

## Einführung in die Ökonomie für das SPZ

### Mitglieder des Qualitätszirkels:

Ilona Krois	Krefeld (Qualitätszirkel-Leiterin)
Christian Fricke	Hamburg
Helmut Hollmann	Bonn
Harald Lüdicke	Kerpen
Dirk Mundt	Düren
Andreas Oberle	Stuttgart
Jochen Scheel	Neunkirchen
Wilfried Siemering	Osnabrück
Thomas Wagner	Schwerin

**Korrespondenzadresse:** Dr. Ilona Krois  
Sozialpädiatrisches Zentrum HELIOS Klinikum Krefeld  
Lutherplatz 40  
47805 Krefeld  
Tel.: 02151-322390  
E-Mail: [ilona.krois@helios-kliniken.de](mailto:ilona.krois@helios-kliniken.de)

## **Präambel**

Seit der Erstveröffentlichung eines Arbeitspapiers „Ökonomie - Handreichung zur Planung von Ökonomie im SPZ“ im Jahr 2007 hat sich die Arbeitsweise Sozialpädiatrischer Zentren weiter entwickelt. Bei der weiter gewachsenen Anzahl sozialpädiatrischer Zentren zeigen sich unverändert erhebliche Unterschiede bezogen auf die Inhalte in Abhängigkeit von den jeweiligen lokalen und regionalen Versorgungsstrukturen wie auch hinsichtlich unterschiedlicher Trägerschaft. Daher wird dieses Arbeitspapier keine verbindliche Richtlinie zur ökonomischen Steuerung im SPZ darstellen können, sondern soll vielmehr eine Orientierungshilfe zum Aufbau und zur Überprüfung der ökonomischen Gestaltung geben und als Information für nachrückende SPZ-Leiter dienen.

## **Makro- und Mikroökonomie im Gesundheitswesen**

In der Makroökonomik des Gesundheitswesens werden die gesamtwirtschaftlichen Zusammenhänge und Interdependenzen zwischen dem Verhalten der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen analysiert. Es geht um die gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors.

Dabei werden vielfältige Aspekte berücksichtigt:

- Entwicklung der Nachfrage von Gesundheitsleistungen
- Entwicklung der Einkommens- und Preisverhältnisse
- demographische Entwicklung
- Beschäftigungs- und Wertschöpfungssituation
- technischer Fortschritt
- Kostenentwicklung
- internationaler Vergleich
- Finanzierung des Gesundheitswesens.

In der Mikroökonomik des Gesundheitswesens werden die einzelwirtschaftlichen Entscheidungen und Interaktionen der Akteure und Marktprozesse analysiert. Als relevante Akteure sind die Patienten, Ärzte, private und gesetzliche Krankenkassen, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und wirtschaftspolitische Akteure zu nennen, wobei die jeweiligen Akteure ihre eigenen Ziele und Anreizstrukturen haben. Diese sind z. B. eine optimale Gesundheitsversorgung, eine Gewinnmaximierung für das Unternehmen, eine Kostenbegrenzung, die individuelle Nutzenmaximierung bis hin zu politischen Zielen wie Wiederwahl.

Relevant sind auch die Interaktionen zwischen der Mikro- und Makroökonomie. Zum einen können sie inhaltlich „kollidieren“, zum anderen können aus einem erhöhten mikroökonomischen Aufwand, der mit höheren Kosten verbunden ist, dennoch makroökonomisch Kosteneinsparungen (z. B. Reduktion der sogenannten Folgekosten) resultieren.

## **Veränderte Versorgungsstrukturen**

Für einen dauerhaften Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit der SPZ gegenüber anderen Leistungsanbietern gilt es, neben einer detaillierten Betrachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, der demographischen Entwicklung, der politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten die Angebote des jeweiligen SPZ genau zu überprüfen. Von großer Bedeutung ist es, die eigenen Leistungen beständig in einem reflexiven Bezug zur Nachfrage und zu externen Angeboten zu halten und sehr genau die eigenen Ressourcen und deren Einsatz sowie ihre Einbindung und Vernetzung im Gesamtkonzept der Einrichtung, Trägerorganisation und Kooperationspartner zu erfassen.

Die Nachfrage nach Sozialpädiatrischen Leistungen hat kontinuierlich zugenommen (Strukturdaten-Analyse BAG SPZ 2014). Andererseits hat sich aber auch die umgebende Versorgungslandschaft deutlich weiterentwickelt. Neue Angebote haben sich im Bereich der Interdisziplinären Frühförderung (IFF) entwickelt, die „Frühen Hilfen“ wurden als zusätzliches System etabliert. Neue Abrechnungsmöglichkeiten für die kinder- und jugendärztliche Praxis (Sozialpädiatrische Gebührenordnungsziffern im EBM, Einführung einer Sozialpädiatrie-Pauschale) und die bundesweite Einführung einer Komplexpauschale für kinder- und jugendpsychiatrische Praxen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung nach §85 Abs. 2 Satz 4 und §43a SGB V) führen zu verändertem Zuweisungsverhalten bzw. sich ändernden Patientenströmen.

In diesem Kontext ist es einerseits erforderlich, durch gute Vernetzungsarbeit eine kontinuierliche Kooperation mit verlässlichen Partnern aufzubauen und das SPZ als Kompetenzzentrum für alle Fragen kindlicher Entwicklungsstörungen zu etablieren. Dabei sind Spezialangebote wichtige Ergänzungen in der Außendarstellung, verbunden mit kontinuierlicher Fortbildungsarbeit nicht nur für kinder- und jugendärztliche Kolleginnen und Kollegen, sondern auch für pädagogische und therapeutische Berufsgruppen der Kooperationspartner. Die hierfür notwendige indirekte Arbeit erfordert andererseits einen zunehmend hohen Aufwand und muss in der ökonomischen Gesamtkalkulation ausreichend berücksichtigt werden, da sie je nach Wettbewerbslage ein wichtiger Faktor für die Existenz und Weiterentwicklung des SPZ ist.

