscheidend ist, wie im MCK-DGINA-Gutachten belegt wird.¹⁸

Zusammengefasst kommen wir zu dem Schluss, dass keine repräsentative Stichprobe vorliegt und damit die Ergebnisse zwar als Hinweise, nicht aber als Beschreibung der Kostensituation in der Notfallmedizin der Krankenhäuser gelten können.

¹⁸ Vgl. Haas et al. (2015), S. 73.

(2) Zur Validität der Ergebnisse:

Die inhaltliche Aussagekraft der Kostenkalkulation wird dadurch eingeschränkt, dass die Kostenzurechnung nach der InEK-Systematik mit der betriebswirtschaftlichen Kalkulation der EBM-Gebühren nicht kompatibel ist. Während die InEK-Kalkulation in weiten Teilen eine Zuschlagskalkulation ist, in der die Gemeinkosten des Krankenhauses auf die Kostenträger (DRG-Fallgruppen) pauschal zugeordnet werden, stellt der EBM eine betriebswirtschaftliche Einzelkostenkalkulation dar, nach der der normierte Aufwand pro EBM-Einzelleistung kalkuliert wird. Eine Konsequenz davon ist, dass Leerkapazitäten in der InEK-Kalkulation als Kosten zugerechnet werden, während in der Arztpraxis Leerkapazitäten keine kalkulatorische Berücksichtigung finden und als unternehmerisches Risiko des Praxisinhabers gelten.

Schließlich sind auch Verbundeffekte in der Notfallaufnahme/-abteilung zwischen der stationären und ambulanten Notfallbehandlung gegeben, die aber in der Kostenkalkulation nicht sichtbar gemacht werden. Wir gehen davon aus, dass die kalkulierten Kosten des Krankenhauses für die ambulante Notfallversorgung auch die Leerkapazitäten von rund 20% beinhalten und von daher grundsätzlich höher ausgewiesen werden als dies die EBM-Kalkulation zulässt.

(3) Kostenkalkulation und Vergütungshöhe:

Die Kostenkalkulation im MCK-DGINA-Gutachten legt nahe, dass eine Reihe von Unwirtschaftlichkeiten die Kosten über das Maß der Wirtschaftlichkeit anhebt. Von daher ist es grundsätzlich und in unserem speziellen Fall nicht zulässig, von den kalkulierten Kosten einen Anspruch auf die Vergütung abzuleiten. Deutlich wird dies beim Vergleich der erbrachten diagnostischen Leistungen mit den Abrechnungszahlen in Notfallpraxen. An Beispielen können wir belegen, dass die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus sehr viel aufwändiger diagnostiziert wird und damit erheblich höhere Kosten auslöst als dies in Praxen der niedergelassenen Ärzte der Fall ist. Man kann also davon ausgehen, dass in vielen Fällen weder bedarfsgerecht noch wirtschaftlich versorgt wird.

Nicht berücksichtigt wird bei der Kostenkalkulation, dass die Krankenhäuser Notfallzuschläge erhalten und auch Fixkostendegressionseffekte durch die höhere

Auslastung der Infrastruktur den Vergütungsanspruch reduzieren müssten. Schließlich hat auch der Gesetzgeber für die Krankenhäuser allgemein eine Anrechnung der Fixkostendegression auf die Vergütung vorgeschrieben.

(4) Vergütung der Hochschulambulanzen als Benchmark:

Als Vergleichswert für eine adäquate Vergütung kann die Vergütung der Polikliniken der Universitätsklinik herangezogen werden. Die Vergütungen erreichen dort Werte um die 100 €, wobei auch sehr viel niedrigere Vergütungen von ca. 60 € mit den Krankenkassen vereinbart werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Polikliniken eine maximale Infrastruktur vorhalten und etwa 30% der Patienten Notfälle sind. Von daher ist aus unserer Sicht der im MCK-DGINA-Gutachten gefundene Spitzenwert von rund 150 €, aber auch der ausgewiesene Durchschnittswert von 126 € für eine ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus deutlich überhöht.

