

Die DRG im Krankenhaus - muß nicht auch die Personal"bedarfs"ermittlung neue Wege gehen? - Strukturelle, personelle und organisatorische Überlegungen im Krankenhaus -

Seit 1969 ist die Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus ein Thema, das die Gemüter aller Beteiligten - ob als Betroffener oder als Zahlender - immer wieder neu bewegt. Dabei soll an dieser Stelle nicht über Sinn oder Unsinn von Anhaltszahlen, Minutenwerten und/oder den richtigen bzw. falschen Berechnungsverfahren diskutiert werden. Nach vielen, von manchen durchaus als notwendig angesehenen kontroversen Diskussionen sowohl auf Bundesebene zwischen DKG und GKV hatte sich seit den 70er Jahren bereits eine "Personalbedarfsermittlungsbewegung" gebildet, die sich durch eigenständige Vorgaben in den einzelnen Bundesländern hervortat (z.B. Hessen mit Bölke-Zahlen, Baden-Württemberg mit WiK-Zahlen, Bayern mit dem Bayerischen Kommunalen Prüfungsverband). Die interessanten Kontroversen des § 19 KHG können historisch interessierte Leserinnen und Leser sicherlich irgendwo nachlesen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 wurden dann - die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips schien es zu ermöglichen - alle damals vorhandenen Vorgaben für nicht mehr relevant erklärt. Und die kleine Zwischenepisode mit PsychPV, PPR und Hebammen-Personalverordnung führte nach drei Jahren zur Abschaffung der PPR u.a. wegen ungewünschten Personalzuwachses. Dennoch muß man feststellen, daß trotz offizieller Verlautbarungen die Verantwortlichen im Krankenhaus - seien sie nun direkt oder indirekt betroffen - auf praktikable, nachvollziehbare und realistische Vergleichswerte unverändert angewiesen waren und sind. Vielleicht mit ein Grund, warum die Publikationen zum Thema Personalbedarf im Krankenhaus auch in der Vergangenheit nach 1993 ihre interessierte Leserschaft fanden. Bedingt durch die "bewegte" Gesetzgebung und deren Folge (z.B. Budgetdeckel, DRG) nimmt die Personalbedarfsermittlung seit einiger Zeit wieder einen wesentlich größeren Stellenwert im Krankenhaus ein. Insbesondere für die interne Budgetierung ist die Nutzung von Kennzahlen und Leistungswerten ein wichtiges Instrument.

Und da auch mit der Einführung der DRG in die deutschen Krankenhäuser das Thema nicht erledigt ist, werden nun wiederum Überlegungen hinsichtlich des Kostenaufwandes im Personalbereich angestellt, um den Erlösen realistische Kostengrößen entgegenstellen zu können. Insofern erhalten die Erlöse, die sich über die DRG erzielen lassen, auch hinsichtlich des Personal- und Sachaufwandes fast schon wieder normativen Charakter.

Die DKI GmbH hat bereits seit einiger Zeit im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit auf der Grundlage der DRG und vergleichbarer Kostensätze hierzu Untersuchungen durchgeführt. Dabei sind sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen bei der

Personalbedarfsermittlung durch DRG erkennbar, die nicht ohne weitere Abgleiche anzupassen sind. Hinzu kommt in vielen Fällen eine sehr direkte Offenlegung bisher praktizierter organisatorischer und räumlicher aber durchaus auch personeller Schwächen in qualitativer und quantitativer Sicht. Die Ergebnisse der DRG-Auswertungen zeigen in vielen Fällen eine große Diskrepanz zwischen den personellen Ressourcen, ausgedrückt in Personalkosten, und den zu erwartenden Erlösen.

In dem vorliegenden Beispiel wurde auf der Basis realistischer Bewertungssätze die in der Kalkulation der DRG berücksichtigten Personalanteile aufgezeigt. Dabei sind sowohl die Bandbreite der Minutenwerte für die besonders vertretenden Berufsgruppen als auch jahres-bezogene Fallwerte für die jeweils häufigsten und umsatzstärksten DRG herangezogen worden. Dabei wurde berücksichtigt, daß sich die Leistungsintensität in den einzelnen Bereichen dynamisch entwickelt und somit Auswirkungen auf die Leistungszahlen haben kann.

Nachfolgend wird an einem anonymisierten Beispiel eines Krankenhauses mit 295 Betten, vier Hauptabteilungen und einem der Regelversorgung typischen Leistungsspektrum aufgezeigt, welche strukturellen und insbesondere personellen Konsequenzen - auch mit entsprechenden Hinweisen auf organisatorische Notwendigkeiten - kurz- bis mittelfristig zu erwarten sind.