## **Veränderte Anforderungen**

Neben erheblich veränderten Anforderungen in der Vernetzungsarbeit hat sich auch die interne Arbeitsstruktur der SPZ verändert. Aus der aktuellen Strukturdaten-Analyse 2014 wird im Vergleich zu den Voruntersuchungen (2011, 2006, 2000) deutlich, dass bei steigender Zahl der Patienten zwar die Zahl der in den Zentren Arbeitenden parallel angestiegen ist, sich aber eine deutliche Veränderung hin zu diagnostischen Tätigkeiten abzeichnet. Bei wachsender Zahl von Ärzten und Psychologen zeigt sich ferner eine wesentlich geringere Zunahme in den Gruppen der Therapeutinnen und (Heil-) Pädagoginnen. Durch eine kontinuierlich gewachsene Anzahl therapeutischer Praxen in der Umgebung sozialpädiatrischer Zentren insbesondere in den Metropolregionen haben sich darüber hinaus die Arbeitsinhalte der Therapeutinnen in den SPZ verschoben. Dies führt zu einem immer größeren Anteil diagnostischer Aufgaben im Rahmen der Mehrdimensionalen

Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS) sowie zu speziellen Aufgabengebieten wie Beratung (z.B. Hilfsmittel, unterstützte Kommunikation) oder spezifischen interdisziplinären Gruppenangeboten (z. B. Ergotherapie/Psychologie) sowie Elternberatung und -anleitung. In deutlich geringerem Umfang werden klassische therapeutische Settings angeboten.

Inhaltlich zeigt sich in den SPZ eine ständige Zunahme von Patienten bzw. Familien mit komplexen Problemen (psychisch erkrankte Eltern, schwierigste psychosoziale Umstände). Durch die zunehmende Ganztagsbetreuung in Kindergarten und Schule sind zusätzliche Betreuungspersonen in sehr viel größerem Ausmaß an der Betreuung der Kinder beteiligt. Durch die Zunahme inklusiver Betreuung ist die Vielfalt beteiligter Einrichtungen ungleich größer als früher und in ihrer Komplexität schwerer zu durchschauen, wodurch der Kooperations- und Koordinationsaufwand kontinuierlich ansteigt.

Dokumentationsanforderungen seitens der Kostenträger, die zunehmend bei den Entgelt-Verhandlungen verlangt werden, erfordern entsprechende Zeitressourcen. Eine sorgfältige Dokumentation der erbrachten Leistungen ist unbedingt erforderlich, um bei entsprechenden Nachfragen adäquat reagieren zu können.

Es ist absehbar, dass auch inhaltlich weitergehende Dokumentationssysteme zu erwarten sind, insbesondere die ICF-CY. Der Aufwand hierfür muss so zeitökonomisch wie möglich gestaltet werden, was ohne Implementierung entsprechender EDV-gestützter Verfahren nicht zu erreichen ist. Der Zusatzaufwand muss auch in der ökonomischen Betrachtung berücksichtigt werden.

Auch die Beratungstätigkeit selbst und Steuerung von Kooperations- und Behandlungsprozessen haben sich grundlegend verändert. Der Emailverkehr ergänzt zunehmend den face-to-face-Kontakt. Auch hier ist eine inhaltliche wie leistungsdokumentierende Erfassung ohne leistungsfähige SPZ-Software nicht mehr sinnvoll möglich.

Viele Patienten im SPZ kommen aus einem sozial benachteiligten familiären Milieu. Dies bedingt im Verwaltungs- und Organisationsbereich zusätzliche Aufgaben, was entsprechende personelle Ressourcen in diesem Bereich erfordert. Vorbefunde sind oft schwierig zu erhalten. Terminausfälle haben eine beträchtliche betriebswirtschaftliche Bedeutung. Die Vermeidung von Terminausfällen verlangt ein Management, das neben einem Einladungs- und Erinnerungssystem auch kurzfristige Termin-Nachbesetzungen ermöglicht. Frei bleibende Termine müssen geplant alternativ von den Mitarbeitenden genutzt werden, z. B. im Rahmen des Berichtswesens.

## **SPZ-Bedarf**

Der Bedarf an spezialisierten entwicklungsdiagnostischen sowie speziellen sozialpädiatrischen Behandlungsmaßnahmen (Diagnostik, Beratung, Therapie) wird weiterhin zunehmen.

Durch die Fokussierung der ambulanten Allgemeinpädiatrie auf die entsprechenden Fragestellungen (GOP 04356 bundesweit, IVAN-Stufenkonzept, Sozialpädiatrie-Modul in Bayern; allgemeine Nachfrage) wird die Notwendigkeit bestehen, aufkommende differenzialdiagnostische und –therapeutische Fragen zielführend im Sinne der Behandlungsplanung unter Einbezug der Familie sowie der Bildungsinstitutionen zu klären. Dies ist prioritäre Aufgabe der SPZ.

Dabei muss wie im „Altöttinger Papier“ ausgeführt auf eine ausreichende inhaltliche Leistungsfähigkeit der SPZ geachtet werden. Dies ist primär eine Frage der personellen Ausstattung und Qualifikation. Eng damit verknüpft ist die Frage der Wartezeiten.

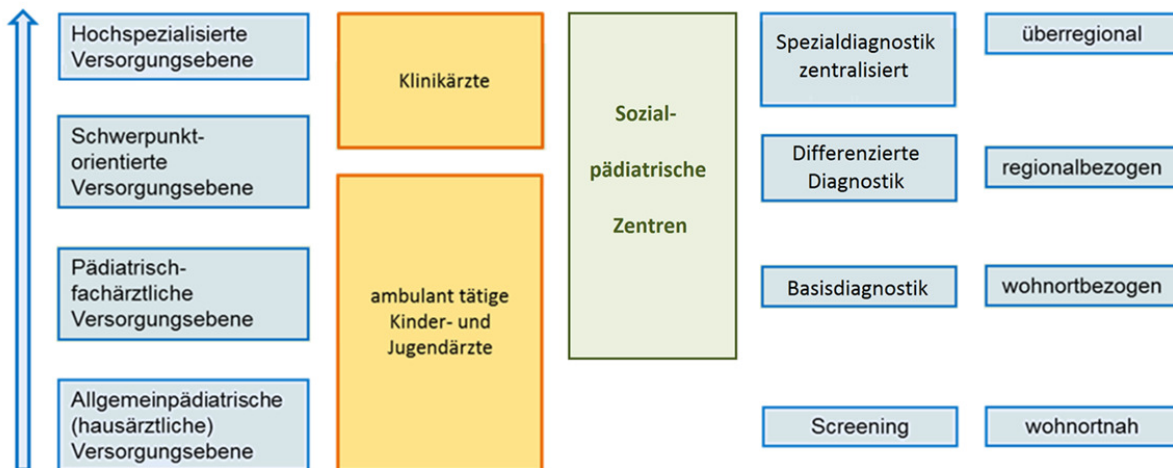
Das bestehende Netzwerk der SPZ bundesweit ist prinzipiell ausreichend. In bevölkerungsschwachen Regionen müssen Dependance-Lösungen gefunden werden, in den Metropol-Regionen hingegen Verbund-Lösungen zu leistungsstarken Zentren. Neue SPZ sollen deshalb nur noch im indizierten Einzelfall ermächtigt werden, ansonsten sind kooperative Modelle angezeigt.

