



Foto: Alextanya – stock.adobe.com

Erfolgreicher Strukturwandel

Mit Datenanalysen Konsolidierungspotenziale von Krankenhäusern offenlegen

Von Sebastian Irps und Gunter Damian

Der Strukturwandel im stationären Bereich setzt Krankenhäuser unter Druck. Erfolgreich werden die Häuser sein, die diesen Wandel selbst vorantreiben und proaktiv gestalten. Dafür stehen hilfreiche Analyseinstrumente mit guten Daten bereit. Ergebnisse dieser Auswertungen tragen zudem häufig dazu bei, Hindernisse oder sogar bestehende Blockaden gegenüber Veränderungen zu überwinden.

Keywords: Erlöse, Recht, Gesundheitspolitik

Wie in vielen anderen Bereichen unserer Gesellschaft wirkt sich die Corona-Pandemie als Motor für Veränderungen auch und besonders auf den Gesundheitssektor aus: Nicht nur direkt, indem die Herausforderungen in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen bewältigt werden müssen, sondern auch indirekt, weil die Pandemie die Frage nach optimalen Versorgungsstrukturen nochmals verstärkt provoziert.

Die stationäre und insbesondere die intensivmedizinische Versorgung hat an vielen Orten unter höchster Belas-

tung für das medizinische Personal entscheidend dazu beigetragen, die erste Corona-Welle zu bewältigen. Dies ist auch der mit hohem Ressourceneinsatz verbundenen Vorkapazität zu verdanken. Die insbesondere von der Politik gestellte Frage nach der optimalen Versorgungsstruktur in der wohnortnahen Krankenhausversorgung in Abhängigkeit der Erreichbarkeit, des Leistungsangebots, der Behandlungsqualität und nicht zuletzt des Pflegekräfte-Einsatzes wird gerade deshalb noch intensiver diskutiert.

Krankenhausmarkt spitzt sich zu

Dies trifft im „Superwahljahr 2021“ auf eine im Krankenhaussektor sich bereits seit längerem zuspitzende Problemlage: Während sich in Ballungszentren die Kliniken angesichts von Überkapazitäten einen Wettbewerb um lukrative Fälle stellen müssen, stehen in strukturschwachen Regionen einzuhaltende Mindestmengen und die Refinanzierung von Vorkapazitäten für die Einrichtungen im Vordergrund. Die Herausnahme der Pflege aus dem etablierten DRG-Abrechnungssystem sorgt für Grabenkämpfe zwischen Kliniken und Kran-

kenkassen um die zum Erhalt der Pflegestandards erforderlichen Finanzmittel. Die seit Jahren von den Bundesländern nur unzureichend bewilligten Investitionsmittel engen den Spielraum für Strukturveränderungen und erforderliche Anpassungen zusätzlich ein.

Politik will weniger Krankenhäuser

Es geht im Kern um die Frage, wo welche stationären Leistungen in welcher Menge, mit welcher Qualität und zu welchen Kosten vorgehalten werden sollten. Nach Vorstellung der für das Angebot zuständigen Ländern sollte dies nicht dem Kräftespiel des freien Marktes überlassen werden, sondern bedarfsgerecht geplant werden. Zugleich gibt es zahlreiche Stimmen, die für eine Reduzierung der Häuser- und Bettenzahl in Deutschland plädieren. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend können sich die Leistungserbringer dann darum bewerben, die geplanten Bedarfe im Auftrag des Landes zu decken. Dies macht eine genaue Abstimmung des Leistungsangebotes passgenau zu den aktuellen und angesichts des demografischen Wandels im steten Fluss befindlichen Bedarfsanforderungen notwendig.

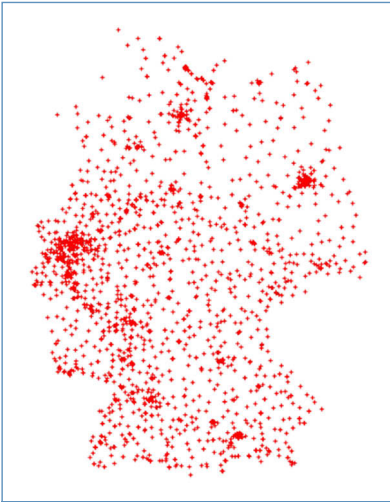


Abb. 1: Bundesweite Verteilung von Krankenhausstandorten

Quelle: Öffentliche Daten (G-BA)

Strukturwandel bewältigen

Aus Perspektive der Krankenhäuser ist es wichtig, sich nicht nur die eigene aktuelle und zukünftige Situation vor Augen zu führen, sondern auch einen Blick auf die Wettbewerber im nahen Umfeld zu werfen, um sich wirtschaftlich erfolgversprechende Ziele zu setzen. Zusätzlich sind Informationen über die demografische und epidemiologische Entwicklung heranzuziehen, damit angesichts des medizinischen Fortschritts das zum Planungsbedarf passende Angebot an medizinischen Leistungen vorgehalten werden kann.