(5) Notfälle als Bettenfüller:

Keine Berücksichtigung findet im MCK-DGINA-Gutachten die Tatsache, dass die Beteiligung an der Notfallversorgung für Krankenhäuser betriebswirtschaftlich mittlerweile existenziell ist. Rund die Hälfte aller stationären Krankenhauspatienten wird über die Notfallaufnahme generiert. Damit erreicht das Krankenhaus einen hohen Grad an Unabhängigkeit von Zuweisern, was entsprechende Marketingmaßnahmen einspart. Auch dieser kostenrelevante Gesichtspunkt findet bei der Forderung einer kostenbezogenen Vergütung keine Berücksichtigung. Wie hoch hierfür ein Vergütungsabschlag sein könnte, sollte Vertragsverhandlungen vorbehalten werden.

(6) Implizite Ko-Finanzierung der Notfallversorgung durch das DRG Entgeltsystem

Das MCK-DGINA-Gutachten berücksichtigt nicht die implizite Finanzierung durch die DRG Vergütung für Krankenhäuser die an der Notfallversorgung teilnehmen. Hier errechnet sich eine Summe von 865 Mio. €, welche der stationären und ambulanten Notfallvergütung zuzuordnen ist. Teilt man ein Drittel dieser Summe den ambulanten Notfällen zu, ergibt sich ein Finanzierungsbeitrag von 33,6 € pro ambulantem Notfall. Wird die Hälfte der Summe den ambulanten Notfällen zugeordnet, errechnet sich ein Finanzierungsanteil von 51 € pro ambulantem Notfall.

(7) Fazit

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das im MCK-DGINA-Gutachten angegebene Defizit von 1 Mrd. € nicht haltbar ist. Wie in Abschnitt 5.3 dargestellt, ist den Krankenhäusern pro ambulantem Notfall eine Finanzierung zwischen 70,6 € und 93 € zuzurechnen. Das entspricht einer Summe zwischen 600 Mio. € und 791 Mio. €. Weiterhin müssen Effekte der Fixkostendegression und Unwirtschaftlichkeiten bei der Kostenberechnung berücksichtigt werden.

Anlagen

Tabelle 2: Vergleich der Krankenhäuser gruppiert nach Bettenzahl

Anzahl der Krankenhäuser 2013	Grundgesamtheit		Teilnehmer	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
1 -199	1.125	56%	7	13%
200-399	473	24%	18	32%
400-599	229	11%	9	16%
600-799	75	4%	11	20%
800 und mehr	94	5%	11	20%
Gesamt	1.996	100%	56	100%

Quelle: statistisches Bundesamt - Fachserie 12 (2015), S. 13; MCK-DGINA-Gutachten (2015); eigene Berechnung

Tabelle 3: Bereinigter Vergleich der Krankenhäuser gruppiert nach Bettenzahl

Anzahl der Krankenhäuser 2013	Grundgesamtheit		Teilnehmer	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
1 -199	375	30%	7	13%
200-399	473	38%	18	32%
400-599	229	18%	9	16%
600-799	75	6%	11	20%
800 und mehr	94	8%	11	20%
Gesamt	1.246	100%	56	100%

Quelle: statistisches Bundesamt - Fachserie 12 (2015), S. 13; MCK-DGINA-Gutachten (2015); eigene Berechnung

