

Was kosten und was leisten Distrikthospitäler – bestehen Rationalisierungsmöglichkeiten?

Ergebnisse einer Aktionsforschung in 4 Ländern Afrikas südlich der Sahara

Friedeger Stierle

Abteilung für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen des Klinikums der Universität Heidelberg

Bergis Schmidt-Ehry

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) mbH, Eschborn

Vortrag anlässlich der

Tagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft, Heidelberg, Sept. 1997

Tagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft
Heidelberg, 24. - 27. 9. 1997

Was kosten und was leisten Distrikthospitäler - bestehen Rationalisierungsmöglichkeiten? Aktionsforschung in 4 Ländern Afrikas südlich der Sahara

Friedeger Stierle
Abteilung Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Universität Heidelberg
Bergis Schmidt-Ehry
Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn

Diese Präsentation stellt einige vorläufige Ergebnisse einer Aktionsforschung vor, die in 4 ländlichen Distriktkrankenhäusern in Bénin, Burkina Faso, Congo/Brazzaville

und Guinea/Conakry durchgeführt wird. Studiendesign und Koordinierung erfolgen durch die Arbeitsgruppe EVA-Plan der Abteilung für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg. Die einzelnen Fallstudien werden im Rahmen GTZ-unterstützter Gesundheitsprojekte von lokalem Personal weitgehend selbstständig realisiert.

Die Studie untermauert folgende **Thesen**:

- Die Leistungen der Krankenhäuser entsprechen nur unzureichend ihrer Aufgabenstellung und ihrer Referenzfunktion innerhalb eines integrierten Distriktgesundheitssystems.
- Die verfügbaren knappen Ressourcen werden nur wenig effizient eingesetzt, d. h. die Kosten pro erbrachte Leistung erscheinen teilweise zu hoch.
- Es besteht daher ein erhebliches Rationalisierungspotenzial, dass entweder zur Leistungssteigerung oder zur Kostensenkung eingesetzt werden kann.

Es wird geschätzt, dass in sub-Sahara Afrika nur ca. 30 % aller öffentlichen Gesundheitsausgaben den Distrikten zukommen. Die Ausgaben pro Krankenhausbett und Jahr wurden für Anfang der 90-iger Jahre mit rund 1.000 US \$ angenommen. Ungefähr $\frac{3}{4}$ davon entfallen auf das Distriktkrankenhaus. Die effiziente Nutzung dieser meist sehr knappen Ressourcen ist daher für die Finanzierungsfähigkeit und Leistungsfähigkeit des Gesamtdistrikts von überragender Bedeutung.

Fragestellung und Zielsetzung

Fragen:

- Welches sind die erbrachten Leistungen und wie hoch sind ihre Kosten?
- Bestehen Rationalisierungsmöglichkeiten?

Ziel:

- Steigerung von Leistung und Effizienz der Distriktkrankenhäuser

Die Aktionsforschung soll folgende **Fragen** beantworten:

- Welches sind die erbrachten Leistungen der Krankenhäuser und wie hoch sind ihre Kosten?
- Bestehen Rationalisierungsmöglichkeiten?
- Wie wirken sich Rationalisierungsmaßnahmen auf Leistung und Kosten aus?

Ziel der vorgestellten Aktionsforschung ist es also, Leistung und Effizienz der Distriktkrankenhäuser zu erhöhen.

In einer ersten Querschnittsstudie wurden bislang eine vollständige Kostenerhebung vorgenommen, verschiedene Output-Indikatoren bestimmt, sowie Kosten und Leistungsdaten gegenübergestellt. Die Verantwortlichen und das Personal der Distriktgesundheitsdienste selbst sollen diese Ergebnisse analysieren, Rationalisierungspotentiale identifizieren, entsprechende Korrekturmaßnahmen umsetzen und später deren Auswirkungen in einer zweiten Querschnittsstudie überprüfen.