Erschwerend kommt allerdings hinzu, dass zentrale Einflussgrößen der zukünftigen Versorgungssituation, wie die zukünftige Gesundheitspolitik, Änderungen des Abrechnungssystems oder die Aufhebung der Sektorgrenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, zunächst unbekannt sind. Diese können aber über die Annahme entsprechender Parameter in eine Simulation verschiedener Szenarien eingebunden werden. Mit öffentlich frei zugänglichen Daten sind wir in der Lage, zu jeder Region in Deutschland Aussagen zu den Krankenhäusern zu treffen. Dabei werden Daten der Statistischen Ämter der Länder, des Institutes für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK), des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder aus den Krankenhausplänen der Länder mit Daten des jeweiligen Krankenhauses kombiniert.

Zunächst erfolgt die Betrachtung der Region mit öffentlichen Daten. Bei Re-

gionalanalysen des Status quo werden alle Leistungsanbieter im Einzugsgebiet, die Einwohner und deren Struktur sowie den aktuellen Bedarf an medizinischen Leistungen analysiert (► Abb. 1). Dabei kann mit der so genannten Hotspot-Analyse schnell ein Bild der Verteilung einzelner Leistungen über alle Anbieter dargestellt werden. Mit der Betrachtung von gruppierten OPS-Anzahlen lassen sich Hotspots für einzelne Leistungen gut visualisieren.

Dazu haben wir eine Systematik von typischen Leistungsgruppen entwickelt, die über eine Kombination aus OPS und/oder ICD homogene Leistungsgruppen erzeugt, die mit sprechenden Namen helfen, leicht einen Überblick über das Leistungsgeschehen zu erhalten.

Bereits hier wird in der Regel schnell das Potenzial für eine Strukturbereinigung klar. Auch wenn diese Information häufig - zumindest gefühlt - bereits in der Krankenhausleitung bekannt sein dürften, kann dies so mit konkreten Zahlen belegt werden und helfen, alle Beteiligten zu überzeugen. Auf dieser Grundlage kann das Gespräch mit der Planungsbehörde, etwaigen Kooperationspartnern oder auch Mitbewerbern vorbereitet und geführt werden.

In ► Abb. 2 sticht sofort die Häufung der Gallenblasenentfernung als eine Leistung heraus, die im eigenen Haus (s. Beispiel KH 0) mit 270 Eingriffen recht häufig ist. Aber auch die Mitbe-

werber weisen viele Fälle auf. Wäre ein Krankenhausentscheider für alle vier Standorte verantwortlich, würde die Leistung schnell auf ein bis höchstens zwei Krankenhäuser fokussiert.

Im Gegenzug könnte die geriatrische Komplexbehandlung konzentriert werden. Zur Umsetzung kommt unterstützend noch eine Betrachtung der Fallzahlen pro Fachabteilung hinzu. So einfach stellt sich die Situation natürlich in der Realität meistens nicht dar, weil zumeist jedes Krankenhaus eigene Entscheidungsstrukturen und -träger aufweist.

Detailanalysen mit § 21-Daten

Detailanalysen können erstellt werden, wenn das zu analysierende Haus seine Entlassdaten auf Fallebene - wenn vorhanden auch für mehrere zurückliegende Jahre - in Form der sogenannten „§ 21-Daten“ zur Verfügung stellt. Noch aussagekräftiger kann das Kooperationspotenzial mehrerer Einrichtungen herausgearbeitet werden, wenn für alle in Frage kommenden Häuser diese Daten einbezogen werden können, etwa bei Fragen zur Konsolidierung von Leistungen innerhalb von Trägergruppen oder Konzernen.

