

# Ambulante Operationen als neue Verdienstchance

## *Wie Krankenhäuser durch separate Leistungen ihre finanzielle Situation verbessern können*

■ Dr. R. Morar, C. Mutter, C. Keller

***Gefangen im Korsett des stationären Budgets suchen die Krankenhäuser in Deutschland nach Möglichkeiten, um die Kluft zwischen Kostenanstieg und zugebilligter Erlössteigerung zu schließen. Eine mögliche Strategie besteht darin, zusätzliche Einnahmequellen durch ambulante Operationen auszuschöpfen.***

Die angespannte finanzielle Lage vieler Krankenhäuser verschärft sich durch die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen weiter. Kostensenkungen zum Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben wären hilfreich, sind im personalintensiven Krankenhausbetrieb jedoch oft nur über einen Abbau von Stellen möglich. Besser erscheinen Erhöhungen des stationären Budgets durch eine strategische Neuplanung des Leistungsspektrums. So könnte beispielsweise versucht werden, aus einer unterausgelasteten Medizinischen Klinik heraus eine eigene Abteilung Neurologie zu gründen, die dem Krankenhaus zusätzliches Fallpotential und zusätzliche Erlöse verschafft. Doch auch dies kann nur mittel- bis langfristige umgesetzt werden.

Folglich rücken diejenigen Potenziale zusätzlicher Einnahmen in den Blickpunkt, die kurzfristig erschlossen werden können. Leistungen, die separat vergütet werden: Zum Beispiel Selbstzahlerleistungen, Angebote für ausländische Patienten, Kurzzeitpflege, Vermietung nicht genutzter Infrastruktur. Und auch das Angebot des ambulanten Operierens. Während die erstgenannten Möglichkeiten nicht für jedes Haus denkbar sind oder viel Aufbauarbeit erfordern, bietet die ambulante Ope-

ration den Vorteil, dass man die entsprechenden Fälle zum Teil schon im Haus hat und nur aus dem normalen Betrieb organisatorisch ausgliedern müsste.

### Wie sind Gewinne durch ambulante Operationen möglich?

Die Grundidee lautet, geeignete Operationsarten, die bislang stationär durchgeführt wurden, fortan als ambulante Operationen anzubieten. Diese Fälle werden dann nicht mehr im Rahmen des stationären Budgets abgegolten, sondern lassen sich gegenüber den Kostenträgern separat abrechnen. So kann ein Krankenhaus zusätzliche Einnahmequellen erschließen. Da eine Steigerung der Erlöse insgesamt angestrebt wird, muss jedoch auch das stationäre Budget weiterhin voll ausgeschöpft werden. Dies bedeutet, dass die durch den Wegfall der nunmehr ambulanten Operationen entstandenen Lücken in den stationären Fallzahlen mit neuen stationären Fällen wieder aufgefüllt werden müssen, insgesamt also mehr Leistungen zu erbringen sind. Allerdings darf damit kein Anstieg der Kosten in solchem Ausmaß verbunden sein, dass die zusätzlichen Einnahmen davon auf-

### Ambulantes Operieren: Strukturen und Prozesse

- Ausgliederung des Potentials von ambulanten Operationen pro Jahr;
- Nutzung des zentralen OP-Bereichs auch für die ambulanten Eingriffe:
  - dabei getrennte Erschließungszonen,
  - OP-Auslastung erfolgt nach Erfordernissen für ambulante und stationäre Patienten,
  - Aufstockung des Personals nur im Umfang des Bedarfs für die zusätzlichen Eingriffe (keine neuen Dienste, kein Personalbedarf für Rüstzeiten).
- Präoperative Vorbereitung und postoperative Nachsorge in den bestehenden Ambulanzbereichen

gezehrt werden. Ziel ist vielmehr, die zusätzlichen Leistungen mit gleichen oder nur gering erhöhten Ressourcen zu bewältigen. Es sollen also möglichst „stille Reserven“ in Form unausgelasteter Raum-, Geräte- und Personalkapazitäten mobilisiert werden. Selbstverständlich geht dies nicht mit bestehenden, oft ineffizienten Strukturen und Abläufen. Stattdessen erfordert rentables ambulantes Operieren ein eigenes betrieblich-organisatorisches Konzept.

