



© MQ-Illustrations – stock.adobe.com

Ambulantisierung von Krankenhausleistungen

Wie kann der Aufbau eigener MVZ-Strukturen diesen Trend erfolgreich unterstützen?

Von Torsten Lübben

„Die Ambulantisierung der Medizin ist für uns in den Krankenhäusern ein Top-Thema der nächsten Jahre und wird wesentlicher Teil der Strukturveränderungen in der Gesundheitsversorgung sein“, so ein Auszug aus einer Pressemeldung der DKG vom 16.11.2021. Um diese zukünftig ambulanten Patienten nicht zu verlieren und ein umfassendes Leistungsportfolio anzubieten, können mittels krankenhauseigener MVZ-Strukturen wirtschaftlich erfolgreiche Gesamtangebote entwickelt werden. Doch dafür sind im Vorfeld sinnvolle Planungsschritte notwendig.

Keywords: Controlling, Ambulante Versorgung, MVZ

Auch wenn die gesetzgeberischen Rahmenbedingungen für eine sektorübergreifende Versorgung immer noch hohe Hürden aufweisen, findet über den Weg der Krankenhaus-MVZ-Gründungen eine zunehmende Verzahnung von Krankenhäusern und Arztpraxen statt. Während dieser Weg zu engen

gesellschaftsrechtlichen Verknüpfungen, meist in Form von „Mutter-Tochter-Gesellschaften“, führt, verhartet die Behandlung und Vergütung von ambulanten und stationären Patienten weiterhin in einer klaren Trennung.

Zu Beginn der ersten Gründungsphase der Krankenhaus-MVZ stand die stationäre Patientengewinnung im Vordergrund der strategischen Überlegungen von Krankenhäusern, Arztpraxen in hauseigene MVZ zu integrieren. Das mögliche stationäre Potenzial der Arztpraxis aus der, mehr oder minder, nahegelegenen Arztpraxis, war das entscheidende Kaufargument. Hier wurde jedoch vielfach außer Acht gelassen, dass auf Unternehmerseite nur wenige Kenntnisse hinsichtlich des erfolgreichen Managements von Arztpraxen bzw. MVZ vorhanden war. In Folge rutschten viele dieser MVZ-Tochtergesellschaften in die Verlustzone. Dies änderte sich im Laufe der letzten Jahre nur mühsam. Es wurde deutlich, dass die Kostenstruktur einer Krankenhaus-Tochtergesellschaft eine gänzlich andere sein kann, als bislang in der Ein-

zelpraxis. Und die Einnahmeseite wurde bislang vom Engagement eines selbstständigen „Einzelkämpfers“ geprägt. Auf Basis eines Angestellten-Konstrukts wurden und werden die ehemals hohen Patientenzahlen oftmals nicht mehr erreicht. Neue Motivationsstrukturen mussten entwickelt werden, ein echtes Praxis-Leistungscontrolling trat in den Vordergrund...

Mittlerweile erlangen zwei Aspekte der ureigenen stationären Versorgung zunehmend Bedeutung für die Etablierung und Erweiterung von Krankenhaus-MVZ: Der Personaldruck und die Leistungsplanung. Auch im Krankenhaussektor wird die Suche nach Fachkräften immer schwieriger und die Belastung immer höher. Dies zwingt dazu, dieses rare Gut des Fachpersonals auf eindeutig stationäre Patientinnen und Patienten zu konzentrieren und von Leistungsbereichen zu entlasten, deren primäre, aber vor allem sekundäre Fehlbelegung immer weiter zu Rückzugsgefechten mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen führen. Immer mehr Krankenhäuser erkennen, dass sie ihre Mit-

arbeitenden an dieser Stelle entlasten müssen und somit ihre stationären Ressourcen nicht mehr für zweifelhafte Fälle, deren Aufwand, nach MDK-Prüfung, nicht durch die gekürzten Erlöse gedeckt werden, einsetzen sollten. Hier greift somit eine neue Strategie für die Übernahme von Arztpraxen: Nicht mehr allein die Gewinnung von neuen stationären Patientinnen und Patienten steht im Vordergrund, sondern die strategische Neuordnung von stationärer und ambulanter Leistungserbringung. Um hier die Lernkurve bei der Integration von MVZ zu verkürzen und um die Erlös- und Kostensituation dieser MVZ im Vorfeld richtig anzusetzen, bedarf es einer strategischen Planung dieses Aufbaus.