So können Hotspot-Betrachtungen auch über DRG oder die zuvor genannten Leistungsgruppen dargestellt werden, die bei den direkt an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeitern eine hohe Akzeptanz genießen. Zusätzlich kann die Analyse auch auf die Herkunft der Patienten, die Verweildauer oder die Altersvertei-

	KH 0	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5
Endoprotetik	109	329	148	47	45	436
Schilddrüse	22	6	84	23	20	17
Gallenblase (CHE)	270	80	186	182	87	289
Hernien	221	95	262	210	162	256
Magen	149	44	174	154	93	200
Darm	843	147	661	714	516	1.262
Appendektomie	172	32	115	117	36	145
Herzkatheter	1.324		3.067		3.308	2.358
PTCA	777		812		1.833	1.681
Endoskopie	2.372	654	1.636	1.442	784	1.577
ERCP	1.042	207	382	453		404
Geriat.Komplexbeh.	645		872		649	567

Abb. 2: Beispiel einer Hotspot-Analyse zur Darstellung von Leistungsschwerpunkten einzelner Krankenhäuser

Quelle: IMC clinicon

lung fokussieren. Auch der Ausschöpfungsgrad des regionalen Potenzials (nach Maßgabe des Statistischen Bundesamtes) könnte exakt maßgeschneidert für die der Region angehörigen Akteure dargestellt werden. Im Anwendungsbeispiel eines Kreises, das über ein einziges Krankenhaus im eigenen Gebiet verfügt, erkennt man den Ausschöpfungsgrad der behandelten Fälle am Gesamtpotenzial einer Basis-DRG im eigenen Landkreis (► Abb. 3). Vergleichend kann auch die Behandlung von Patienten in derselben DRG aus anderen Kreisen abgelesen werden.

Gemäß den analysierten Werten hat das zu untersuchende Krankenhaus die Leistung „Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes“ an insgesamt 145 Patienten erbracht. Das Potenzial im eigenen Kreis wurde hingegen auf mit 202 Fällen beziffert. Von diesem Potenzial wurden aus dem eigenen Kreis 99 Fälle behandelt. Die verbleibenden Fälle stammen aus benachbarten Kreisen. Dies entspricht für den eigenen Kreis einer Potenzialausschöpfung von 49 Prozent. Die restlichen 51 Prozent im eigenen Kreis wur-

den also durch andere Krankenhäuser aus anderen Kreisen erbracht. Mithilfe der Bevölkerungsprognose der Länder können über die Parameter Alter und Geschlecht in Verbindung mit den „§ 21-Daten“ des Hauses der Betten- und Flächenbedarf der Immobilie für die verschiedenen Funktionen eines Krankenhauses für die nächsten Jahre berechnet werden. Weitere Einflussfaktoren können dabei zusätzlich berücksichtigt werden. So werden zu erwartende Korrekturen etwa durch die fortschreitende Ambulantisierung (AOPKatalog, Kurzlieger) durch den medizinischen Fortschritt, durch neue Mindestmengen oder auch durch Vorgabe der regionalen Krankenhausplanung bei Bedarf eingerechnet. Gleichzeitig können geplante Strukturänderungen oder Neubesetzungen des Krankenhauses berücksichtigt werden, um am Ende die aufzustellenden Betten pro Fachabteilung berechnen zu können.

Mit einer wie in ► Abb. 4 beispielhaft ausgefertigten Prognose in Verbindung mit einer zusätzlichen Berechnung der Krankenhausfunktionsplanung können Krankenhäuser

auch bereits bei der Planung von Neubauprojekten unterstützt werden. Hier lässt sich auch eine bereits eingangs als Teil der aktuellen Fragestellung beschriebene Wahl eines geeigneten Standortes im Hinblick auf die optimale Erreichbarkeit für die Bevölkerung problemlos anschließen. Nach der Analyse und Definition des Leistungsportfolios eines Krankenhauses folgt in der Regel die Ermittlung eines optimalen Struktur- und Prozessmodells. In Anbetracht der gerade im Personalbereich sich belastungs- und demografiebedingt deutlich verknappenden Ressourcen, ist der Personaleinsatz bei Dienstleistungen wie der Krankenhausbehandlung von entscheidender Bedeutung. Idealerweise sollten die Mitarbeiter deshalb nicht nur Objekt, sondern auch Subjekt der Betrachtung sein. Sie sollten nicht nur in den Prozess eingebunden und mitgenommen werden, sondern auch ihr spezifisches Prozess-Know-how, ihre Wünsche und Fähigkeiten bei der Neuausrichtung sollten berücksichtigt werden. Engagierte und motivierte Mitarbeiter sind auch im Krankenhausbereich der Schlüssel zu Qualität, Effizienz und so-

