

Dr. Andreas Becker/Udo Beck

Markt- und Konkurrenzanalyse auf der Basis des Qualitätsberichts nach § 137 SGB V

Zur strategischen Ausrichtung eines Krankenhauses sind Informationen zum Marktumfeld und zu den Mitbietern erforderlich, die in der Vergangenheit nur limitiert zur Verfügung standen. Mit dem nach § 137 SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht ergeben sich neue Möglichkeiten zur Analyse der aktuellen Situation und der künftigen Planung. Der vorliegende Beitrag erläutert anhand einer Fachabteilung für Allgemeinchirurgie die Anwendung der im Qualitätsbericht enthaltenen Daten bei Analyse- und Entscheidungsprozessen sowie weiteren Fragestellungen des Managements.

Der Markt ist die Gesamtheit der tatsächlichen und potenziellen Käufer eines Produktes oder einer Dienstleistung, wobei das „Marktpotenzial“ für die meisten Güter und Dienstleistungen nicht der Gesamtbevölkerung eines Gebietes entspricht, sondern nur einem Teil davon. Für einen Anbieter mit einem regional begrenzten Angebot stellt das Marktpotenzial nur eine theoretische Größe dar, der tatsächlich von ihm erreichbare Anteil dieses theoretischen Marktpotenzials kann als „Marktvolumen“ oder „realisierbares Marktpotenzial“ bezeichnet werden. Zur Realisierung des Marktvolumens ist es unter anderem erforderlich, dass die potenziellen Kunden von dem Anbieter und seinen Leistungen Kenntnis haben. Werden potenzielle Kunden nicht ausreichend informiert und auch aktiviert, so bleiben sie ein „virtuelles“ Marktvolumen¹⁾. Hinzu kommt natürlich noch, dass das jeweilige Marktvolumen überhaupt bekannt sein muss.

Konkurrenz ist das Lebenselixier der Marktwirtschaft. Sie sorgt dafür, dass die Ressourcen in die Hände dessen gelangen, der sie am besten einzusetzen vermag. Zugleich schafft sie Leistungsanreize, indem sie Fleiß, Initiative und Kreativität belohnt. Denn nur dort, wo solche Anreize für die Beteiligten existieren, findet auch Wettbewerb statt.²⁾ Neben Wettbewerb um Leistungsqualität zwischen Krankenhäusern wird auch der wirtschaftliche Wettbewerb um den „rentablen“ Patienten auf dem Krankenhausmarkt immer stärker.³⁾ Wettbewerb setzt Möglichkeiten zum flexiblen Markteintritt neuer oder umgewidmeter Kapazitäten voraus. Die Einführung der DRGs war in diesem Zusammenhang ein entscheidender Schritt, denn mit ihnen verfügen die am Markt agierenden Krankenhäuser erstmals über einheitlich definierte Produkte, die Voraussetzung für einen Wettbewerb sind.

Zur strategischen Ausrichtung eines Krankenhauses gehört das Finden und Versorgen von bisher ungedecktem Bedarf, das heißt das Erschließen neuer Märkte innerhalb oder im Randbereich des bisherigen Kerngeschäftes. Eine strate-

gische Neuausrichtung kann auch dazu führen, sich auf Kernleistungen zu konzentrieren und Teile des Leistungsspektrums zurückzufahren oder ganz einzustellen, soweit dies möglich ist. Wettbewerb kann in der Regel nur begrenzt auf regionale Konkurrenz durch Patientenwanderung setzen. Wettbewerb von Krankenhäusern gleicher Versorgungsstufe untereinander findet hauptsächlich in engmaschig versorgten Ballungsgebieten statt.⁴⁾

Ein wichtiges Instrument, die eigene Strategie auf die Wettbewerbsanforderungen auszurichten, um damit die Wettbewerbsfähigkeit zu gewährleisten, ist die Konkurrenzanalyse; hierunter ist das systematische Vorgehen zur Erkundung der Frage, wer auf welche Weise an einem Markt partizipiert, zu verstehen. Mit ihrer Hilfe wird die Ist-Position eines Krankenhauses im Markt- und Wettbewerbsumfeld bestimmt. Oberste Zielsetzung der Konkurrenzanalyse ist die Unterstützung des Managements bei der Entwicklung, Überprüfung, Anpassung und Weiterentwicklung erfolgreicher Marktstrategien und -operationen. Durch die Konkurrenzanalyse sollen die Entscheidungssicherheit der Verantwortlichen im Krankenhaus erhöht, Handlungsalternativen aufgezeigt bzw. zu deren Formulierung angeregt und durch die Gewinnung längerer Vorlaufzeiten für die Handlungsvorbereitung die Entscheidungsflexibilität gesteigert werden.²⁾