Zu Einzelheiten im Kontext mit der Zukunft der pädiatrischen Versorgungsstrukturen insgesamt wird auf das „Zukunftsszenario“ der DAKJ (Nentwich et al., 2012) verwiesen.

Das Stufenkonzept der Behandlung von Entwicklungsauffälligkeiten in einem interaktiven Diagnostik-Therapie-Modell (IVAN-Papier)<sup>1</sup> bestimmt die weitere Ausrichtung Sozialpädiatrischer Zentren in der pädiatrischen Versorgungsstruktur. Je nach regionaler Struktur kommt dabei den SPZ in der Diagnostik die Aufgabe zu, in Ergänzung zur vertragsärztlichen Screening-Diagnostik (Stufe 1) im Rahmen der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen die erweiternde Basis-Diagnostik (Stufe 2), die sowohl in der Praxis als auch im SPZ durchgeführt werden kann, durchzuführen und sich auf der schwerpunktorientierten Versorgungsebene der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie MBS (Stufe 3) zu widmen. In Bezug auf Therapiemaßnahmen müssen regionale Bezüge hergestellt werden. In Regionen mit hoher Versorgungsdichte von niedergelassenen Therapeuten etablieren sich in den SPZ ergänzend hochspezialisierte Behandlungsangebote. Dies gilt sowohl für bereits in der Behandlung etablierte als auch für zukünftig neu aufzunehmende Krankheitsbilder.

---

<sup>1</sup> Quelle: <http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/2015-05-12-Publikationsfassung-Internet.pdf> ; 19.11.2015



**Abb. 1: Stufenbetreuung in der Sozialpädiatrie**

Mit dieser eingetretenen und sich weiter ausbildenden Spezialisierung der SPZ zeichnet sich für die Zukunft die Notwendigkeit einer weiteren Vertiefung in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Praxen und anderen Einrichtungen ab. Dies erfordert den Aufbau von inhaltlich angemessenen, raschen und gut strukturierten Kommunikationswegen, die bilateral ausgestaltet werden müssen. Bereits bei der Anmeldung für das SPZ sollen Vorbefunde übermittelt und Fragestellungen präzise formuliert werden. Umgekehrt muss das SPZ einen raschen Rückfluss der Informationen zu Diagnostik und Behandlungsplanung unter Einbezug der Eltern sicherstellen. Insgesamt zeichnet sich ab, dass die Arbeitsweise Sozialpädiatrischer Zentren zukünftig noch stärker durch Spezialisierung und Kooperation gekennzeichnet sein wird.

### Transition

Die Transition setzt am individuellen Bedarf des Patienten im Kontext mit dem erforderlichen medizinischen und sozialen Umfeld und seiner Familie an und ist darauf gerichtet, den im SPZ erzielten Behandlungserfolg bzw. die Weiterbetreuung und –behandlung sicherzustellen, die den besonderen Bedarfen von gravierend entwicklungsgefährdeten und behinderten Erwachsenen entspricht.

Die Ziele einer gelingenden Transition sind im Einzelnen:

- Erkennen des Transitionsbedarfes
- Verständnis und Bewältigung der Krankheitssituation als junger Erwachsener über die Betreuung im SPZ hinaus
- Sicherstellung des im SPZ erzielten Behandlungserfolges
- Sicherstellung der im Anschluss an die Betreuung im SPZ erforderlichen ambulanten, medizinischen und sozialen Weiterversorgung
- Berücksichtigung des Teilhabeaspektes

- Hilfe zur Stärkung der Selbsthilfe, um ein weitgehend selbstständiges Leben mit möglichst hoher Lebensqualität unter Realisierung von sozialer Teilhabe zu erreichen.

Der Gesetzgeber hat dieser besonderen Notwendigkeit 2015 mit der Implementierung von §119c SGB V Rechnung getragen und hierin in Analogie zum SPZ die „Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung“ (MZE) definiert.

Für die Transition aus der SPZ-Behandlung heraus ist eine konkrete Planung des Transitionsprozesses erforderlich. Es kann sinnvoll sein, hierfür sogenannte „Transitionssprechstunden“ einzurichten. Die professionelle Gestaltung des Transitionsprozesses für behinderte Jugendliche stellt eine originäre Aufgabe in der SPZ-Behandlung dar.

Die Gestaltung der Transition ist zeit- und ressourcenaufwändig.

### **Mobil-aufsuchende SPZ-Tätigkeit**

Spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen verlangen die räumlichen Strukturen des SPZ. Daneben gibt es aber zunehmend Situationen der Beratung zur Umsetzung von therapeutischen Maßnahmen in der konkreten Lebenswelt des Kindes oder Jugendlichen, wo ein aufsuchender Ansatz wesentlich effizienter ist. Dies gilt auch für die aktive Beteiligung an Netzwerkarbeit, Fallkonferenzen u. ä.. Diese mobil-aufsuchende Tätigkeit aus dem SPZ heraus muss in den Vergütungsstrukturen abgebildet werden. Das am 23.12.2016 verabschiedete Bundes-Teilhabegesetz BTHG sieht dies inhaltlich vor.

### **Frühe Hilfen und andere Netzwerkstrukturen**

In diesem Kontext sind auch weitere Entwicklungen wie derzeit im Bereich der „Frühen Hilfen“ zu beachten. Dies stellt für das SPZ eine wichtige Option der Mitwirkung dar. Für die erforderliche Netzwerk-Mitarbeit müssen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen mit kalkuliert werden.