Profil der Distriktkrankenhäuser

	Bénin	Burkina Faso	Congo	Guinea
Einwohner	129.000	137.000	203.000	174.000
Betten	86	53	144	100
Personal	47	23	137	80
Ärzte	2,5	1	6	9
Einwohner/Bett	1.500	2.585	1.410	1.740

BRD (1993): 104 Einwohner/Krankenhausbett

Es werden nun zunächst die Methode, dann einige **Ergebnisse** zu Kosten und zur Nutzung der vorhandenen Ressourcen vorgestellt. Danach werden Kosten und Output

gegenüber gestellt und schließlich einige Schlussfolgerungen gezogen.

Die Analyse des Ist-Zustandes wurde wie folgt vorgenommen:

Zuerst wurde, nach Inventarisierung der zur Verfügung stehenden Ressourcen, eine eingehende Kostenanalyse durchgeführt. Dabei wurde sämtliche Investitions- und Betriebskosten nach Kostenarten (z. B. Personal, Transport) als auch nach Kostenstellen, bzw. Kostenzentren (Stationen, Operationsaal, Verwaltung, etc.) spezifiziert. Das Erfassen der getätigten Ausgaben wurde als nicht ausreichend erachtet, da diese oft nicht den tatsächlichen Wert der verbrauchten Ressourcen, also die tatsächlichen Kosten widerspiegeln - wie dies meist bei den Investitionskosten der Fall ist. In einem mehrstufigen Zuteilungsprozeß wurden dann nach festgelegten Verteilungsschlüsseln die Kosten der unterstützenden und indirekten Kostenzentren (z. B. Küche, Labor, Apotheke, Operationssaal) den direkten Kostenzentren zugeordnet.

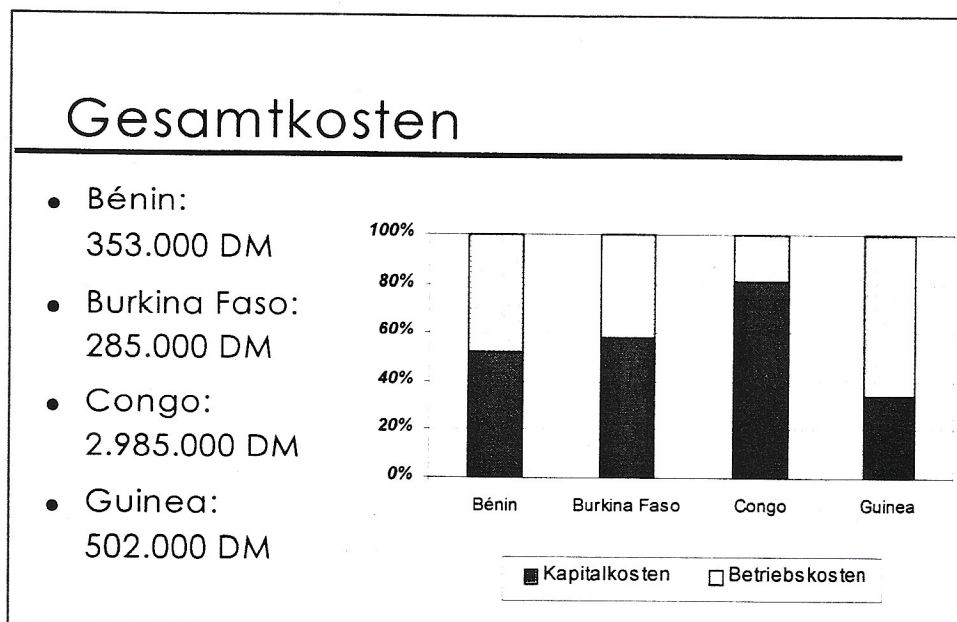
Anschließend wurden die pro Kostenstelle erbrachten Leistungen (outputs) definiert, erfasst und dann den jeweiligen Kosten gegenübergestellt. In einem letzten Schritt wurden für einige ausgewählte Behandlungsfälle die Kosten ermittelt.