### Zusätzliche Erlöse in Höhe von 800 000 Euro

Der erste Schritt zur Umsetzung besteht in der Analyse des bestehenden Leistungsspektrums: Welche Operationen lassen sich überhaupt ambulant durchführen? Im Schnitt kann in den operativen Disziplinen von einem Anteil ambulant möglicher Eingriffe in Höhe von 25 bis 30 Prozent des bisherigen Leistungsvolumens ausgegangen werden (Tab. 1), in der HNO- und Augenheilkunde gar bis zu 60 Prozent. Die Vergütung

#### Anteil der ambulant möglichen Eingriffe

	Fälle	Operationen	davon Potenzial für ambulante Operationen (25-30%)
Orthopädie	2 500	2 200	600
Innere Medizin	3 200		
Chirurgie	3 100	2 900	700
Urologie	1 400	1 300	300
Gynäkologie/ Geburtshilfe	1 800	1 600	400
<b>Gesamt</b>	<b>12 000</b>	<b>8 000</b>	<b>2 000</b>

\* Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, 500 Planbetten in 5 Fachabteilungen

Tab. 1

ambulanter Operationen richtet sich nach dem EBM-Katalog und beträgt nach Modellberechnungen im Mittel etwa 400 Euro pro Fall. Bei einem Krankenhaus, das im Status quo jährlich 8 000 stationäre Operationen durchführt, könnten demnach durch eine Strategie ambulanten Operierens zusätzliche Erlöse jenseits des stationären Budgets in Höhe von rund 800 000 Euro erwirtschaftet werden. Voraussetzung ist, dass für die ausgegliederten ambulanten Operationen in gleichem Umfang Ersatz an stationären Fällen geschaffen wird.

### Ambulante Operationen sollten vom stationären OP-Betrieb getrennt sein

Damit das ambulante Operieren reibungslos funktioniert und sich rentiert, müssen geeignete Strukturen und Prozesse entwickelt werden. So sollten ambulante Operationen vom stationären OP-Betrieb getrennt werden, da sie aufgrund der geringeren Erlöse pro Eingriff einen sparsamen Personaleinsatz erfordern und die Tagespatienten zudem einem anderen Tagesablauf folgen: Die ambulanten Fälle müssen am OP-Tag in eigenen Bereichen empfangen und auf die OP vorbereitet sowie nach der OP tagesklinisch versorgt werden. Da man die Patienten am gleichen Tag wieder nach Hause entlässt, sind zudem klare OP-Zeitfen-

ster am Vormittag zu definieren, in denen dann alle notwendigen Funktionspersonen anwesend sein müssen. Die Patienten müssen schon im Vorfeld abgeklärt sowie im Anschluss an die OP nachbetreut werden. Dies verlangt eine gute Organisation und Planung der vor- beziehungsweise nachbereitenden Untersuchungen und Gespräche von Operateur und Anästhesist. Idealerweise werden auch für diese Schritte eigene Zeitfenster definiert. Außerdem sollte sichergestellt werden, dass die Patienten alle erforderliche Befunde vom Hausarzt mitbringen. Und zuletzt stellt sich die Frage, in wessen Regie die ambulanten Operationen laufen. Planen und koordinieren die operativen Disziplinen ihre Eingriffe selbst innerhalb zugewiesener Zeitfenster, oder gibt es einen OP-Manager, der sich um den Ablauf kümmert?

Für die besonderen Abläufe bedarf es auch einer passenden Infrastruktur. Ideal wären komplett separate Bereiche für das ambulante Operieren. Meist wird man aber – zumindest teilweise – eine Integration in die Räumlichkeiten des stationären Betriebs realisieren müssen. So können die Operationen selbst gut im zentralen OP-Bereich mit durchgeführt werden, eventuell auch in einem den ambulanten Eingriffen vorbehaltenem Saal. Außerdem sollten die präoperativen Untersuchungen und Aufklärungen wie auch die postoperative Nachsorge in den

### Gewinn-Kalkulation bei ambulanten Operationen

<b>Investitionen in Tagesklinik und Erschließungszonen</b>		20 000 €
300 qm 1 300 €/qm = 400 000 €; verteilt auf 20 Jahre		20 000 € p.a.
zzgl. kalkulatorische Verzinsung (5%)		40 000 € p.a.
<b>Personalbedarf und Personalkosten</b>		
OP-Vor- und Nachbereitung: Operateure, Anästhesie	1,2 VK	70 000 € p.a.
OP-Durchführung: Operateure, Anästhesie	1,6 VK	100 000 € p.a.
OP-Durchführung: Funktionsdienste, Tagesklinik	3,4 VK	120 000 € p.a.
		290 000 € p.a.
<b>Sachkosten</b>		
25% Zuschlag auf die Personalkosten		70 000 € p.a.
<b>Erlöse</b>		
2 000 Fälle/Jahr x 400 €/Fall		800 000 € p.a.
<b>Jährlicher zusätzlicher Gewinn aus ambulantem Operieren</b>	<b>400 000 € p.a.</b>	
VK= Vollzeitkräfte		

Tab. 2

bestehenden Ambulanzbereichen untergebracht werden. Nötig sind dafür nur jeweils eigene Zeitfenster zur organisatorischen Trennung.