### **Rechtsform der SPZ-Trägerschaft Relevanz**

Die Eigenständigkeit des SPZ ist unverzichtbar.

Die inhaltliche Notwendigkeit der Unabhängigkeit von anderen Klinikstrukturen unter einer eigenen fachlichen Leitung mit Präsenz in der Patientenversorgung wurde bereits in der ersten Fassung des „Altöttinger Papiers“ (2003) unterstrichen.

Die Wahl der Rechtsform ist eine unternehmenspolitische Frage. SPZ sind oft integrierte Bereiche oder Abteilungen größerer rechtsfähiger Einrichtungen, insbesondere Krankenhäuser. Dies erklärt sich bei vielen Institutionen historisch mit der Entwicklung aus der Klinik heraus, meist über den Tätigkeitsbereich der Neuropädiatrie. Mit Einführung der rechtsverbindlichen Definition der SPZ in §119 SGB V (1989) eröffneten sich neue

Perspektiven, die inzwischen auch inhaltlich (vgl. „Veränderte Anforderungen“) voll zum Tragen kommen.

Für die Eingliederung in größere Organisationsformen gibt es zwei wesentliche Gründe:

- a) es gibt keine gesetzlichen Anforderungen bezüglich einer Selbstständigkeit oder einer bestimmten Rechtsform eines SPZ.
- b) Die vom Gesetzgeber definierte Aufgabe des SPZ (§ 119 (1) des SGB V) ist für kapitalorientierte Gesellschaften (z. Bsp. Aktiengesellschaften oder andere Kapitalgesellschaften) in Folge der Abhängigkeit von der Ermächtigung des Zulassungsausschusses zu stark reguliert bzw. vom Zulassungsausschuss regulierbar (Art, Umfang und Dauer der Ermächtigung)

Eine eigene Rechtsfähigkeit eines SPZ ist anzuraten, wenn die Trägergesellschaft nicht gemeinnützig tätig und somit nicht umsatzsteuerbefreit ist. Das SPZ selbst sollte dann die Anerkennung der Gemeinnützigkeit und die entsprechenden steuerlichen Befreiungen (auch im Hinblick auf Zuwendungen Dritter) erwirken.

Unabhängig von der Frage steuerlicher oder anderer rechtlicher Vorteile (einer Gemeinnützigkeit) kann es für die interne Steuerung des SPZ sinnvoll sein, es rechtsfähig zu stellen. Ein selbstständiges SPZ hat neben der ärztlichen Leitung auch eine Leitung mit der erforderlichen wirtschaftlichen Kompetenz sicherzustellen (z.B. Geschäftsführung).

### **Mögliche Rechtsformen**

Rechtsfähige SPZ können als juristische Personen (GmbH, gGmbH oder eingetragener Verein) betrieben werden. Im Außenverhältnis sollten nur die Gesellschafter (nicht einzelne Personen) haften. Dies gelingt bei der Rechtsform GmbH besser als bei Vereinen. Auch lässt sich bei der GmbH die Haftung der Gesellschafter auf die Höhe der Einlage beschränken.

Nichtwirtschaftliche (ideelle) Vereine sind nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb ausgerichtet. Sie erlangen Rechtsfähigkeit durch Eintragung ins Vereinsregister. Bei einem nichtwirtschaftlichen Verein stehen die gemeinnützigen Ziele im Vordergrund. Die Satzung ist entsprechend zu gestalten und vom Finanzamt zu prüfen. Es wird kein Gewinn, sondern ein wirtschaftlich ausgeglichenes Ergebnis angestrebt. Dies gilt auch für die Rechtsform der gGmbH.

Grundsätzlich kommen auch Personengesellschaften (BGB-Gesellschaft oder Partnerschaften) in Betracht. Dort stehen allerdings die handelnden Personen sehr im Fokus. Sie führen die Geschäfte und vertreten die SPZ nach außen (Selbst-Organhaft). Für Schulden haften sie persönlich und mit ihrem gesamten Vermögen.

Das Gesundheitssystem basiert auf dem Grundsatz der angemessenen, notwendigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung („sog. „WANZ-Regel“). Für die institutionelle Versorgung mit Behandlungsleistungen durch die Sozialpädiatrischen Zentren



bedeutet dies, dass zum Vorhalt der notwendigen spezifischen Expertise auch Formen der Kooperations- und Dependance-Lösung systematisch aufgebaut werden müssen. Es kommen auch trägerübergreifende Lösungen zum Einsatz.

Die Wahl der Rechtsform für ein SPZ ist sicher dann ein Entscheidungskriterium, wenn die Gemeinnützigkeit nur mit einem rechtsfähigen SPZ erreicht werden kann.

Wenn der Träger aus Gründen der betrieblichen Steuerung oder mit dem Ziel der Eigenständigkeit und Gemeinnützigkeit möchte, dass das SPZ rechtsfähig wird, so bietet sich die Rechtsform der GmbH (oder gGmbH) an. Das SPZ benötigt dann – neben der ärztlichen Leitung – auch eine betriebswirtschaftliche Leitung mit entsprechendem Verwaltungsunterbau. Hier ist u. U. in Abhängigkeit vorliegender wirtschaftlicher Kennziffern (Vollständig- und Richtigkeit) mit zusätzlichen Kosten bei überschaubarem Zusatznutzen zu rechnen. Insofern ist verständlich, dass die Entscheidung, ein SPZ rechtsfähig zu machen, in der Praxis eher als Ausnahme zu sehen ist.

