

Fotos: Bilderbox



Kooperieren oder ausgliedern?

Bei Strukturveränderungen steht auch das Labor auf dem Prüfstand

Massive Eingriffe in die Krankenhauslandschaft sind häufig die Triebfeder, bestehende Strukturen zu durchleuchten, bisherige Abläufe in Frage zu stellen, neue Organisationsformen zu entwickeln und zu implementieren. Dabei kommt nahezu regelmä-

Variante 1:

Eine Klinik verfügt über ein eigenes Institut für Labormedizin, das einem Chefarzt (Facharzt für Laboratoriumsmedizin) untersteht. Selbstverständlich können sich die diagnostischen Bereiche noch auf die Mikrobiologie und Transfusionsmedizin erstrecken. Die übrigen Krankenhauslaboratorien unterstehen der ärztlichen Leitung eines – meist des internistischen – Chefarztes.

Variante 2:

Keines der Krankenhäuser hält eine hauptamtliche Abteilung für Laboratoriumsmedizin vor. Die technische Leitung hat eine MTA, die ärztliche Leitung obliegt dem zuständigen internistischen Chefarzt vor Ort.

Zu beantworten ist hier die Frage: *Inwieweit muss die bisherige dezentrale Laborstruktur aufrecht erhalten bleiben und sind durch tiefer gehende Kooperationen der Krankenhäuser deutliche Einsparpotenziale erreichbar?*

Die Prämisse dabei: Eine qualitativ hochwertige Diagnostik ist mit einer wirtschaftlichen Arbeitsweise in Einklang zu bringen.

Die zu erstellenden Konzeptionen werden in unterschiedlichem Ausmaß tief greifende Änderungen in

folgenden Punkten zur Konsequenz haben:

- Aufbauorganisation (Leistungs- und Führungsstrukturen)
- Personalbedarf, Personaleinsatz, Arbeitszeiten
- Ablauforganisation
- Parameterspektrum/Leistungsangebot an einzelnen Standorten
- Geräteausstattung/EDV
- Einbindung des Pflegedienstes
- Einkauf bzw. Lieferantenstruktur/-zusammensetzung
- Investitionsbedarf
- Liquidationserlöse u. a. m.

Es stärkt die Glaubwürdigkeit der Initiatoren, noch vor dem Projektstart darauf hinzuweisen.

Vor Projektbeginn muss die Ist-Situation zunächst in den Punkten Leistungs- und Kostenstrukturen, Wirtschaftlichkeit, Ablauforganisation, Personal und Dienstzeiten, Anforderungsverhalten – um die wichtigsten Punkte zu nennen – durchleuchtet werden. Es ist unumgänglich, den Status Quo der verschiedenen Laborstandorte zu kennen.

Dem erweiterten Projektteam (z. B. kaufmännische und ärztliche Führung, technische und ärztliche Laborleitung, Pflegedienst, Mitarbeitervertretung) sind die Ist-Gutachten vorzustellen, die Teilnehmer werden

In vielen Krankenhäusern werden Überlegungen zur Zukunft des Krankenhauslabors angestellt. Dabei geht es oft um die Frage Kooperation oder Privatisierung. Ziel sind deutliche Einsparpotenziale. Gleichzeitig soll weiterhin eine hochwertige Diagnostik geleistet werden.

Big auch die *labordiagnostische Krankenversorgung* auf den Prüfstand. Die Frage ist dann: Kooperation oder Privatisierung?

Kooperation und Zentralisierung

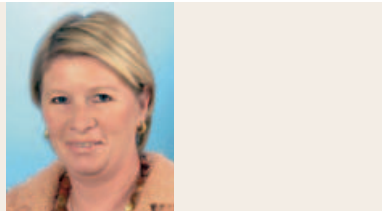
Es gibt typische Ausgangssituationen für die Überlegungen zur Zukunft des Krankenhauslabors. Gehören mehrere Krankenhäuser einer Region zu einem Träger, sind zumeist zwei Varianten anzutreffen:

um Stellungnahmen gebeten, eventuell erforderliche Korrekturen sind in das Gutachten einzuarbeiten.