Tabelle 4: Datenbasis der einzelnen Ergebnisse

Variable	Teilnehmende Krankenhäuser	Grund-gesamtheit	Anteil	Schlussfolgerung MCK-DGINA-Gutachten	Seite	Anmerkung
Kostendaten	55	1250	0,044	Die durchschnittlichen Kosten für ambulante Notfallpatienten liegen bei 126 € pro Fall.	4	Geringe Datenbasis, allerdings verfolgt Studie nicht das Ziel der statistischen Repräsentativität
Struktur: Organisation der Notaufnahme	39	1250	0,031	82% haben zentrale Notaufnahme, 18% dezentrale	29	Verzerrungseffekte könnten auftreten, wenn KH mit zentraler Notaufnahme in größerem Datenbasis an Umfrage teilnehmen
Struktur: Personelle Ausstattung der Notaufnahme	29	1250	0,023	141 Personalminuten pro Patient	30	Geringe Datenbasis 60 Arztminuten pro Patient erscheinen sehr hoch -> evtl. Verzerrungen, wenn KH mit hohem Ressourcenaufwand vermehrt teilnehmen
Fallart	34	1250	0,027	42% aller Notfallbehandlungen sind EBM zugeordnet	33	evtl. Verzerrungseffekte, geringe Datenbasis
Zuweisungsart	8	1250	0,006	Es entsteht ein durchschnittlicher Fehlbetrag von 100€ pro Fall	58	sehr geringe Datenbasis
Transportart	6	1250	0,005	Es entsteht ein durchschnittlicher Fehlbetrag von 100€ pro Fall	59	sehr geringe Datenbasis
Fachrichtung	18	1250	0,014	Es entsteht ein durchschnittlicher Fehlbetrag von 111€ pro Fall	60	sehr geringe Datenbasis

Quelle: MCK-DGINA-Gutachten (2015). eigene Darstellung

Literaturverzeichnis

Blum K., Löffert S., Offermanns M., Steffen P., (2015), Krankenhaus Barometer 2015, Deutsches Krankenhaus Institut e.V., Düsseldorf, online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/22328.2015-12-07_Anlage_Krankenhaus-Barometer.pdf (letzter Abruf: 03.11.2016).

Deutsches Ärzteblatt (2016), Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen; online verfügbar: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/GTV_MFA_2016.pdf (letzter Abruf: 03.11.2016).

Haas C., Larbig, M., Schöpke, T., Lübke-Naberhaus, K.-D., Schmidt, C., Brachmann, M., Dodt, C. (2015), Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) erstellt in Kooperation mit der Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Management Consult Kestermann GmbH, 17.02.2015, Hamburg.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013), G-DRG Browser Hauptabteilungen Version 2014, online verfügbar: http://www.g-drg.de/cms/inek_site_de/content/view/full/4406 (letzter Abruf: 07.10.2016).

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007), Kalkulation von Fallkosten, Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern, Version 3.0, 10. Juli 2007, online verfügbar: http://www.g-drg.de/cms/inek_site_de/content/download/1191/7805/version/1/file/Kalkulationshandbuch_V3_070918.pdf (letzter Abruf: 07.10.2016).

Köhler, A., Hess, R. [Hrsg.] (2007), Kölner Kommentar zum EBM, Kommentierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs, Band 2, Anhang E1, Aspekte der betriebswirtschaftlichen Berechnung, 3. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Metzinger B. (2016), Notfallstrukturen in Krankenhäusern: Lösungen für ein gestuftes System. Das Krankenhaus (08) 2016, online verfügbar: http://www.dkgev.de/media/file/24354.DasKrankenhaus_08_2016_Notfallstrukturen.pdf (letzter Abruf: 07.11.2016).

Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et al. (2014), Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen. Ergebnisse der DGINA-Mitgliederbefragung 2013 Notfall Rettungsmed (2014) 17: 660. doi:10.1007/s10049-014-1950-8.

Statistisches Bundesamt (2015), Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1; online verfügbar: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Abruf: 05.11.2016).

Statistisches Bundesamt (2016), Pressemitteilung Nr. 386 vom 28.10.2016; online verfügbar: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/10/PD16_386_231.html;jsessionid=28FD2EAB08736B3D26549717BA2B8990.cae1(letzter Abruf: 15.11.2016).

Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (2016), Durchgeschriebene Fassung des TVöD für den Dienstleistungsbereich Krankenhäuser im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD-K) vom 1. August 2006 in der Fassung der Änderungsvereinbarung Nr. 7 vom 29. April 2016; online verfügbar: <http://www.kav-nw.de/de/Downloads/Downloads/2016-TVoeD-K-iF-AeV-7.pdf> (letzter Abruf: 03.11.2016).

Weiß, C. (2013), Basiswissen medizinische Statistik. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2016), Auswertung auf Basis der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2015.