### **Finanzierungsgrundlage**

Mit der Implementierung der Organisationsform SPZ und der Definition des Anspruchs der Versicherten auf sozialpädiatrische Leistungen im SGB V (§§ 119 und 43a) 1989 wurde die Grundlage der Leistungsfinanzierung geschaffen. Dabei besteht die Möglichkeit, das Entgelt zu pauschalisieren (§120). Durch die Modifikation von §43 ein Jahr später in die bis heute gültige Form des §43a SGB V wurde die ursprüngliche volle Zuständigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherungen aufgeweicht und die sog. „Duale Finanzierung“ eingeleitet: die Träger der Sozialhilfe sollen diejenigen Kosten übernehmen, die im SPZ durch nichtärztliche und nichtmedizinische Mitarbeitende entstehen, besonders also durch den Einsatz von Sozial- und Heilpädagogen. Für diese Kostenübernahme allerdings wurde keine Durchführungsbestimmung erlassen. In der Folge konnte die „Duale Finanzierung“ nur mit sehr großen Unterschieden, wenn überhaupt, lokal umgesetzt werden und hat insgesamt nie flächendeckend funktioniert. Mit steigender Belastung der Sozialhilfesysteme, besonders auch durch Einführung der „Interdisziplinären Frühförderung“ in §30 SGB IX 2001, ist die Finanzierung der sozial- und heilpädagogischen Leistungen im SPZ noch weiter zurückgegangen.

Jeder Träger eines SPZ sollte sich deshalb intensiv darum bemühen, diese für das Zusammenwirken des multiprofessionellen Teams und insbesondere die steigende Notwendigkeit der Koordinations- und Netzwerkarbeit hoch relevanten Berufsgruppen im SPZ vorzuhalten und ihre Refinanzierung unter Verweis auf das Konsenspapier der Sozialhilfeträger von 1990 einzufordern.

### **Ermächtigung**

SPZ werden auf der Grundlage von §119 SGB V ermächtigt. Die Ermächtigung beinhaltet eine zeitliche Begrenzung in Abhängigkeit vom Bedarf.

Da SPZ unter ökonomischen Gesichtspunkten einem mittelständischen Unternehmen vergleichbar sind, hat das Bundessozialgericht (Az: B 6 KA 34/10 R) auf die notwendige Dauer der Ermächtigung hingewiesen und 10 Jahre als angemessen beurteilt.

## **Fallzahlsteuerung zwischen Theorie und Wirklichkeit**

Ausgangspunkt der Überlegungen ist, dass jedes SPZ nur die Behandlungsmaßnahmen in Diagnostik, Beratung und Therapie und den Service leisten kann, die durch die Krankenkassen und Sozialhilfeträger finanziert werden.

Die vereinfachende Formel „Personalkosten + Sachkosten pro Jahr dividiert durch Pauschaleinnahme je Patient = minimal notwendige Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr“ entspricht keinesfalls einer ökonomisch vollständigen Betrachtung. Einzelheiten hierzu werden nachfolgend dargestellt.

Für jeden SPZ-Leiter ist es für die Planung der Anzahl von erforderlichen Behandlungsfällen und damit den inhaltlich möglichen Umfang der SPZ-Leistungen zwingend erforderlich, Zugang zu einer vollständigen Kostenstellenrechnung zu haben. Diese soll die Kosten pro Stelle ausweisen können.

## **Personalkosten**

Anhaltswerte sind im Anhang aufgeführt. Sie umfassen die arbeitgeberseitigen durchschnittlichen Bruttokosten je Berufsgruppenzugehörigkeit und die sich daraus errechnenden Brutto-Stundenkosten. Bei der Betrachtung des anfallenden Arbeitszeit-Aufwandes je Behandlungsfall müssen dementsprechend nicht nur die Fachgruppen, sondern auch die zuarbeitenden Verwaltungsmitarbeitenden (Aufnahme und Telefon, Organisation, Schreibdienst, Archiv etc.) berücksichtigt werden.

Je nach Komplexität des Einzelfalles fallen sehr unterschiedliche Bearbeitungszeiten an, wesentlich abhängig vom notwendigen Aufwand in der Diagnostik zur Erstellung einer korrekten Diagnose sowie dem Umfang der Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen.

Die Quartals-Behandlungspauschale differiert bundesweit erheblich. Nach der letzten Erhebung der BAG SPZ betrug der Bundesdurchschnitt im Jahr 2014 363,59 € (Bandbreite: 260 – 680€).

Nur bei sachgerechter Vergütung können alle für den Patienten erforderlichen Aspekte in der Behandlung abgedeckt werden. Das Bundes-Sozialgericht hat zu dieser Thematik umfassend Stellung genommen und die Prüfschritte aufgezeigt, die zur Findung der Vergütung von den Vertragsparteien einzuhalten sind (BSG-Urteil zur Höhe der Vergütung (Fallpauschalen) für ambulante sozialpädiatrische Leistungen; 13.5.2015, B 6 KA 20/14 R). Hieran sind auch die Kalkulationen auszurichten, die das SPZ zur Steuerung von Leistung und Ökonomie verwendet. Eine enge Zusammenarbeit zwischen der SPZ-Leitung und den zuständigen Abteilungen (Personal, Finanzen, Controlling) des Trägers ist sinnvoll und notwendig.

In der Personalkostenkalkulation sind auch die Leitungstätigkeiten (u.a. SPZ-Leiter, Bereichsleitungen) zu berücksichtigen. Diese variieren z.B. in Abhängigkeit vom

Verantwortungsgrad und Größe des SPZ, ferner spielen hierbei die Eigenständigkeit des SPZ bzw. die Unterstützung in der Leitung durch den Träger eine Rolle.

### **Personalpolitische Aspekte**

#### **Führung und Personalentwicklung müssen aktiv betrieben werden.**

Im Gesundheitswesen ist ein Fachkräftemangel deutlich spürbar. Es wird zunehmend schwerer, qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Dieses macht sich nicht nur in den Akutkliniken durch längere Vakanzzeiten der Stellen bemerkbar, sondern auch in den SPZ. Der Fachkräftemangel wird indirekt auch durch starke Involvierung in sekundäre Arbeitsleistungen von Fachkräften im Rahmen z. B. zunehmender Dokumentation mit verschärft.

Die Humanmedizin nimmt den 1. Platz unter den 20 Berufsgruppen mit den längsten Vakanzzeiten ein (vgl. Bundesagentur für Arbeit). Zusätzliche Aspekte, die personalpolitisch beachtet werden müssen, sind sowohl die demographische Entwicklung als auch eine zunehmende Feminisierung im Gesundheitssektor.

Optionen zur Personalgewinnung und Mitarbeiterbindung müssen deshalb systematisch entwickelt und genutzt werden. Diese sind sehr individuell, da nicht jedem SPZ alle Möglichkeiten zur Verfügung stehen und häufig auch Vorgaben durch den Träger der Einrichtung beachtet werden müssen.