Die künftige Struktur

Erst auf der Grundlage einer sicheren Datenbasis erfolgt die Entwicklung der zukünftigen Struktur: Sinnvollerweise wird das Sollkonzept die Errichtung eines zentralen Laborstandortes vorsehen, der nach bestimmten Kriterien (z. B. Patientengut, Fachabteilungen, Probenaufkommen, Räumlichkeiten u. a. m.) festzulegen ist. In diesem Hauptlabor wird die gesamte Analytik gebündelt. Sofern ein entsprechendes Probenaufkommen erreicht wird, können auch Bereiche wie Mikrobiologie, Infektionsserologie, Tumormarker/Hormone oder molekularbiologische Diagnostik bearbeitet werden. Das Leistungsspektrum ist stark abhängig von der Größe des Krankenhausverbundes, muss aber in jedem Fall – auch bei zentralisierter Erstellung – nach wirtschaftlichen Kriterien zusammengestellt werden.

In praxi sieht es oftmals so aus, dass seitens der Ärzteschaft und des Laborpersonals ein stark überdimensioniertes Parameterspektrum geplant wird, da die apparative Ausstattung die Bearbeitung erlaubt. Dabei werden allerdings häufig die



Margit Schemann,
Geschäftsführerin 1K –
Die Krankenhausberater GmbH

hohen Folgekosten im Reagenzienbereich übersehen.

Pragmatisch ist es, sich bei der Festlegung des Parameterspektrums an den Marktpreisen einer Fremdvergabe zu orientieren. Liegt der Preis pro Patientenergebnis (Reagenz, Kontroll-, Standard- und Einmalmaterial) unterhalb des Bezugspreises (z. B. 0,25-facher GOÄ-Satz), ist eine Eigenanalytik zu befürworten. Dies hat selbstverständlich für vitale Parameter keine Gültigkeit.

Die Festlegung des Untersuchungsspektrums und das entsprechende Mengengerüst bilden im Folgenden die Basis, um den Personalbedarf,

die Dienstzeiten, die gerätetechnische Ausrüstung (einschließlich EDV) und den Sachmitteleinsatz zu planen. Die voraussichtlichen Vollkosten des Zentrallabors sind mit einiger Erfahrung sicher abzuschätzen.

In Abhängigkeit von der Ausgangssituation gibt es neben dem Zentrallabor noch eine unterschiedliche Anzahl von peripheren Laborstandorten. Die Ausgestaltung dieser Einheiten hängt einerseits von der Entfernung zum Hauptlabor ab, andererseits ist das Patientengut zu berücksichtigen. Diese Satellitenlabors können ohne Weiteres die Routinediagnostik aufgeben und auf so genannte Vital-Laboratorien (POCT-Laboratorien) umgestellt werden. Allerdings sollte das Hauptlabor dann in etwa 30 bis 45 Minuten erreichbar und ein Notfalldepot für nicht planbare Transfusionen an jedem Satellitenstandort eingerichtet sein. Die Notfalldiagnostik am Patienten wird fortan nicht mehr von Medizinisch-technischen Assistentinnen geleistet, sondern von Mitarbeitern der Pflege oder des ärztlichen Dienstes. Über eine zentrale EDV-Verbindung sind jedoch die Laborstandorte miteinander verbunden, so dass auch die notfallmäßig bearbeiteten Werte im Befund zu erkennen sind.

Ist ein Klinikverbund so strukturiert, dass die Entfernungen zwischen den Häusern weit (z. B. mehr als eine Stunde Fahrtzeit) sind oder zusätzlich eine große Klinik mit einem hohen Notfallaufkommen angebunden ist, sollte die Einrichtung eines Basislaborstandortes erwogen werden. Hier sind voll mechanisiert mit geringem Personaleinsatz und EDV-unterstützt die Routineuntersuchungen der Klinischen Chemie, Hämostaseologie, Hämatologie und Transfusionsserologie zu bearbeiten. Ob eine 24stündige Besetzung des Basislaboratoriums notwendig ist, wird am Einzelfall entschieden.