Einwohnerzahl, soziale und wirtschaftliche Gegebenheiten der Distrikte sowie Größe und Personalausstattung der Hospitäler weisen große Unterschiede auf. Die Einwoh-

nerzahl der Distrikte liegt zwischen 130.000 und 2000.000, die Bettenzahl zwischen 53 und 144, und die Zahl der Krankenhausärzte zwischen 1 und 9. Ungefähr 1/3 bis knapp die Hälfte des gesamten Distriktpersonals ist im Hospital tätig.

Auffällig ist die niedrige Verfügbarkeit von Betten pro Einwohner. Es stehen für ca. 1.500 bis über 2.500 Einwohner nur 1 Krankenhausbett bereit. In der BRD gibt es dagegen für 100 Einwohner 1 Krankenhausbett.

Kosten des Krankenhauses



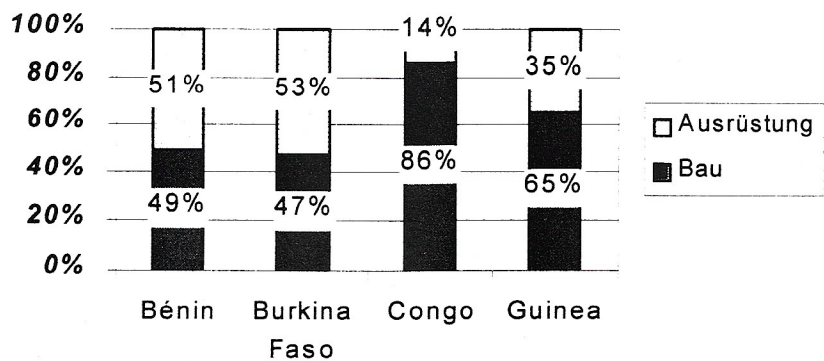
Die Gesamtkosten der Hospitäler lagen 1995 in Bénin, Burkina und Guinea zwischen knapp 300 TDM und 500 TDM, in Congo jedoch bei fast 3 Mio. DM pro Jahr.

Die Betriebskosten machen zwischen knapp 20 % (Congo) und knapp 70 % (Guinea) der Gesamtkosten aus. Für Bénin und Burkina liegen die Betriebskosten bei etwas über 50 % der Gesamtkosten.

(Der hohe Anteil der Kapitalkosten des Hospitals in Kongo ist wohl auf die Größe des Hospitals (und damit den hohen Wiederbeschaffungswert) zurückzuführen. Die errechneten Kosten eines entsprechenden Neubaus liegen bei ca. 30 Mio. DM, errechnet für eine Discountrate von 7 % und eine veranschlagte Lebensdauer von 50 Jahren. Allerdings konnten die Zahlen auf Grund der in Congo vorherrschenden aktuellen politischen Lage nicht verifiziert werden.)

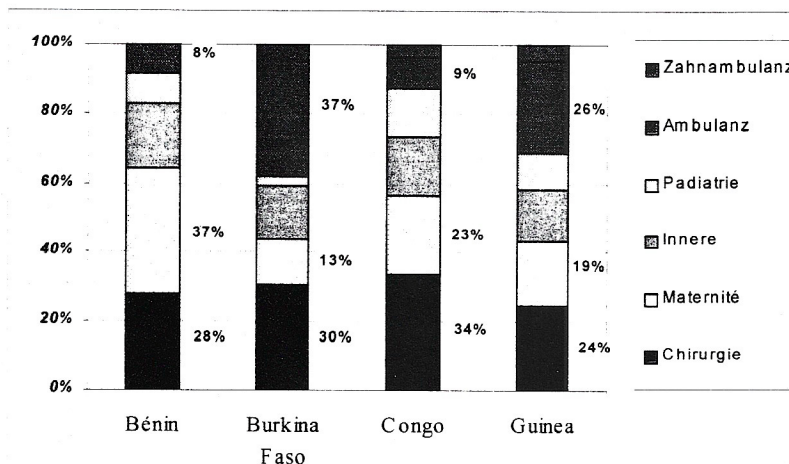
Der Anteil der Baukosten an den Kapitalkosten liegt zwischen 50 % und ca. 86 %. Die Unterschiede dürften auf verschiedene Baupreise und auf die verschiedene Bauausführung und die Ausstattung der Hospitäler zurückzuführen

%-Anteil Bau- und Ausstattungskosten an Kapitalkosten



sein. Möglicherweise ist in Bénin, Burkina und Guinea auch der Wiederbeschaffungswert für den Bau zu niedrig kalkuliert.