Im Bereich der Personalentwicklung haben alle Maßnahmen der weiteren Qualifizierung einen zentralen Stellenwert. Regelmäßige innerbetriebliche Fortbildungen, die Gewährung von Fortbildungstagen für alle Berufsgruppen, Supervision und externe Fort- und Weiterbildungen sind zu nennen, die je nach finanziellen Möglichkeiten der Klinik unterstützt oder übernommen werden können.

Für die Sicherung der Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung stellen ein wertschätzender Umgang, unbefristete Verträge, regelmäßige Feedbackgespräche, attraktiv gestaltete Arbeitsplätze gute Optionen dar. Weiter können Angebote im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Mitarbeiterzufriedenheit beitragen.

Eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten bis hin zu Jahresarbeitskonten kann ein relevantes Angebot sein. Unter Beachtung der team- und patientenbezogenen Erfordernisse stellt dies das beste Vorgehen dar, um Planungs- und Terminalsicherheit, interdisziplinäre Koordination und Mitarbeiterzufriedenheit gemeinsam zu erreichen. Durch die Zunahme von Teilzeitkräften werden die interdisziplinären Teamsitzungen, Absprachen und die gemeinsame Patientenbetreuung sonst sehr erschwert. Die Führungsaufgaben nehmen jedoch mit steigender Zahl an Teilzeitkräften zu, es bedarf mehr Organisation. Dieser Mehrzeitaufwand muss ökonomisch mit berücksichtigt werden.

## **Controlling-Daten im SPZ**

Ein finanzielles Controlling sowie ein Leistungs-Controlling sind wichtige Bestandteile eines Führungsinstrumentariums für die SPZ-Leitung.

Ohne die Kerndaten, wie Personalkosten, Sachkosten, Anzahl der Vollkräfte, Entwicklung der Leistungsdaten etc. zeitnah im Blick zu haben, lässt sich ein SPZ nicht steuern. Es reicht nicht aus, für gute medizinische und therapeutische Leistungen zu sorgen, sondern es muss ein sinnvoller und wirtschaftlicher Einsatz der Ressourcen sichergestellt werden. Dazu werden die Information, über welche Ressourcen das SPZ überhaupt verfügt und wie diese eingesetzt waren, zeitnah benötigt.

In vielen Einrichtungen erstellt der Träger diese Controlling-Daten und übermittelt sie regelmäßig an die SPZ-Leitung. Es gibt aber auch Beispiele, wo dies nur sehr eingeschränkt oder gar nicht geschieht. Aufgabe der SPZ-Leitung ist es dann, diese Informationen einzufordern. Die Informationen (Ist-Daten) sollen zeitnah (idealerweise monatlich, aber mindestens quartalsweise) übermittelt werden, um Entwicklungen rechtzeitig erkennen und ggf. gegensteuern zu können.

## **Finanzierung der Sachkosten**

Sachkosten umfassen in SPZ insbesondere folgende Bereiche:

- Miete
- Instandhaltung
- Investitionen
- Abschreibung
- Gemeinkosten (= Umlage der Gesamtklinik)
- Innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBL)

## **Investitionen**

- Medizinische Investitionen (z.B. medizintechnische Geräte, Video-Recording, Testmaterialien etc.)
- Investitionen in Raumangebot / allgemeine Einrichtung und Ausstattung
- Technische Ausstattung (z.B. EDV, Telefonanlage, Software)

Investitionen gehören zu jedem Sozialpädiatrischen Zentrum. Je nach Schwerpunkt kann der Fokus unterschiedlich sein. Somit gehört die Frage der Finanzierung von Investitionen immer in die operative und die strategische Planung.

## **Grundsätzliches zur Abgrenzung von Investitionen im Krankenhausbereich**

Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag (Plankrankenhäuser) arbeiten auf der Grundlage der dualen Finanzierung.

Die Behandlungskosten (Kosten des laufenden Krankenhausbetriebes = laufende Betriebskosten) werden mit den Krankenkassen (oder allgemein Kostenträgern) abgerechnet. Die Investitionsfinanzierung erfolgt davon unabhängig. Sie ist für alle

Plankrankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser gem. § 6 KHG) hoheitliche Aufgabe der Bundesländer. Dabei gibt es pauschale Fördermittelausschüttungen (z.B. anhand der Bezugsgröße Bettenzahl und auf der Grundlage des § 9 Abs. 3 KHG) und projektbezogene Einzelfördermittelzusagen (z.B. für große Baumaßnahmen auf der Grundlage der § 9, Abs. 1 und 2 KHG). Diese duale Finanzierung ist umstritten. Derzeit wird seitens des Instituts für Entgeltsysteme (InEK) eine Umstellung auf die Monistik geprüft. Demnach würden auch die Investitionsmittel als Zuschläge zu den Behandlungsentgelten mit den Krankenkassen abgerechnet.

Für die Sozialpädiatrischen Zentren gilt das Prinzip der Monistik. Für sie gilt als Rechtsgrundlage der §119 a des SGB V. Somit gilt ein SPZ als Ambulanzbereich und unterliegt daher nicht der hoheitlichen Finanzierungspflicht der Bundesländer gemäß KHG. Ferner ist im Bereich der genannten Rechtsvorschrift das Gebot der Wirtschaftlichkeit verankert. Besondere Vorschriften zur Finanzierung von Investitionen finden sich allerdings im Sozialgesetzbuch nicht. Es besteht kein Anspruch auf Vollfinanzierung den Kostenträgern gegenüber. In die Kalkulation müssen sämtliche Aufwendungen aber sehr wohl mit einbezogen werden.

Dieser grundsätzliche Unterschied im Hinblick auf die Finanzierung von Investitionen sollte immer als Argument dafür beachtet werden, weshalb die Bezugsgröße für die Anhebung der Budgetobergrenze in der Krankenhausfinanzierung (sog. Orientierungswert oder die Veränderungsrate gem. § 71, Abs. 3 SGB V) eben nicht maßgeblich für Steigerungssätze der individuellen Vergütungspauschalen eines SPZ sein kann. Dieser Wert kann nur ein Anhaltspunkt im Hinblick auf die Steigerung der Betriebskosten (Personalkosten und Betriebsmittel) sein. Die Finanzierung notwendiger Investitionen ist jedoch zusätzlich zu berücksichtigen.

