

Zentrumspathologie: Der 16-Millionen-Euro-Rettungsschirm

Was kostet ein Tumorfall im Zentrum über die Kosten eines anderen Tumorfalls hinaus? Das war die Fragestellung einer betriebswirtschaftlichen Untersuchung von Dipl.-Betriebswirt Uli Früh im Auftrag des Berufsverbandes. Erste Ergebnisse wurden bereits auf dem diesjährigen Bundeskongress Pathologie in Berlin vorgetragen. Uli Früh von der WCG AG hat bereits mehrere betriebswirtschaftliche Studien für die Mitglieder des Bundesverbandes Deutscher Pathologen erstellt. Die wichtigste war die Studie über Kostenhöhe und Kostenstrukturen von 2006. Er betreut darüber hinaus Institute für Pathologie bei einem gemeinsamen Benchmarking und führt Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in Instituten in Krankenhausträgerschaft oder in Universitäten durch. Seine Studie kommt zu teils überraschenden Ergebnissen über die Art und die Höhe der größtenteils unbezahlten Zentrumsarbeiten des Fachgebietes. Um diese auch gebührentechnisch abzubilden, hat der Berufsverband Vorschläge entwickelt, die Sie auf Seite 8 finden. **patho.**

Aufgabenstellung und Ziel

Der Auftrag des Bundesverbandes Deutscher Pathologen zielte auf die Generierung und Aufbereitung von repräsentativen Zahlen und Daten zur Orientierung in der Honorarpolitik ab. In diesem Zusammenhang wurden folgende Schritte im Rahmen einer bundesweiten Studie im Oktober 2010 durchgeführt:

- A) Erhebung des zusätzlichen Aufwands für die Diagnostik bösartiger Tumore,
- B) Erhebung des zusätzlichen Aufwands für Zentrums- und/oder Mammographie-Screening-Arbeit und Kalkulation zur Erhebung der Kosten für Tätigkeiten in Zentren und/oder für Mammographie-Screening.

Insgesamt nahmen 63 Institute an der zweiwöchigen Datenerhebung teil. 36 Institute (57 Prozent) davon waren Privatinstitute, 27 Institute (43 Prozent) Universitäts- oder Krankenhausinstitute. Dieses Verhältnis zeigt, dass überproportional viele Rückläufe aus dem Bereich der Universitäts- und Krankenhausinstitute zu verzeichnen waren. Die überproportionale Teilnahme größerer Institute zeigt sich auch an der durchschnittlichen Zahl von vier ÄrztInnen pro Institut im Gegensatz zu dem sonstigen geschätzten Durchschnitt von zwei ÄrztInnen. Insgesamt umfasste die Untersuchung 252 ÄrztInnen, das sind circa 20 Prozent aller berufstätigen PathologInnen.

Der durchschnittliche Anteil der Fälle mit bösartigen Tumoren in Bezug auf die Gesamtfallzahl liegt bei den Teilnehmern der Datenerhebung bei 17 Prozent. Abb. 1 zeigt diesen Prozentanteil je teilnehmendem Institut. Stärkere Ausreißer wurden von WCG nochmals abgeklärt und können durch die Besonderheit der Institute erklärt werden.

Zu Teil A der Studie:

95 Prozent der Teilnehmer bestätigen, dass der Zuschnitt in Tumorfällen aufwendiger ist. Im Durchschnitt fällt rund die doppelte Arztzeit (113 Prozent mehr) gegenüber einem Nichttumorfall an. 87 Prozent der Teilnehmer bestätigen, dass höherwertigere Methoden eingesetzt werden. Die MTAs benötigen ziemlich genau die doppelte Zeit gegenüber einem Nichttumorfall. Telefonate und Kommunikation sind ebenfalls deutlich umfangreicher gegenüber einem Nichttumorfall, was von 92 Prozent der Teilnehmer bestätigt wird. Der zeitliche Mehraufwand liegt bei den Ärzten bei rund 54 Prozent. Die Mitarbeiterinnen im Sekretariat bestätigen, dass circa 63 Prozent mehr Zeiten für Dokumentation/Asservierung/Archivierung anfallen. Mehrkosten je Fall für nicht den Tumorzentren oder dem Mammographie-Screening zuzurechnenden Fälle wurden nicht errechnet. Ein Teil davon dürfte über die vermehrte Anzahl der Materialien und den Ansatz