Kosten pro Abteilung



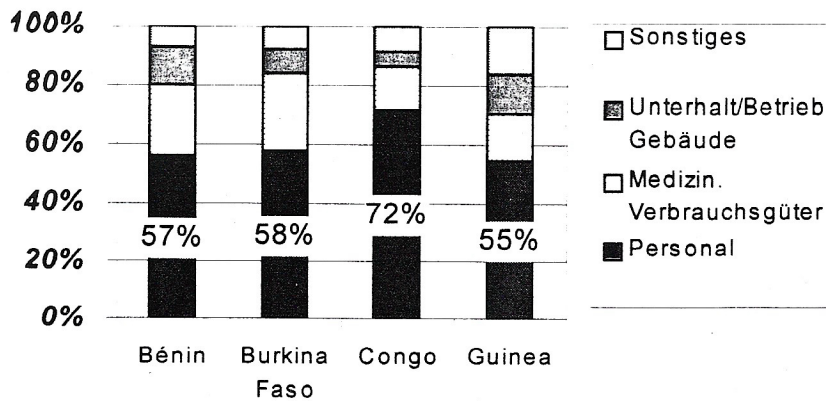
Die Kosten pro Abteilung sind sehr unterschiedlich. Die Kosten der chirurgischen Abteilungen (Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe) machen jedoch den Lö-

wenanteil mit über 40 % bis über 60 % der Gesamtkosten aus.

In Burkina und Guinea, wo das Krankenhaus auch Leistungen der 1. Versorgungsebene (Basisversorgung) erbringt, machen die Kosten dieser Ambulanz ein Viertel bis über ein Drittel der Gesamtkosten aus.

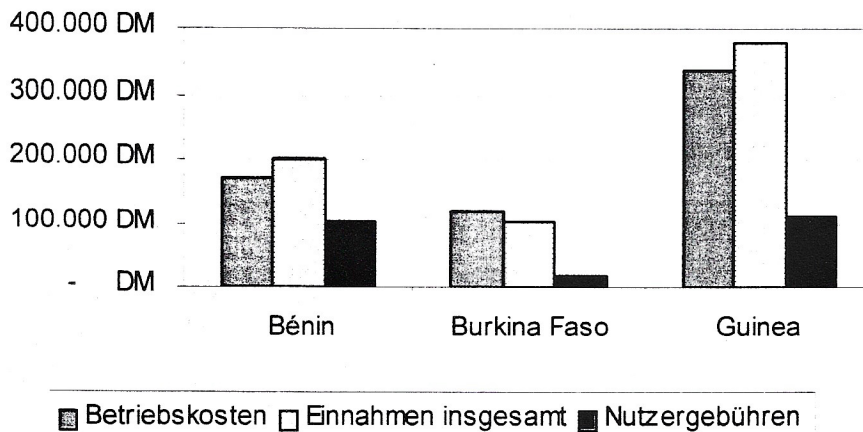
Pädiatrie und Innere Abteilung stellen einen relativ geringeren Kostenfaktor dar.

Betriebskosten



Die Personalkosten der Krankenhäuser schlagen mit 55 % bis 72% der Betriebskosten zu Buche. Dies ist zwar viel, aber weniger als in Deutschland.