Basisdaten 2003				
Hauptabteilungen	Planbetten	Fallzahl	Pflegetage	Auslastung
Innere Medizin	100	3.161	30.660	84%
Chirurgie	100	3.151	29.930	82%
Gynäkologie	50	1.757	14.235	78%
Urologie	45	2.119	13.140	80%
Summe	295	10.188	87.965	82%

© DKI GmbH, Wuppertal

Die prospektive Struktur eines Krankenhauses wird zukünftig durch zwei wesentliche Determinanten beeinflusst:

- Die Annäherung an die mittlere Verweildauer der entsprechenden DRG, da für jeden Tag jenseits der mittleren Verweildauer zusätzliche personelle und materielle Ressourcen bereitgestellt werden müßten.
- Der Anteil ambulant zu behandelnder Patienten, da dieser zum einen unter der Prämisse gleichbleibender Gesamtfallzahlen die Anzahl der benötigten stationären Planbetten reduziert, zum anderen nicht zu unterschätzende zusätzliche organisatorische Anforderungen an den Krankenhausbetrieb stellt.

Daher wurden in einem ersten Schritt die durchschnittlichen Ist-Verweildauern der DRG des Jahres 2003 mit der entsprechenden mittleren Verweildauer des Fallpauschalenkataloges 2004 abgeglichen.

Des Weiteren wurde das Potential des Ambulanten Operierens respektive der Stationsersetzenden Maßnahmen ermittelt. Hierbei sind das Alter der Patientenklientel und der Grad der Schwere der Erkrankung berücksichtigt worden. Geht man von dem zur Zeit beabsichtigten Zeitplan bei der flächendeckenden Einführung der DRG aus, dann wird unter Berücksichtigung der Veränderungen durch die DRG, stationsersetzende Leistungen, ambulantes Operieren und die vor- und nachstationäre Diagnostik und Therapie, einhergehend mit einer weiteren erheblichen Verkürzung der Verweildauer dieses Krankenhaus im Jahr 2007 noch folgendes Leistungsangebot widerspiegeln:

Prospektive Entwicklung 2007						
Hauptabteilungen	Planbetten 2003	Fallzahl stationär	Pflegetage stationär	Fallzahl ambulant	Bettenanteil stationär 85%	"Bettenanteil" ambulant
Innere Medizin	100	2.889	23.749	273	75	1
Chirurgie	100	2.712	27.582	439	87	2
Gynäkologie	50	1.485	8.140	272	26	1
Urologie	45	1.681	12.013	438	38	2
Summe	295	8.767	71.484	1.422	226	6

© DKI GmbH, Wuppertal

Mögliche Verschiebungen durch die Veränderungen in der Krankenhaushäufigkeit in dieser Versorgungsregion sind bereits berücksichtigt.

- Für die Abteilung Innere Medizin kann die Reduktion des benötigten Bettenanteils auf eine zum Teil deutliche Überschreitung der mittleren Verweildauern des DRG-Kataloges 2004 zurückgeführt werden.
- Die ambulanten Fallzahlen rekrutieren sich im wesentlichen aus bis dato stationär erbrachten endoskopischen Leistungen, die ihr Pendant im Katalog stationsersetzender Maßnahmen haben.
- Im Bereich der operativen Fächer läßt sich keine signifikante Abweichung zu den mittleren Verweildauern feststellen.
- Allerdings verbirgt sich im derzeitigen stationären Leistungsspektrum ambulantes behandelbares Potential in einer Größenordnung, das sich mit den sonstigen Erfahrungswerten der DKI GmbH deckt.

Werden nun die Soll-Verweildauern nach Katalog 2004 mit den verbliebenen Fallzahlen der stationären Patientenklientel und einer durchschnittlichen Soll-Auslastung von 85 % normativ unterstellt, und die zukünftig ambulant zu versorgenden Patienten mit deren bisherigen stationären Pflegetagen vom stationären Bereich abgezogen, so ergibt sich die oben dargestellte zukünftige Struktur des Krankenhauses mit insgesamt 225 stationären Bettenanteil und sechs ambulanten Plätzen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang nun die Frage nach der personellen Ausstattung sowohl der einzelnen Fachabteilungen als auch die Überlegung, inwieweit mögliche Minderbesetzungen durch organisatorische Veränderungen im Ablauf angepaßt werden können.

Hierzu kann man zum einen die in den einzelnen DRG vorhandenen Zeitwerte für die jeweiligen Dienstarten ebenso heranziehen wie die vorherrschenden organisatorischen und räumlichen Gegebenheiten.