Abb. 1: Prozentanteil der Fälle mit bösartigen Tumoren an der Gesamtfallzahl der Institute

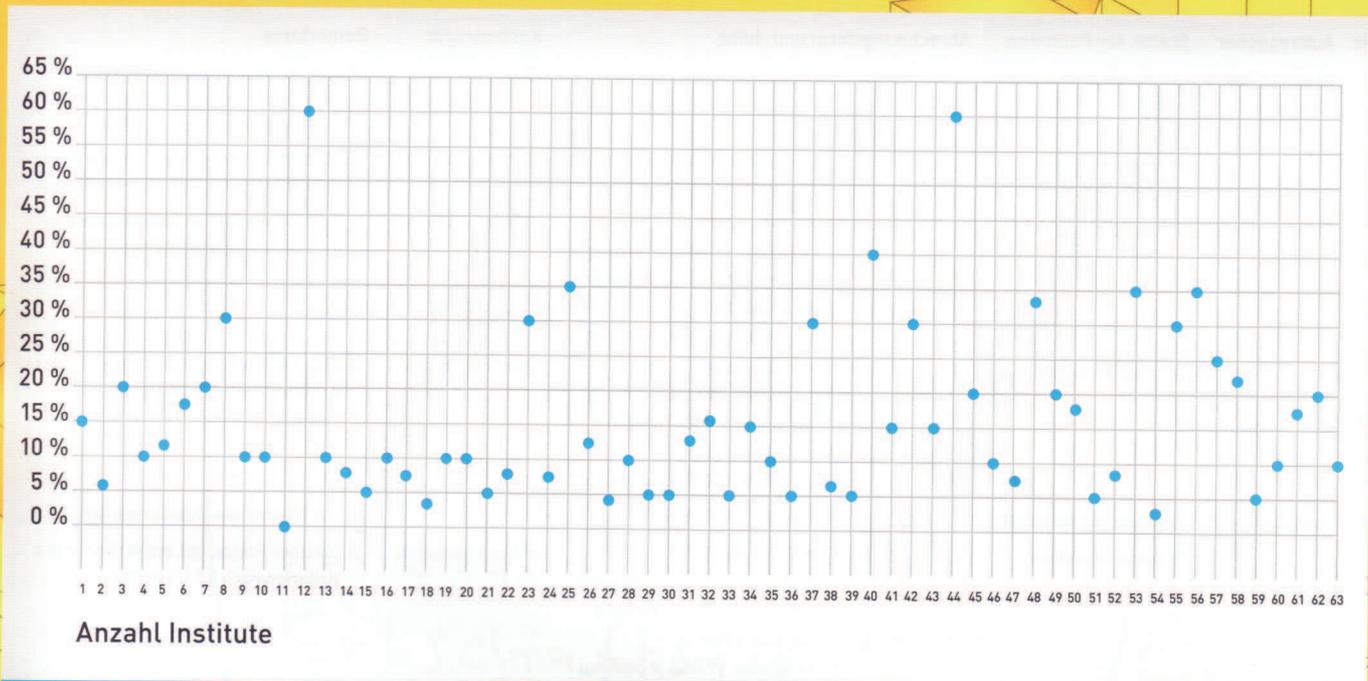
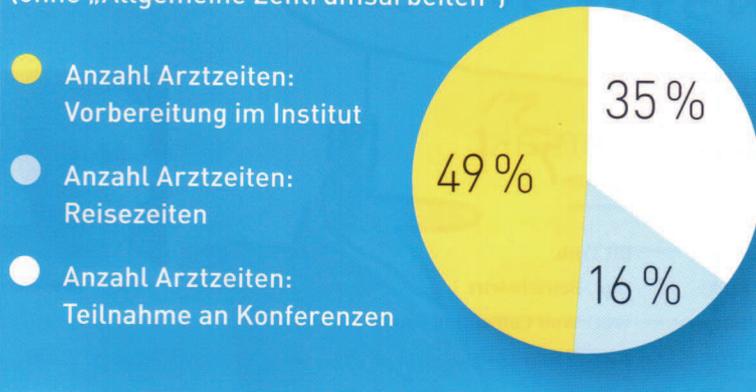