Die Vollkosten der Peripheriestandorte sind zu kalkulieren, zu ergänzen sind die Transportkosten zwischen den Kliniken, wobei nicht nur Routinetransporte, sondern auch Spontantransporte in einem ausreichenden Umfang berücksichtigt werden müssen.

Häufig ist es auch erforderlich, die Fremdvergaben neu zu verhandeln. In jedem Fall sollte für alle Kliniken ein und dieselbe Laborarztpraxis beauftragt werden, idealerweise über-



Wir verknüpfen Ihre Arbeitsprozesse zu einem ganzheitlichen Krankenhaus-Informationssystem.

Wie das geht erfahren Sie unter www.rzv.de, oder rufen Sie uns an unter Telefon (02335) 638-0.



IHR SERVICE-PARTNER FÜR
INFORMATIONSVERRARBEITUNG

nimmt dieses Fremdinstitut mindestens eine Fahrttour zwischen den Krankenhäusern.

Kostenvorteile der Zentralisierung

Zum Schluss bleibt natürlich die Frage, welche Kostenvorteile eine Zentralisierung erwirkt. Eine eindeutige Antwort gibt es darauf nicht. Die Erfahrung zeigt, dass zwischen 15 und 25 Prozent der Ist-Kosten einzusparen sind. Die Höhe ist abhängig von der Ausgangssituation (z. B. dem tatsächlichen Investitionsbedarf) und von der Größe des Verbundes. Kleinere Einheiten erreichen meist eine Kostensenkung um 200 000 bis 300 000 Euro pro Jahr, größere Krankenhausverbünde kommen durchaus auf ein Einsparvolumen von ein bis zwei Millionen Euro pro Jahr. Hier sind allerdings auch die Kostenreduktionen inbegriffen, die sich Projekt begleitend einstellen (z. B. durch Vereinheitlichung der Lieferanten- und Gerätestruktur sowie Fremdvergaben, Anpassung des Untersuchungsangebotes auf wirt-



schäftliche Parameter, Analyse des Anforderungsverhaltens auf DRG-Ebene).

Schwierig ist es abschließend, einen gerechten Schlüssel zur Verteilung der Einsparungen auf die einzelnen Standorte zu finden, aber daran sollte ein Projekt nicht scheitern.

Privatisierung des Labors

Eine Laborprivatisierung (Outsourcing, Ausgliederung) ist meist eine Strukturänderung, die auf ein einzelnes Krankenhaus zugeschnitten ist. Laborprivatisierung bedeutet, dass die organisatorische, fachliche, finanzielle und personelle Verantwortung einem Dritten (niedergelassener Laborarzt, Laborinstitut eines Klinikums) übertragen wird. Räumlich bleibt die Labordiagnostik im

bzw. am Krankenhaus und ist an 365 Tagen über 24 Stunden verfügbar. Zunächst stellt sich die Frage, ob die Laborausschreibung veröffentlicht werden muss. Im Allgemeinen wird hier die Auffassung vertreten, dass es sich bei der Fremdvergabe/dem Einkauf von Laborleistungen um eine Dienstleistung im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit handelt, die damit in den Geltungsbereich der VOF fällt. (Näheres dazu bei der Verfasserin.)

Auch hier ist zunächst die Ausgangssituation zu erfassen. Im Gegensatz zu Kooperationsprojekten ist eine Grobanalyse meist ausreichend. Bekannt sein sollten:

- die Ablauforganisation des Labortoriums,
- die Art und der Umfang von Sondertätigkeiten des Laborpersonals (z. B. kapillare Blutentnahmen),
- eine exakte Leistungsstatistik des Inhouse-Labors,
- die Laborkosten (Personal, Laborbedarf, Wirtschaftsbedarf, Gerätewartungen und -reparaturen, Investitionskosten u. a. m.),
- sämtliche Statistiken der Fremdleistungen,
- eine aktuelle Aufstellung der Personalbesetzung mit absehbaren Entwicklungen.

Diese Unterlagen werden für eine Angebotsabfrage aufbereitet und an eine festzulegende Anzahl von regional und überregional tätigen Laborärzten versandt.