Sind Marktvolumen und Konkurrenzlage bekannt, so kann das Krankenhaus Leistungsportfolios entwickeln, um die aktuellen und künftigen Leistungsbedarfe zu ermitteln. Diesen Bedarfen sind dann die qualitativen und quantitativen Kompetenzen des eigenen Krankenhauses gegenüberzustellen; das Krankenhaus kann also seine Ertragsmöglichkeiten bestimmen und unter Berücksichtigung seiner Leistungsfähigkeit und der (bisherigen) Versorgungsqualität Maßnahmen ableiten, die zur Zielerreichung ergriffen werden müssen und die ggf. dann auch Investitionen erfordern. In Kenntnis von Marktvolumen und Konkurrenzlage können also die folgenden Fragen beantwortet werden⁵⁾:

- Was ist (nicht) möglich? Was wollen wir (nicht)? (Ertragsmöglichkeiten)
- Was können wir (nicht)? (Leistungsfähigkeit)
- Was kommt (bisher) dabei heraus? Sind wir mit unserer (bisherigen) Versorgungsqualität marktfähig? (Ergebnis)

Ein Krankenhaus muss sich unter Berücksichtigung des regionalen Umfelds also so positionieren, dass es in seinem Leistungsspektrum wettbewerbsfähig ist.

Nur wer sich vor dem Hintergrund der sich stetig ändernden Rahmenbedingungen konstruktiv mit dem eigenen Leistungsangebot auseinandersetzt, wird sich auch für die

Zukunft erfolgreich positionieren können. Methoden zur Markt- und Konkurrenzanalyse sollten genutzt und Chancen und Risiken gegeneinander abgewogen werden. Es ist genau zu prüfen, ob das krankenhausesindividuelle Leistungsangebot den Marktanforderungen von morgen noch gerecht wird bzw. in welchen Segmenten Ausweitungspotenzial besteht oder Umstrukturierungsmaßnahmen sinnvoll erscheinen.⁶⁾

Dass sich die Krankenhäuser mit ihrem Umfeld auseinandersetzen sollten, ist unstrittig, dies zeigen auch die vielfältigen Publikationen zu Themen wie Wettbewerb, Kommunikation, Marketing etc. (so zum Beispiel ^{7), 8), 9), 10), 11)}). Auffällig ist jedoch, dass in diesem Zusammenhang die Analyse vorhandener Leistungs- bzw. Mengendaten in den meisten Publikationen eher eine untergeordnete Rolle spielt und erforderliche Informationen und Daten jeweils projektbezogen ermittelt werden. Bauer et al. erwähnen in ihrer Arbeit die Zusammenführung externer und krankenhausesinterner ICD-Statistiken zur Feststellung des Marktanteils eines Krankenhauses oder eines Klinikverbundes in einer Region.¹²⁾ Extern verfügbare Daten weisen jedoch in der Regel einen hohen Anonymisierungsgrad auf, der die Anwendbarkeit deutlich limitiert und sind mitunter mit hohen Kosten verbunden.

Mit dem nach § 137 SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht stehen Informationen zu allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern kostenlos zur Verfügung. Auch wenn der Qualitätsbericht wegen verschiedener Limitierungen die an ihn gestellten informatorischen Erwartungen nur in sehr begrenztem Umfang erfüllt,^{13), 14), 15)} so können die darin enthaltenen Informationen gut zu einer Analyse des Marktvolumens (sprich: Basis-DRG-Volumens) und der Konkurrenz verwendet werden.

Vorgehen

Zunächst einmal ist festzulegen, welche Fachabteilungen in welchen Krankenhäusern als Konkurrenz (Konkurrenzabteilungen [KA]) für die Beispielabteilung (BA) betrachtet werden. Dies ist in der Regel kein Problem, da man ja die Krankenhauslandschaft in der Umgebung des eigenen Hauses gut kennt. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass medizinische Leistungen von unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht werden können, zum Beispiel endoprothetische Eingriffe, die in allgemeinchirurgischen, unfallchirurgischen und orthopädischen Fachabteilungen durchgeführt werden. Im konservativen Spektrum wird beispielsweise der Apoplex in internistischen, neurologischen und geriatrischen Fachabteilungen behandelt.

Nachdem diese Festlegung getroffen war, konnten die Qualitätsberichte der Konkurrenzhäuser im Internet recherchiert¹⁶⁾ und die erforderlichen Daten aus den Berichten in einer Datenbank erfasst werden. Da in den Qualitätsberichten auch Daten zu Hauptdiagnosen und Prozeduren aufgeführt sind, können die Auswertungen natürlich auch für diese Parameter durchgeführt werden.

Weiterhin ist zu bestimmen, für welche Basis-DRGs Vergleichsdaten erhoben werden sollen. Aus Sicht der BA wür-

de es wenig Sinn machen, Vergleichsdaten nur für die 10 häufigsten Basis-DRGs der BA zu ermitteln, da ja in der BA Daten zum gesamten Fallspektrum vorliegen. Hinzu kommt, dass eventuell ja auch oder gerade Vergleichsdaten zu den Basis-DRGs besonders interessant sein können, die eben nicht zu den Top-10 der BA gehören. Im vorliegenden Beispiel wurden daher die häufigsten 30 Basis-DRGs untersucht.