Besondere Anforderungen stellt allerdings die Versorgung ambulanter OP-Patienten unmittelbar vor und nach dem Eingriff. Hierfür sind spezielle, stationsersetzende Räumlichkeiten erforderlich: Umkleieräume für die Patienten, Sprechzimmer für letzte Untersuchungen vor der OP, Warteräume sowie tagesklinische Betten für die Regeneration der Patienten. Wo notwendig, sind grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten der räumlichen Gestaltung denkbar. Welche Alternative umgesetzt wird, hängt immer von den vor Ort gegebenen baulichen Rahmenbedingungen, dem erforderlichen Investitionsbedarf und den geplanten Leistungen ab.

**Vorteile** einer integrierten OP-Einheit mit eigenständiger Tagesklinik sind:

- Hohe Flexibilität bezüglich der Leistungs- und Ressourcenplanung,
- Ressourcen-Sharing,
- kurze Wege zur Tagesklinik; kein eigener Standort ist zu besetzen, sowie
- keine zusätzlichen Fixkosten.

**Nachteile** liegen darin, dass es

- keine Abgrenzung zwischen ambulantem und stationärem OP-Betrieb gibt, und
- die Gefahr besteht, dass die ambulanten OPs mit gleichem Ressourceneinsatz wie die stationären Eingriffe durchgeführt werden.

### Wo wird weiteres Personal benötigt?

Zuletzt stellt sich die Frage nach den benötigten Ressourcen für das ambulante Operieren. Zum einen besteht ein Bedarf an Raum- und Gerätesressourcen. Es muss geprüft werden, inwieweit und wie im Bestand noch Reserven vorhanden sind, die genutzt werden können. Gegebenenfalls werden auch bauliche Änderungen notwendig, die jedoch in überschaubarem Rahmen gehalten werden sollten.

Zum anderen entsteht ein Bedarf an personellen Ressourcen. So ist erstens zu ermitteln, welche OP-Kapazität in Stunden für die geplanten ambulanten Eingriffe benötigt wird. Daraus ergibt sich der Bedarf an Funktionspersonal (auch für die Tagesklinik), Anästhesie und Operateuren. Zweitens ist zu errechnen, welcher zusätzliche Personalbedarf in den Ambulanzen für die präopera-

tive Vorbereitung und postoperative Nachsorge entsteht. Möglicherweise kann die zusätzliche Leistung mit den vorhandenen Mitarbeitern bei größerer Effizienz erbracht werden. Wahrscheinlich wird man aber die personellen Ressourcen graduell erhöhen müssen. Auf jeden Fall sollte dabei beachtet werden, keinen Fixkostensprung zu verursachen: Zum Beispiel, indem neue Leistungsstandorte geschaffen werden, die mit einem eigenen Mitarbeiter zu besetzen sind, diesen jedoch nicht voll auslasten. Wichtig ist auch, jede OP mit einer minimalen Besetzung durchzuführen; denn die Vergütungen für ambulante OPs decken nicht die Besetzungen stationärer Eingriffe ab.

### Ein Gewinn kann bei effizienter Organisation erwirtschaftet werden

Lässt sich mit der Ausgliederung ambulanter Operationen tatsächlich die finanzielle Situation eines Krankenhauses verbessern? Denn nur, wenn ein nennenswerter Deckungsbeitrag erzielt wird, ist das gesetzte Ziel erreicht. Die Beispielkalkulation (Tab. 2) zeigt, dass unter den genannten Voraussetzungen – keine Fixkostensprünge und eine effiziente Organisation – ein Gewinn erwirtschaftet werden kann. Ambulantes Operieren mit Konzept stellt eine interessante Option zur kurzfristig realisierbaren Einnahmenverbesserung dar. Darüber hinaus empfehlen sich aus strategischer Sicht Gedanken zur vernünftigen Umsetzung des ambulanten Operierens, um auch in Zukunft die potentiell ambulanten Fälle im Haus zu behalten. An diesen Überlegungen ändert sich im übrigen durch die Einführung der DRG nichts. Denn die ambulanten Versorgungsformen haben weiterhin Bestand und sind daher strategisch wie finanziell wichtig.

#### Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Volksw. Christof Mutter  
Dr. med. Dipl.-Ing. Rene Morar  
Dipl.-Volksw. Christian Keller  
Bertoldstr. 48  
79098 Freiburg i.Br.  
E-Mail: info@cmknet.de