Ausschreibung und Bieterverfahren

Neben den klinikspezifischen Gegebenheiten werden die Ausschreibungsunterlagen noch um einen krankenhausesindividuellen, umfassenden Fragenkatalog ergänzt, der im Wesentlichen folgende Kriterien enthält:

- Service,
- Qualität,
- Personal,
- Referenzen,
- Honorare,
- Zusatzleistungen,
- Umgang mit bestehenden Liquidationsrechten und
- Investitionen.

Besonders zu beachten ist das sensible Personalthema. Mehrheitlich wird ein Betriebsübergang nach § 613a BGB angestrebt, wobei durchaus eine Verlängerung der einjährigen gesetzlichen Bindungsfrist

erreicht werden kann. Die Alternative der Personalgestellung ist sehr kritisch zu sehen, da diese in der Regel umsatzsteuerpflichtig ist. Es ist vertrauensbildend, die Mitarbeitervertretung so früh wie möglich in das Projekt einzubeziehen.

Ein ebenso sensibles Thema ist der Umgang mit bestehenden Liquidationsrechten. Eine Laborprivatisierung ist von Beginn an zum Scheitern verurteilt, wenn an dieser Stelle keine einvernehmliche Lösung herbeigeführt wird.

Einige Fragen zielen darauf ab, wie der zukünftige Partner den Laborbetrieb gestalten wird. Aus Sicht des Hauses ist die Degradierung zu einem Notfall-Labor keineswegs wünschenswert, in der Praxis aber auch nicht notwendig. Jedoch muss dem externen Laborarzt die Möglichkeit gegeben werden, in bestehende Strukturen einzugreifen und beispielsweise unwirtschaftliche und nicht zeitkritische Parameter aus dem Untersuchungsspektrum zu eliminieren. Ebenso obliegt ihm die Anschaffung des Geräteparks und die Wahl des EDV-Systems, wenn die Forderungen des Krankenhauses (Schnittstelle zum KIS, beleglose Anforderung, definierte statistische Informationen) erfüllt werden. Meist wird mit Beginn der Kooperation das Anlagevermögen zum Buchwert übernommen.

Für die Angebotsabgabe ist üblicherweise eine Frist von vier Wochen vorgesehen.

Bewertung der Angebote

Anhand der festgelegten Entscheidungskriterien und deren Wichtigkeit erfolgt die Bewertung nach dem Verfahren der Kosten-/Nutzenanalyse, das hierfür bestens geeignet ist, da es neben qualitativen auch wirtschaftliche Aspekte gleichwertig berücksichtigt, objektiv, transparent und nachvollziehbar ist.

Schnell kristallisieren sich die Angebote heraus, mit denen man das Ausgliederungsprojekt weiter verhandeln sollte. Meist liegt die Zahl der Bieter, die in die erste Verhandlungsrunde kommen, bei zwei bis maximal vier Bewerbern. Diese werden zu einem persönlichen Gespräch in das Krankenhaus eingeladen, um ihre Praxis vorzustellen und ihr Angebot zu erläutern.

Gesprächsteilnehmer auf Krankenseite sollten der Ärztliche Direk-

tor, der für das Labor verantwortliche Chefarzt, die technische Laborleitung, ein Vertreter der MAV (PR, BR) und der Geschäftsführer/Verwaltungsdirektor sein.

Besonders zu beachten sind in diesem Gespräch die Themen Personal (z. B. Ausgleich zur Zusatzversorgungskasse), Qualität (z. B. Akkreditierung des Laborbetriebes am Krankenhaus) und Wirtschaftlichkeit (Eingrenzung des Vorortspektrums); doch auch banale Fragen, etwa, ob die Praxis zukünftig auch die Blutentnahmesysteme zur Verfügung stellt, gehören dazu. Üblicherweise einigt man sich im Krankenhaus nach der ersten Verhandlung auf zwei Bieter, mit denen man sich eine Zusammenarbeit vorstellen kann.

Den Praxen, die für eine zweite Verhandlungsrunde in Frage kommen, gehen weitere Informationen zu, die für ein detaillierteres Angebot notwendig sind. Sie werden aufgefordert, ihre Angebote zu überarbeiten.