Analyse der Bedarfsplanung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

Obwohl die mortalitätsorientierte Bedarfsplanung der KVen für die meisten Fachbereiche in der überwiegenden Zahl der Regionen eine ausreichende bis überversorgte Ist-Situation an Arztpraxen adjustiert, empfindet die jeweilige Bevölkerung dies auf-

grund von „gefühlter“ Wartezeit gänzlich anders. Diese Diskrepanz bedarf einer eigenen Analyse, die aktuelle Konsequenz ist jedoch ein umfangreicher Antragsweg für etwaige ausgedehnte Leistungsmöglichkeiten, sei es über weitere KV-Zulassungen oder über einen Sonderbedarf. Mit Ausnahme der Allgemeinmedizin in vielen KV-Gebieten ist die Etablierung eines ambulanten Angebotes zunächst einmal nur über den Kauf von bestehenden Arztpraxen möglich. Für weitere Ausdehnungen müssen die entsprechenden Antragswege der KVen bedacht werden.

Analyse des krankenhauseigenen ambulanten Potenzials

Stationäre Fehlbelegung

Über entsprechende Analysetools des Krankenhaus-Informations-Systems lassen sich Fehlbelegungspotenziale formal schnell erkennen. Darüber hinaus können aber auch über entsprechende Interviews mit verantwortlichen Mitarbeitenden, seien es Chef- oder Oberärztinnen und -ärzte sowie mit dem Medizincontrolling, individuellere Potenziale erfasst und Leistungsgruppen als

ambulantes Angebot klassifiziert werden, die gerade für dieses Krankenhaus speziell passen. Neben den klassischen Fächern für ambulante Ausgliederung wie die Gynäkologie, HNO oder Gastroenterologie kann dies auch und gerade für chirurgische und Fächer gelten, wenn z.B. ein eigener ambulanter OP übernommen oder aufgebaut werden kann. Dies kann für die Gefäßchirurgie gelten aber auch für die Unfallchirurgie und weitere Angebote.

Etablierte ambulante Leistungen

Über vorhandene Ermächtigungen bzw. ein bereits etabliertes AOP-Angebot kann geprüft werden, inwieweit ein eigenes MVZ diese Strukturen ergänzen bzw. verbessern kann. Bisläng ggf. im Zentral-OP durchgeführte AOP-Leistungen können in entsprechende Praxisstrukturen ausgelagert werden.

Transformation der erkannten Leistungen in eine Praxisstruktur

Eine wesentliche Vorarbeit ist die „Übersetzung“ des erkannten haus-eigenen Leistungspotenzials in die ►

KOMM, WIE DU BIST.

UND ZEIG DIR SELBST,
DASS DU MEHR KANNST.

 CARL REMIGIUS
MEDICAL SCHOOL

Deinen Beruf hast du schon voll im Griff. Aber jetzt willst du aufs nächste Level. Dann nutze deine Chance auf mehr: Bilde dich weiter! Mit unseren berufsbegleitenden Studiengängen für den Gesundheitsbereich. Auf dich warten genau die praxisorientierten Inhalte, die dich weiterbringen.

Information und Beratung:

0800 7245179 - beratung@carl-remigius.de - www.carl-remigius.de

BEWIRB DICH JETZT!

EBM-Leistungsstruktur einer Arztpraxis. Da dies nicht auf Algorithmen beruht, bedarf es entsprechender Erfahrung, um die Transformation vorzunehmen. Hierbei ist zu beachten, dass es keine „eins zu eins“-Übertragung gibt. Vielmehr löst ein Fall in einer Praxis mehrere erlösrelevante Ziffern aus: zum einen die jeweilige fachärztliche Grundpauschale, des Weiteren die Ziffer für die jeweils erbrachte Leistung sowie gegebenenfalls weitere Zuschläge und Pauschalen. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass z.B. die Grundpauschalen nur einmal im Quartal abgerechnet werden können und weitere Ziffern KV-spezifischen Budgetierungen und Quotierungen unterliegen. Aus diesem Grund wird in der Beurteilung des Erlöspotenzials mit sogenannten Scheinwerten gearbeitet, die von typisierten Durchschnittserlösen je Patient ausgehen. Das in der ►Tabelle dargestellte Beispiel zeigt den Scheinwert eines Patienten der Kardiologie auf: Es wird deutlich, dass ein Patientenmix einer kardiologischen Praxis auf einen durchschnittlichen Fallwert von 90 Euro kommen kann, der im Wesentlichen durch die Basis-Behandlung im Bereich des Regelleistungsvolumens RLV (...bei den meisten KVen, Thüringen: IPV; Rheinland-Pfalz: PZV) erzielt wird und damit den Quotierungsregelungen unterliegt. Beachtet werden müssen dann mögliche Potenziale aus dem TSVG, die diesen Quotierungen nicht unterliegen. Aufgrund ermittelter Erfahrungswerte sind in diesem Mix eine Scheinzahl von 1050 Patientinnen und Patienten pro Quartal eine wirtschaftliche Leistungsgröße. Nunmehr kann mithilfe der Leistungsanalyse festgestellt werden, wie viele der notwendigen Leistungszahlen durch das eigene ambulante Potenzial gedeckt werden, und wie viele über den externen ambulanten Markt hinzugewonnen werden müssen, um erfolgreich zu sein.