Bezeichnung	DRG	FZ 2019	eigener Kreis			Kreis 2			Kreis 3		
			Pot.	beh.	Anteil am Pot.	Pot.	beh.	Anteil am Pot.	Pot.	beh.	Anteil am Pot.
Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Korrektur einer Brustkorbdeformität	I44	183	246	125	51%	304	34	11%	220	1	0%
Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese	I47	145	202	99	49%	257	30	12%	187	2	1%
Andere Kopfverletzungen	B80	404	422	360	85%	465	10	2%	214	2	1%
Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder bei Endoprothese der oberen Extremität	I13	150	231	139	60%	259	4	2%	150	1	1%
Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich oder andere Frakturen am Femur	I68	222	808	209	26%	537	6	1%	755	2	0%
Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	J65	128	163	114	70%	193	2	1%	138	2	1%
Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula	I21	82	125	76	61%	180	2	1%	115		
Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule	I08	89	135	83	61%	184			119		
Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk	I30	39	95	27	28%	74	5	7%	63		
Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula	I29	38	128	31	24%	204	7	3%	68		
Eingriffe am Fuß	I20	36	106	25	24%	134	6	4%	116		

Abb. 3: Beispielhafte Darstellung zur Ausschöpfung des Behandlungspotenzials (FZ = Fallzahl, Pot.= Potenzial)

Quelle: IMC clinicon

	FA	HA0100	HA1000	HA1500	HA2316	HA2400	HA2200	HA2600	HA3600	HA3610	
	Fach	Innere Med.	Pädiatrie	Chirurgie	Orthopädie	Gyn/Geb	Urologie	HNO	Intensivmed.	Neonat	Summe
	Tage 20 Halbjahr	19.463	3.339	7.467	4.806	4.626	6.860	53	1.684	436	48.734
	FZ 20 Halbjahr	3.296	1.044	1.307	692	1.073	1.183	30	186	36	8.847
	dbB	53,32	9,148	20,46	13,17	12,67	18,79	0,145	4,614	1,195	133,5
Korrektur 2020	Hochrechnung auf 2020 Gesamt	106,56	18,30	40,92	26,33	25,35	37,59	0,29	9,23	2,39	267,04
	AOP	-3,964	-0,195	-2,353	-0,63	-1,488	-2,518	-0,104			-11,25
	Tagesfälle	-1,986	-0,775	-0,342	-0,288	-0,249	-0,249	-0,06			-3,95
	dbB Zwischensumme	100,70	17,33	38,22	25,42	23,61	34,82	0,13	9,23	2,39	251,8
	Plan-Betten	118,5	20,4	45	29,9	27,8	41	0,1	10,9	2,8	296,3
2025	dbB Zwischensumme	106,08	15,51	37,83	26,30	19,79	36,13	0,11	9,77	2,01	253,5
	Plan-Betten	124,8	18,3	44,5	30,9	23,3	42,5	0,1	11,5	2,4	298,3
2030	dbB Zwischensumme	111,26	13,71	37,66	27,06	18,95	37,21	0,1	10,1	1,69	257,7
	Plan-Betten	130,9	16,1	44,3	31,8	22,3	43,8	0,1	11,9	2	303,2
2035	dbB Zwischensumme	114,83	12,95	37,21	27,56	19,46	37,49	0,1	10,54	1,69	261,8
	Plan-Betten	135,1	15,2	43,8	32,4	22,9	44,1	0,1	12,4	2	308

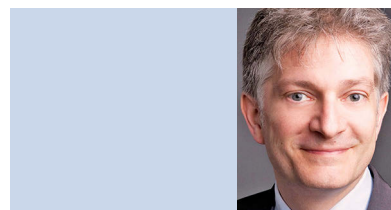
Abb. 4: Beispiel für eine Ableitung des Bettenbedarfs bis 2035 (HA = Hauptabteilung, AOP = ambulanten Operationen, dbB = durchschnittl. belegte Betten)

mit Garant für den Unternehmenserfolg.

Fazit

Krankenhäuser sollten sich proaktiv den Herausforderungen des anstehenden Strukturwandels in der stationären Versorgung stellen. Es gibt zahlreiche Daten und Auswertungsmöglichkeiten, um fundiert das eigene Leistungsspektrum gezielt den geänderten Anforderungen anzupassen und mit optimierten Strukturen und Abläufen Effizienzvorteile zu erzielen. So gelingt es,

sich im Wettbewerb um wertvolle Mitarbeiter gut zu positionieren und dadurch auch im Qualitätsvergleich vordere Ränge zu belegen. Dies ist auch der Schlüssel, um den wachsenden Anforderungen an Mindestmengen, Untergrenzen oder vordefinierten (Pflege-) Personalquotienten mit Gelassenheit zu begegnen. ■



Sebastian Irps

Sebastian Irps
Geschäftsführer
IMC clinicon

Gunter Damian
Projektleitung & Vertrieb
IMC clinicon

Deine Erfolgsrechnung – Medizin + Management = *Karriere*

Medical Controlling & Management (B. Sc.)
und Krankenhausmanagement (M. Sc.)
an der MSH Medical School Hamburg –
University of Applied Sciences and Medical
University studieren