Investitionsfinanzierung ist somit eine wichtige Position im Rahmen der Kalkulation der Leistungsentgelte. Deshalb ist hier genau zu kalkulieren. Gegenüber den Krankenkassen ist im Hinblick auf Investitionsaufschläge konsequent zu verhandeln.

### **Wie können Investitionen im SPZ grundsätzlich finanziert werden?**

Investitionen können nicht nur über die Behandlungspauschalen finanziert werden, die mit den Krankenkassen zu verhandeln sind. Neben dieser Berücksichtigung im Rahmen der Entgeltkalkulation lassen sich folgende Alternativen aufzeigen:

- Finanzierung von Investitionen durch Eigenmittel oder Rücklagen des Trägers
- Finanzierung von Investitionen durch Spenden und Zuwendungen
- Mischformen (Teilanererkennung von Investitionen durch die Kostenträger und Restfinanzierung durch Eigenmittel)

Königsweg ist selbstverständlich eine seriöse Investitionsfinanzierung durch die vereinbarten Leistungsentgelte. Die Alternativen sind Entscheidungen des Trägers und mögen im Einzelfall richtig sein, z. B. bei der Einführung neuer Angebote im SPZ.

### **Reinvestition durch getätigte Abschreibungen**

In der laufenden Ergebnisrechnung werden die Investitionsaufwendungen im Register „Sachkosten“ unter der Rubrik „Abschreibungen“ aufgeführt. Eine Finanzierung von Investitionen aus Abschreibungsgegenwerten setzt eine entsprechende Kalkulation bei der Entgeltkalkulation voraus. Abschreibungen sind Aufwendungen und dokumentieren den Werteverzehr im Bereich der Anlagegüter. Wird beispielsweise ein EEG-Gerät angeschafft, so ist für jede SPZ-Pauschale, die zur Abrechnung gebracht wird, auch ein Gegenwert zu kalkulieren, der zur Wiederbeschaffung des EEG-Gerätes benötigt wird. Idealerweise wird somit am Ende der Produktlebenszeit dieses EEG-Gerätes mittels der Umsatzerlöse mindestens genau der Anschaffungswert des wiederzubeschaffenden EEG-Gerätes generiert. Mit der Berücksichtigung der Abschreibungen bei der Entgeltkalkulation ist also der Rückfluss von Mitteln gewährleistet, der es ermöglicht, den Werteverzehr vorhandener Einrichtung und Ausstattung zu ersetzen und zu reinvestieren, wenn diese Anlagegüter abgängig sind.

Allerdings muss jedes Unternehmen auch Spielraum für Innovationen und technischen Fortschritt bereitstellen. Deshalb muss die Kalkulation der Entgelte neben der Berücksichtigung des laufenden Werteverzehrs (über die Abschreibungen) auch Rücklagen generieren. Diese Rücklagen können auch bewusst projektbezogen gebildet werden (z. B. Aufbau einer neuroorthopädischen Sprechstunde).

### **Empfehlungen für Verhandlungen**

Zusammenfassend wird dringend empfohlen, die Kostenträger im Rahmen der Entgeltverhandlungen mit einer Kalkulation zu konfrontieren, die alle anfallenden Kostenarten ausweist (Vollkosten auf Basis der Plankosten). Dabei geht es darum, alle Investivbereiche zu beachten und neben den Abschreibungen zur Refinanzierung von Ersatzbeschaffungen auch erstmalige, projektbezogene Investitionen zu erfassen. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit von SPZ-Leitung und kaufmännischer Leitung der Einrichtung voraus. Neben den Investitionen in Sachwerten und Räumlichkeiten dürfen die Ausgaben für das Personal (z.B. Fort- und Weiterbildung) nicht vernachlässigt werden.

### **Quartals-Behandlungspauschale**

Die Verhandlung der Quartals-Behandlungspauschale ist ein mehrschrittiger Prozess.

Er umfasst:

- Vorbereitung
- Kostenkalkulation mit Personalkosten und vollständigen Sachkosten (s. o.)
- Leistungskalkulation mit Ausweisung von besonderen Schwerpunkten
- Übersicht über die bisherige Leistungsentwicklung  
(Personal, Behandlungszahlen, Diagnosestatistik, Altersstatistik)
- Beantragung einer Verhandlung mit den Verbänden der Krankenkassen
- Diskussion der Daten

- Verständigung (bei fehlender Einigung Einleitung von Schiedsstellen- oder Sozialgerichtsverfahren)

### **Sozialhilfeträger-Pauschale**

Wie im Abschnitt „Finanzierungsgrundlage“ ausgeführt stellt die Etablierung einer Kostenbeteiligung der Sozialhilfeträger eine zusätzliche und besondere Anforderung dar. Prinzipiell sind hier identische Schritte der Kalkulation und Verhandlung erforderlich, wobei dann aber Instrumente einer abschließenden Entscheidungsfindung fehlen.

Empfohlen wird die primäre Verhandlung mit der zuständigen Behörde am Standort. Gelingt es hier, zu einem Abschluss zu kommen, kann gemeinsam mit den dortigen Vertretern des Sozialamtes versucht werden, ein analoges (über)regionales Vergütungssystem zu erreichen. Bei fehlendem Rechtsanspruch (Soll-Regelung, kein Muss) sind Verhandlungsebenso wie nachfolgend der Abrechnungsaufwand sehr hoch.

### **Qualitätsmanagement (QM)-Systeme im SPZ**

Der Einsatz von QM-Systemen in medizinischen Einrichtungen, insbesondere in Krankenhäusern, hat bereits eine lange Tradition. Klinikassoziierte SPZ sind deshalb oft einbezogen in das QM-System des Krankenhauses. Inwieweit sich klinikspezifische Systeme, wie KTQ, auch auf ein SPZ übertragen lassen, muss letztlich vom Träger der Einrichtung kritisch geprüft werden.