Betriebskosten und Einnahmen

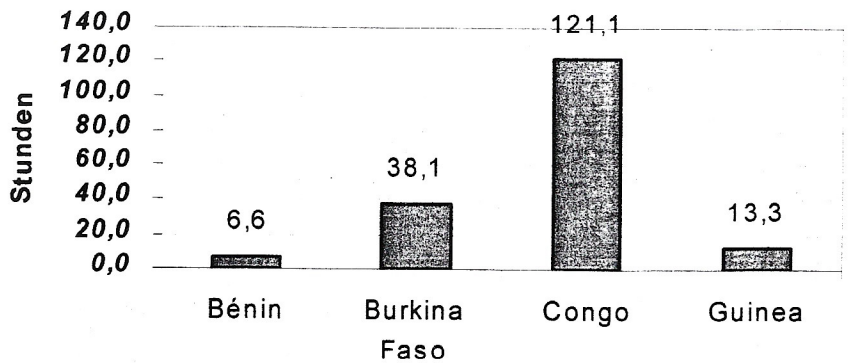


In Bénin und Guinea decken die Einnahmen die errechneten Betriebskosten. In Burkina ist dies nicht der Fall. Für Congo liegen keine Angaben vor. Einnahmen durch Nutzer-

gebühren und Medikamentenverkauf decken teilweise bis zu 50 % der Kosten (Bénin). In Guinea und Burkina ist dieser Anteil jedoch deutlich niedriger.¹ Die Kapitalkosten sind hier jedoch nicht berücksichtigt!

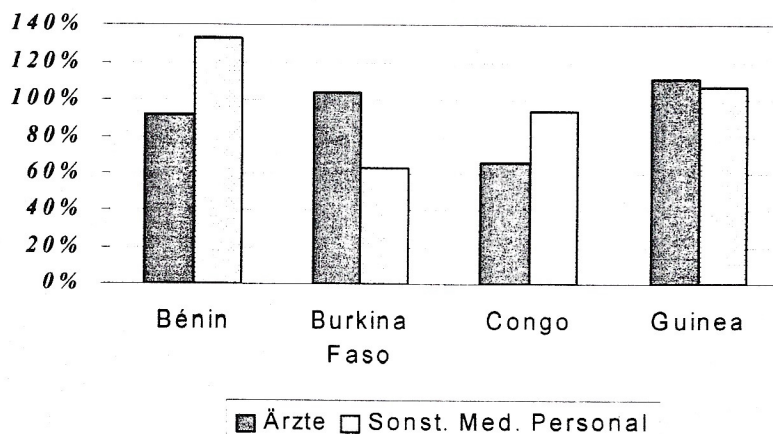
¹ Es ist allerdings zu beachten, dass die Kostenanalyse aus methodischen Gründen die für Unterhalt und Wartung zu veranschlagenden Kosten nur unzureichend berücksichtigt. Hier wurden nur die tatsächlichen Ausgaben berücksichtigt, die jedoch sicherlich nicht ausreichend sind.

Verfügbare Arbeitszeit pro Patient (Pflegepersonal)



Für das nicht-ärztliche medizinische Personal verfügt in Bénin pro Fall über 6,6 Stunden Arbeitszeit. Im Congo sind es stolze 121 Stunden pro Fall.

Auslastung des Personals



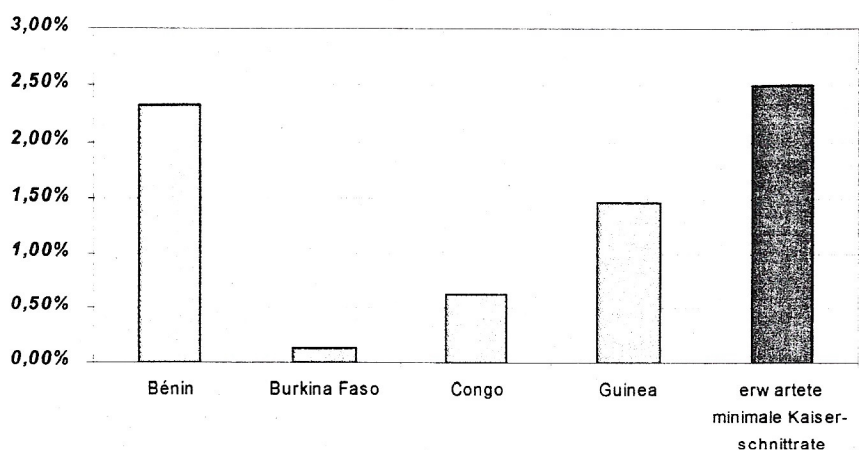
Die Auslastung von Ärzten und Pflegepersonal, d. h. die tatsächliche Arbeitszeit in Bezug zur verfügbaren Zeit, weist enorme Unterschiede auf.