Abb. 2: Prozentanteil von Vorbereitung, Reise und Konferenzen an der ärztlichen Gesamtzeit (ohne „Allgemeine Zentrumsarbeiten“)



Teilnahme an 200 Konferenzen im Jahr, wobei dies ebenfalls stark unterschiedlich ausgeprägt ist. Von diesen 200 Konferenzen entfallen rund drei Viertel auf Zentrumskonferenzen und ein Viertel auf Mammographie-Screening-Konferenzen. Im Durchschnitt werden pro Facharzt circa 53 Konferenzen je Institut und Jahr wahrgenommen. Ein eher unerwartetes Ergebnis der Datenerhebung zeigt sich im Bereich der „Allgemeinen Zentrumsarbeiten“. Hier wurden die zusätzlichen Zeiten erhoben, die für Koordination, Abstimmung, Qualitätszirkel, Netzkoordinationen, Lenkungsausschüsse, Allgemeine Verwaltungsarbeiten, Audits etc. anfallen. Ergebnis ist, dass im Durchschnitt je Jahr und je Institut circa 36 Arbeitstage für diese Tätigkeiten anfallen. Dies ist schon ein enormer zusätzlicher Zeitaufwand und im Rahmen von Kostenkalkulationen unbedingt mit zu berücksichtigen.

von weiteren Untersuchungen auf der Basis zusätzlich eingesetzter Methoden abgegolten sein. Dennoch erscheint auch hier der unvergütete Teil der Arbeit nicht unbeträchtlich zu sein.

Zu Teil B der Studie:

1. Auswertungsergebnisse der Erhebung des zusätzlichen Aufwands für Zentrums- und/oder Mammographie-Screening-Arbeit

Im Durchschnitt ergibt sich, dass 52 Prozent der Karzinomfälle derzeit in Zentren und/oder im Mammographie-Screening bearbeitet werden, wobei hier eine starke Streuung über die teilnehmenden Institute zu verzeichnen ist. Im Durchschnitt je Institut erfolgt die

Ziel der Kalkulation war es, die Kosten je Fall für Tätigkeiten in Zentren zu ermitteln. Demzufolge wurden auf Grundlage der von den Teilnehmern im Erhebungszeitraum aufbereiteten Daten

- die Anzahl der besprochenen Fälle,
- die Arztzeiten (Vorbereitung im Institut, Reisezeiten, Teilnahme an Konferenzen, siehe Abb. 2)

Abrechnungsmöglichkeiten bei Teilnahme von PathologInnen an interdisziplinären Konferenzen