Während es sich bei KTQ, DIN ISO 9001 und QEP um QM-Systeme handelt, die zertifiziert werden (können), ist EFQM eher als ein umfassendes und branchenübergreifendes Managementsystem zu verstehen, das nicht die Zertifizierung eines (Mindest-)Standards zum Ziel hat, sondern über den sog. Excellence-Gedanken und systematische Selbstbewertung der eigenen Standortbestimmung und der Strukturierung des Managementsystems einer Organisation dient. Eine externe Überprüfung durch erfahrene Assessoren-Teams ist aber auch hier möglich.

Über die Zertifizierungs-Systeme hinaus gibt es weitere Regelwerke, die sich Teilaspekten widmen, wie z. B. Risikomanagement (ISO 31000), Umweltmanagement (EMAS), Nachhaltigkeit und gesellschaftliche Verantwortung (ISO 49001).

Daneben gibt es zahlreiche QM-Initiativen z. B. von Fachgesellschaften zu einzelnen Ergebnis- und Strukturqualitätsindikatoren, teilweise auch mit Zertifikaten sowie die Regelwerke des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für den ambulanten und stationären Bereich im Gesundheitswesen.

### **Managementsystem im SPZ**

SPZ sind Organisationen, die nicht einfach auf Zuruf geführt werden können. SPZ-Leiter/innen haben selten neben ihrer medizinischen Ausbildung auch eine Management-

Ausbildung genossen, sollen aber eine Organisation bis zur Größe eines mittelständischen Unternehmens nicht nur fachlich gut, sondern auch ökonomisch verantwortlich führen.

Auch ein SPZ muss eine Strategie haben und umsetzen, wenn es dauerhaft erfolgreich sein will. Erforderlich ist dabei ein systematisches Vorgehen, das die Mitarbeiter mitnimmt, Strategie und Vorgehen immer wieder überprüft, hinterfragt und ggfs. korrigiert. Die erzielten Ergebnisse (medizinisch, aber auch wirtschaftlich) sollten regelmäßig analysiert, bewertet und idealerweise verbessert werden.

Ein umfassendes Managementsystem stellt dafür das Instrumentarium bereit. Man kann es nach entsprechender Schulung auch ohne betriebswirtschaftliche Ausbildung oder Studium implementieren, um die täglichen Management-Aufgaben möglichst professionell zu bewältigen.

### **Risikomanagement**

Die Sorgfaltspflichten eines ordentlichen Kaufmanns verlangen einen bewussten Umgang mit Risiken. Das größte Risiko besteht darin, nicht über Risiken zu sprechen. Aufgrund gesetzlicher Vorschriften (KonTraG, AktG, HGB, HGrG) ist in jedem Unternehmen ein Risikomanagement als Teilbereich des QM-Systems erforderlich.

Ein Risikomanagementsystem sollte ganzheitlich sein. Dazu gehören:

1. Strategische Planung mit der Definition von Zielen (Leitbild), Umfeldanalyse, Analyse der Stärken und Schwächen.
2. Operatives Controlling (als Umsetzung der strategischen Planung) mit Frühwarnsystem (Indikatoren, Hochrechnungen), Qualitätsmanagement und Beschwerdemanagement (Zwischenfall-Meldesystem, CIRIS).
3. Internes Überwachungssystem (Dienstanweisungen, interne Kontrolle) und die Innenrevision.

Im Rahmen dieser Systeme können Risiken entdeckt und beschrieben werden. Ziel und Aufgabe des betrieblichen Managementsystems ist die Darstellung der geschäftsgefährdenden (bestandsgefährdenden) Risiken und der professionelle Umgang damit. Eine ordnungsgemäße Geschäftsführung betreibt ein betriebliches Risikomanagementsystem, auch als Vorarbeit zur Erstellung des jährlichen Lageberichtes und der Jahresabschlussprüfung.

Bei der Durchführung des Risikomanagements wird ein Risikoinventar (Risikoatlas) erstellt und die einzelnen Risiken verschiedenen Kategorien und Subkategorien zugeordnet.

Zu den Kategorien gehören:

- Geschäftsrisiken (Wettbewerber, IT-Risiken u. a.),
- Finanzielle Risiken (Liquidität u. a.),
- Personalrisiken (Personalfluktuations u. a.) und
- rechtliche Risiken (Vertragsrisiken u. a.).



Ein „Risiko“ definiert sich als negative Abweichung von den zuvor definierten Unternehmenszielen (z. B. jährliche Steigerung der Patientenzahlen um 2%, Patientenzufriedenheit soll bei 90% liegen).

Dabei definiert sich ein Risiko über 2 Ausprägungen: die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Auswirkungen (Schadensfolgen). Daraus ergibt sich der Grad des Risikos.

Die Funktionsweise des Risikomanagementsystems lässt sich unterteilen und besteht aus folgenden Faktoren:

- Identifikation
- Analyse/Beschreibung
- Bewertung/Auswirkung
- Quantifizierung/Eintrittswahrscheinlichkeit
- Beurteilung/Erläuterung
- Maßnahmenfestlegung
- Maßnahmenumsetzung und Steuerung/Kontrolle von Risiken

Ein Risikomanagementsystem muss fortlaufend gepflegt werden.

Eine regelmäßige, mindestens 2x jährliche Überprüfung aller Risiken ist angemessen.

Die Vorteile einer Softwarenutzung für ein Risikomanagementsystem liegen in der Zentralisierung aller Informationen in einem System, der Förderung und Unterstützung des kontinuierlichen Prozesses sowie die Möglichkeit eines interaktiven und umfangreichen Reportings zu jeder Zeit.

Innerbetrieblich führt das Risikomanagement zu einer Steigerung der Sicherheit der Patienten und der Mitarbeiter, einer Sensibilisierung der Mitarbeiter hinsichtlich möglicher Risiken, einer Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements und letztlich der Sicherung der zukünftigen Finanzierung über Kredite bzw. die Bedienung am freien Kapitalmarkt (Basel II). Neben dem Risikomanagementsystem ist auch auf das „Chancenmanagement-System“ hinzuweisen.

Überlegungen und Darlegungen dazu können z. B. im Einzelfall der Entwicklung neuer Angebote und spezialisierter Leistungen, dem Aufbau neuer Kooperationen und der Möglichkeit der Akquirierung neuer Finanzierungsquellen dienen.

**Als Kalkulationshilfe steht eine Excel-Tabelle im geschützten Bereich für die SPZ-Leiter auf der Homepage der DGSPJ zur Verfügung.**