Im Congo, aber auch in

Burkina ist das Personal zum Teil nicht ausgelastet. Dagegen ist in Bénin und Guinea eher eine Überlastung festzustellen.

teil von Leistenhernien und Hydrozelen. Andere chirurgische Krankheitsbilder sind deutlich unterrepräsentiert.

Kaiserschnitttrate



Die Kaiserschnitttrate

bleibt, bezogen

auf die erwartete

Geburtenzahl im

Distrikt, deutlich

hinter den

Erwartungen für

ein funktionieren-

des Distriktkran-

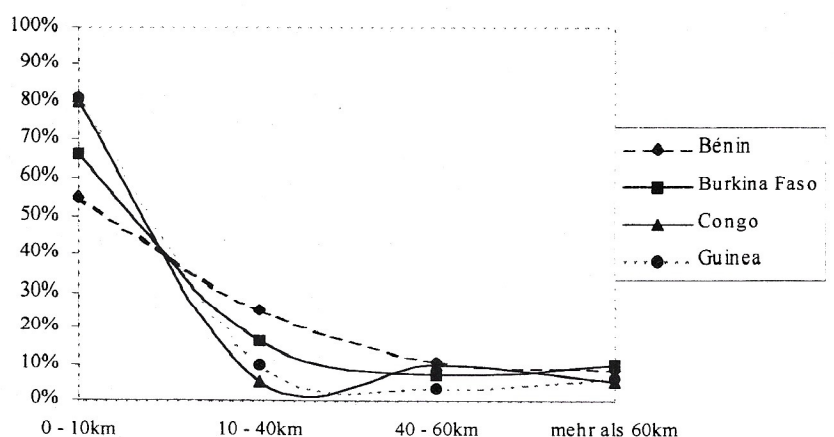
kenhaus zurück.

Wird die mini-

male Kaiserschnitt-

trate auf 2,5 % der erwarteten Geburten festgelegt, ist vor allem für Burkina und für Congo ein enttäuschendes Ergebnis festzustellen.

Nutzung des Krankenhauses und Entfernung zum Wohnort



Die Krankenhäuser werden

ganz überwiegend von der

ortsnahen Bevölkerung ge-

nutzt. Zwischen

55 % und über

80 % der Pati-

enten leben im

Umkreis von 5

km. In Guinea

machen nur 9

- Auch bei geringer Nutzung bleiben die Gesamtkosten wegen des hohen Fixkostenanteils hoch.
- Trotz insgesamt sehr knappen Ressourcen ist von einem erheblichen Rationalisierungspotenzial auszugehen. Insbesondere könnte mit den vorhandenen Ressourcen ein größerer Output erzielt werden. Im Einzelfall könnten aber auch Kosten gespart werden.
- Zuvorderst müssen die vorhandenen Ressourcen in ein ausgewogeneres Verhältnis zueinander gebracht werden. Wenn nötig muss ein entsprechender Ausgleich von Ressourcen zwischen den einzelnen Versorgungsebenen durchgeführt werden.
- Nutzerrate, Nutzerprofil und Case-Mix zeigen, dass die Krankenhäuser nur unzureichend ihrer Rolle als Referenzkrankenhaus werden gerecht werden.
Dabei müssen vor allem die Rollen der ersten und zweiten Versorgungsebene klar definiert und praktisch abgegrenzt werden.