Bezüglich der Honorierung sind zwei Wege denkbar: Einerseits kann ein flexibles Budget mit feststehenden Ober- und Untergrenzen vereinbart werden, ebenso ist die Verhandlung eines fixen Budgets möglich. Die Entscheidung ist klinikindividuell zu treffen. Die Exklusivität der bisherigen Fremdvergabe geht bei einer Laborausgliederung auf den zukünftigen Betreiber über.

Liegt das zweite Angebot vor, sind nochmals unklare Punkte zu erörtern, offene Fragen zu beantworten und Modalitäten einer möglichen Zusammenarbeit zu besprechen.

Es spricht einiges dafür, die Verhandlung mit zwei Bietern weiterzuführen, so dass im Nachgang der zweiten Gesprächsrunde entweder von den Laborärzten Vertragsentwürfe angefordert werden oder das Krankenhaus auf eigene Verträge zurückgreift. Insgesamt ist eine Vielzahl von Verträgen zu schließen (Kooperationsvertrag, Personalüberleitungsvertrag, Mietvertrag für Laborräumlichkeiten, Vertrag zur Übernahme des Anlagevermögens, Schiedsvertrag), so dass an dieser Stelle juristischer Beistand dringend zu empfehlen ist.

In ein bis zwei weiteren Sitzungen werden die Entwürfe besprochen und überarbeitet, in diesem Zeitrahmen wird sich im Krankenhaus auch die Meinung bilden, mit welcher Praxis man das Projekt realisieren möchte.

Kostenvorteile der Privatisierung

Auch für die Outsourcing-Variante bleibt am Ende die Frage nach dem erzielbaren Einsparvolumen. Dieses ist ebenso wie bei Kooperationsprojekten von der Ausgangssituation abhängig. Wirtschaftlich arbeitende Laboratorien einer mittleren Größenordnung haben ein Einsparpotenzial von etwa 100 000 bis 200 000 Euro pro Jahr, größere Häuser, die über personelle Ressourcen und ein umfassendes (unwirtschaftliches) Leistungsangebot verfügen, können die Kosten durchaus um 400 000 bis 700 000 Euro pro Jahr reduzieren.

Zukunftsträchtig und die Existenz der Labordiagnostik sichernd sind sowohl die Labor Kooperation als auch die Laborausgliederung, wobei Letztere häufig einfacher zu realisieren ist. In jedem Fall sollte die Initiative ergriffen werden, bevor es andere tun. Das Krankenhauslabor kleiner und mittlerer Größenordnung, das nur die eigene Klinik versorgt, gehört in absehbarer Zeit der Vergangenheit an. ■

Margit Schemann, Geschäftsführerin
1K – Die Krankenhausberater GmbH
Wormser Landstraße 261
67346 Speyer
www.1K-Die-Krankenhausberater.de



Langlebige Kommunikationssysteme aus einer Hand

Das clino com 21 von Ackermann

Wer als Betreiber sein Krankenhaus mit zukunftsfähigen Lösungen ausstatten möchte, benötigt einen starken Partner. Als Marktführer bieten wir langlebige Kommunikationssysteme aus einer Hand: **clino com 21** vereint die klassischen Funktionen eines Rufsystems in einem Endgerät, das als Multifunktionsterminal am Krankenbett alle Kommunikationswünsche erfüllt. Dabei erfolgt der gesamte Datentransfer über ein einziges Kabel. Durch diese Vereinfachung der Infrastruktur sinken sowohl der Zeitaufwand für Planung und Installation als auch der Kostenaufwand für Wartung, Instandhaltung und Betrieb. Weitere Vorteile sind die Möglichkeit der flexiblen Anpassung an alle Anforderungen und die klare, digitale Sprachqualität mit bis zu 40 parallelen Sprachkanälen je Station.

Informationen zu unseren Produkten finden Sie unter: www.novar.de. Erfahren Sie mehr über die Vorzüge von **clino com 21**, und rufen Sie uns an, oder besuchen Sie uns auf der Medica 2005. Wir freuen uns auf Sie.

**Besuchen Sie uns in
Halle 16, Stand A 59**