Durch die oben angesprochenen Interviews, wird erkennbar ob Leistungen, wie z.B. der Carotis-Duplex, die chronische Herzinsuffizienz, Hypertonie oder Arrhythmie, aber auch der Schwindel bislang noch stationär behandelt wurden und nunmehr in einen Praxisbetrieb ausgelagert werden können. Selbstverständlich ist festzuhalten, dass in diesem kardiologischen Beispiel der elektive Herzkatheter auch über den §115b

Kennzahlen für eine Praxis mit einem Kassenarztsitz ohne Berücksichtigung von Budgetgrenzen		Kardiologie
GKV-Bereich mögliche Scheinzahl pro Quartal		1.050
Kennzahlen je Fall		
RLV	Ø Scheinwert	Umsatz / Quartal
Grundpauschalen	24 €	25.200 €
Zusatzpauschale Kardiologie	50 €	52.500 €
	74 €	77.700 €
QVZ		
Carotis-Duplex	12 €	12.600 €
	12 €	12.600 €
Freie Leistung – Einzelleistung		
Kardiorespiratorische Polygraphie	2 €	2.100 €
Zuschläge / Pauschalen	2 €	2.100 €
	4 €	4.200 €
Summe	90 €	94.500 €

Tab.: Scheinwert eines Patienten der Kardiologie

ambulant abrechenbar ist. Hier muss die langfristig tragbarste Lösung im Vergleich zu einem Praxisbetrieb gesucht werden. Im Detail müssen somit die Leistungen abgezogen werden, die aufgrund der krankenhausspezifischen Situation unmittelbar in der jeweiligen Fachklinik verbleiben sollen bzw. über eine Praxis sinnvoller angeboten werden.

Ergänzung der Leistungs- und Erlöswerte durch eine angepasste Kostenstruktur

Aufgrund von Erfahrungswerten können die Erlöse durch entsprechende Kostengruppen ergänzt werden: Wieviel medizinisches und nicht-medizinisches Personal ist notwendig für die Behandlung der oben skizzierten Fallzahl? Wieviel medizinischen Bedarf, Raumkosten und Investitionen kann sich das MVZ leisten? Vergleichswerte erfolgreicher Praxen können hier zur Ermittlung herangezogen werden. Berücksichtigt werden sollten hierbei auch die zukünftigen Gehälter der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie die Abschreibungen auf den Kaufpreis der Praxis. Über %-Anteile der Kostengruppen vom Umsatz wird ein komplettes Bild erlangt.

Perspektivplanung

Nach dem Kauf einer entsprechenden Praxis entsteht ein Leistungsmix aus den ehemaligen Krankenhausleistungen und dem Portfolio des bisherigen Praxisinhabers. Generell ist nach der Übernahme einer Praxis und der rechtlich notwendigen Anstellung des

Abgebers („Verzicht zugunsten Anstellung“) mit einem gewissen Motivationsverlust zu rechnen, der einen Fallzahlrückgang der Praxis zur Folge haben kann. Dies gilt es einzukalkulieren. Darüber hinaus ist zu planen, ob durch entsprechende KV-Sitzteilung nach der vorgeschriebenen 3-Jahres-Frist (Weiterbeschäftigung des bisherigen Praxisinhabers) weitere Potenziale gehoben werden können. Gibt es bislang nicht realisierte Behandlungsschwerpunkte oder bislang nicht umgesetzte Diagnoseverfahren (z.B. Sonografien)? Die frühzeitige Planung einer Ergänzung mittels entsprechend geschulter Ärztinnen und Ärzte kann das Praxispotenzial steigern. Damit entwickelt sich ein umfangreicher und nachvollziehbarer Businessplan. Aufgrund dieser konkreten Planungsschritte lässt sich einerseits das Krankenhausgeschehen um potenziell ambulante Leistungen entlasten und andererseits ein erfolgreiches MVZ-Tochterunternehmen aufbauen, dass das regionale Behandlungsangebot abrundet und für den Klinikträger und die Patientinnen und Patienten ein attraktives Gesamtbild ergibt. ■

Torsten Lübben
Geschäftsführer
Helmsauer-Curamed
Managementgesellschaft
und Beratungszentrum für
das Gesundheitswesen GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg
torsten.luebben@helmsauer-gruppe.de