Quelle:  **BUNDESVERBAND DEUTSCHER PATHOLOGEN e.V.**
Stand: 10. April 2011

Nr.	Auftraggeber	Status der Patienten	Abrechnungsform und -höhe	Kostenträger	Bemerkung
1	„Eigenes“ Haus (Chefarzt)	a) gesetzlich versichert	a) -	a) -	a) aber zu Dokumentationszwecken (Arbeitsbelastung) Erfassung von z. B. 1x Nr. 60A oder 78A GOÄ
		b) privat versichert	b) je Fall Nr. 60A GOÄ oder Nr. 78A bei eigener Fallvorstellung	b) PrivatpatientIn	b) üblicher Faktor, ggf. bei Vorliegen der Kriterien nach § 5 (2) erhöht
2	Externes Haus	a) gesetzlich versichert	a - 1) Nr. 78A je Fall (+ §8 oder §9 GOÄ je Sitzung bei eigener Fallvorstellung)	a) Externes Haus	a) Faktor eventuell an übliche Krankenhausrechnung angeglichen
			alternativ: a - 2) Nr. 60A je Fall (+ §8 oder §9 GOÄ je Sitzung)		
		b) privat versichert	b - 1) Nr. 78A je Fall (+ §8 oder §9 GOÄ je Sitzung bei eigener Fallvorstellung)	b) PrivatpatientIn	b) üblicher Faktor, ggf. bei Vorliegen der Kriterien nach § 5 (2) erhöht
			alternativ: b - 2) Nr. 60A je Fall (+ §8 oder §9 GOÄ je Sitzung)		
3	Ambulant	a) gesetzlich versichert	a) 01758 + 40852 EBM	a) KV	a) nur Mammographie-Screening
		b) privat versichert	b - 1) Nr. 78A je Fall (+ §8 oder §9 GOÄ je Sitzung bei eigener Fallvorstellung) alternativ: b - 2) Nr. 60A je Fall (+ §8 oder §9 GOÄ je Sitzung)	b) PrivatpatientIn	b) üblicher Faktor, ggf. bei Vorliegen der Kriterien nach § 5 (2) erhöht

4 Ggf. kann alternativ zu Ziffer 60A oder 78A die Arbeit der PathologInnen auch über Zeitäquivalente dargestellt, dokumentiert und abgerechnet werden. Analog Ziffer 80A, 500 Punkte, 29,14 Einfachsatz je Stunde x 3,5 = ca. 102,00 Euro/Stunde, 15 Minuten = ca. 25,00 Euro. Bei Abrechnung mit dem Krankenhaus über Verrechnungseinheiten sind ggf. die Verrechnungseinheit oder ein Vielfaches davon zur Abrechnung empfohlen.

- die direkten Kosten (Fahrtkosten, Abschreibungen für Investitionen)
- und die Zeiten für „Allgemeine Zentrumsarbeiten“ ausgewertet.

2. Die Arztkosten wurden wie folgt berechnet:

Geht man von einer jährlichen Vergütung von 139.000,00 Euro je Arzt aus, so ergeben sich auf Grundlage von 220 Arbeitstagen und acht Stunden je Arbeitstag Arztkosten in Höhe von 79,00 Euro je Stunde. Dies entspricht einem Minutensatz von 1,32 Euro. Fahrt- und Investitionskosten in diesem Zusammenhang fallen fast nicht ins Gewicht. Es wurde rein auf der Basis einer Kostendeckung gerechnet, das heißt ohne Einbezug eines Gewinnanteils für das eingesetzte Kapital.

3. Kosten je Fall

Ausgehend von 3.610 besprochenen Fällen im Zeitraum der Datenerhebung ergeben sich Kosten je Fall für Tätigkeiten in Zentren und/oder Mammographie-Screenings von circa 18,00 Euro. Kalkuliert man die Zeiten für „Allgemeine Zentrumsarbeiten“, so ergeben sich weitere circa 12,00 Euro Kosten je Fall, beide Positionen zusammen ergeben circa 30,00 Euro je Fall.

Kontakt

Uli Früh
Dipl.-Betriebswirt
WCG Wolf Consulting Group AG
frueh@wcg-ag.de



4. Abschlussbetrachtung

Bei Zentrums- und/oder Mammographie-Screening-Tätigkeiten fallen je Fall zusätzliche Kosten in Höhe von etwa 30,00 Euro an. Die teilnehmenden Institute (mit circa 20 Prozent der berufstätigen PathologInnen) bearbeiten rund 105.000 Fälle pro Jahr. Eine Hochrechnung für die Bundesrepublik ergäbe rund 525.000 Fälle pro Jahr. Bewertet man diese mit dem zusätzlichen, oft nicht vergüteten Kostensatz von circa 30,00 Euro, so ergeben sich jährlich knapp 16 Millionen Euro, die als „Subvention“ des Fachgebietes Pathologie für die Zentrumsarbeit angesehen werden können. ■