Zum anderen ist für einen ersten Überblick durchaus eine fallbezogene Betrachtung sinnvoll. Bekanntermaßen sollte auch hierbei das Prinzip "Pareto" gelten - mit 20% Aufwand gleich 80% Ergebnis sind allemal besser als mit den weiteren 80% die restlichen 20% Ergebnis zu erhalten und dabei die Wahrscheinlichkeit nicht entscheidend erhöht zu haben.

Am Beispiel der DRG G07C - Appendektomie - soll dies dargestellt werden:

DRG	Text	mittlere Verweildauer	Relativgewicht bei Hauptabtlg.
G 07 C	Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC	5,3	0,764

© DKI GmbH, Wuppertal

Die primär medizinischen und pflegerischen Personalanteile dieser DRG stellen 54 % dar. Hinzu kommen in den DRG nicht weiter spezifizierte Personalanteile aus der medizinischen Infrastruktur und dem nicht-medizinischen Bereichen von bis zu 20 - 30 %. Für den Personalanteil der primären Leistungsbereiche kann noch weiter differenziert werden:

Allgemeinstation	Anteile i.v.H.
Arztdienst	7
Pflegedienst	18
OP-Bereich	
Arztdienst	6
Funktionsdienst	7
Anästhesie	
Arztdienst	5
Funktionsdienst	4

© DKI GmbH, Wuppertal

Überträgt man diesen Ansatz auf alle DRG des Fallspektrums des Krankenhauses, erhält man in Abhängigkeit eines landeseinheitlichen Basisfallwertes entsprechend normative Personalanteile, die dann nach Abwägung der hausindividuellen Strategie über die Fallerlöse komplett oder anteilig erwirtschaftet werden müssen. Bei einem beispielhaft angenommenen Basisfallwert von 2.900 € und in diesem Praxisbeispiel geplanten 120 DRG G 07 C ergibt sich der nachfolgende Personalbedarf:

Allgemeinstation	Vollkräfte
Arztdienst	0,21
Pflegedienst	1,22
OP-Bereich	
Arztdienst	0,19
Funktionsdienst	0,44
Anästhesie	
Arztdienst	0,17
Funktionsdienst	0,24

© DKI GmbH, Wuppertal

Insgesamt ist folgende personelle Ausstattungen danach bei einem Basisfallwert von 2.900 € vorzuhalten:

Hauptabteilungen	Ärztlicher Dienst		Pflegedienst		Funktionsdienst	
	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll
Innere Medizin	12,5	11,3	45,7	35,0	5,0	5,4
Chirurgie	13,0	12,4	33,9	26,0	14,0	13,1
Gynäkologie	7,0	6,6	20,0	15,0	8,0	6,4
Urologie	7,5	7,0	25,4	18,0	7,0	5,3
Anästhesie/Intensiv	11,0	10,5	12,0	17,0	14,5	14,1
Summe	51,0	47,8	137,0	111,0	48,5	44,3
Differenz	3,2		26,0		4,2	

© DKI GmbH

Grundsätzlich sollte die Personal"bedarfs"kalkulation mit drei unterschiedlichen Basiswerten im Sinne einer worst-case, best-case und einem "Normal"wert angestellt werden, um anhand dieser Szenarien den konkreten Handlungsbedarf für die personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen ableiten zu können.

In der Übersicht ist erkennbar, daß in vielen der aufgezeigten Dienstarten eine Überschreitung der Soll-Werte im derzeitigen Ist erfolgt. Im wesentlichen ist dies auf die Ausgliederung der ambulanten Patienten respektive auf die Verweildauerverkürzungen zurückzuführen. Insbesondere im Pflegedienst werden die Auswirkungen deutlich.

Abweichungen im Bereich des Funktionsdienstes der operativen/anästhesiologischen Disziplinen, ohne daß sich am grundsätzlichen Leistungsaufkommen in diesem Bereich etwas geändert hat, sollten vor dem Hintergrund der zukünftigen ambulanten Operationen gesehen werden.

Ebenso ist festzuhalten, daß die mögliche Personaldichte im stationären Bereich sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Dienst eine kritische Überprüfung der räumlichen und fachlichen Zuordnung der Stationen erfordert. Stationäre personelle Besetzungen auf Mindestbesetzungsniveau sind zwar eigentlich schon seit Jahren unwirtschaftlich, führen aber zukünftig ohne weitere Umwege in das finanzielle Ungemach. Ob nun EuGH und Arbeitszeitgesetz noch zwei Jahre Luft geben oder nicht oder doch - bereits jetzt sind organisatorische Veränderungen von Aufbau und Ablauf unverzichtbar.

Ähnlicher Text veröffentlicht in f & w im Krankenhaus 03/2004