In diesem Zusammenhang muss man allerdings beachten, dass in den Qualitätsberichten der KA ggf. nur Daten zu den häufigsten 10 Basis-DRGs enthalten sind im Sinne einer Erfüllung der Mindestanforderungen.¹⁷⁾ Dies kann dann dazu führen, dass zu einer oder mehreren Basis-DRGs der BA keine oder nur unvollständige Daten aus KA ermittelt werden können, wenn diese Basis-DRG in einer oder sogar in allen KA nicht in der entsprechenden Tabelle aufgeführt wird. In der Praxis führt dies dazu, dass das für eine Basis-DRG ermittelte Marktvolumen wegen nicht vorhandener Vergleichsdaten zu gering ausfällt und das **wahre** Marktvolumen höher liegt. Dieser Umstand sollte bei der Interpretation der Daten immer berücksichtigt werden.

Grundsätzlich ist also festzustellen, dass ein ermitteltes Marktvolumen immer unter Berücksichtigung der einbezogenen KA und der vorhandenen Vergleichsdaten zu interpretieren ist.

Ergebnisse

Für die allgemeinchirurgische BA (2 479 vollstationäre Fälle) wurden 19 KA (40 000 vollstationäre Fälle) in 11 Krankenhäusern (151 000 vollstationäre Fälle) ermittelt. Bei den KA handelte es sich um 11 allgemeinchirurgische, 5 orthopädische und 3 unfallchirurgische Fachabteilungen.

Zu 13 KA lagen Daten zu den häufigsten 10, bei 3 KA zu den häufigsten 20 und bei weiteren 3 KA zu den häufigsten 30 Basis-DRGs vor.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Angaben in Tabelle 1, in der die Daten der häufigsten 30 Basis-DRGs der BA aufgeführt sind (Sortierung in absteigender Häufigkeit in der BA).

■ Gesamtdaten

In Spalte [1] wird die Fallzahl zu jeder Basis-DRG angegeben, die nachfolgend als Basis-DRG-Marktvolumen bezeichnet wird. Die Summe dieser Fallzahlen ergibt das Marktvolumen über alle Basis-DRGs, nachfolgend als Gesamtmarktvolumen [1a] bezeichnet (das sich natürlich nur auf die 30 Basis-DRGs bezieht!). Der jeweilige prozentuale Anteil der Basis-DRGs am Gesamtmarktvolumen wird in Spalte [2] ausgewiesen. Das Gesamtmarktvolumen hat mit den angegebenen 22 932 Fällen einen Anteil von nur 57 Prozent an der Gesamtfallzahl der KA (40 000), was in Anbetracht der Tatsache, dass in 13 KA nur Daten zu den Top-10 Basis-DRGs benannt wurden, nachvollziehbar ist.

■ Beispielabteilung

In Spalte [3] wird die Fallzahl zu jeder Basis-DRG in der BA angegeben, die somit als realisiertes Basis-DRG-Marktvolumen

Tabelle 1: Häufigste 30 BASIS-DRGs der Beispielabteilung

Basis-DRG	Alle FA		BA			KA			
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	
I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	3 590	15,7	457	12,7	3 133	87,3	12	(1,3- 32,3)
I03	Eingriffe am Hüftgelenk, Revision des Hüftgelenkes oder Ersatz des Hüftgelenkes	2 111	9,2	190	9,0	1 921	91,0	12	(1,8- 30,8)
G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	1 374	6,0	137	10,0	1 237	90,0	11	(3,5- 17,2)
I04	Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk	1 346	5,9	118	8,8	1 228	91,2	9	(1,9- 35,3)
G07	Appendektomie	978	4,3	84	8,6	894	91,4	11	(2,5- 15,0)
I13	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	1 567	6,8	79	5,0	1 488	95,0	11	(0,9- 42,0)
I68	Nicht operativ behandelte Erkrank. und Verl. im Wirbelsäulenbereich	2 340	10,2	70	3,0	2 270	97,0	8	(0,8- 33,8)
G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	969	4,2	64	6,6	905	93,4	10	(1,8- 21,7)
H08	Laparoskopische Cholezystektomie	1 016	4,4	63	6,2	953	93,8	10	(2,5- 19,4)
J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	406	1,8	62	15,3	344	84,7	5	(13,5- 21,2)
I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur	682	3,0	60	8,8	622	91,2	8	(4,5- 41,2)
I23	Lokale Exzision & Entf. von Osteosynthesemat. außer an Hüftgelenk und Femur	877	3,8	50	5,7	827	94,3	10	(1,6- 39,6)
B80	Andere Kopfverletzungen	246	1,1	44	17,9	202	82,1	5	(13,4- 19,9)
G04	Adhäsionolyse am Peritoneum	197	0,9	41	20,8	156	79,2	5	(5,1- 21,8)
I16	Andere Eingriffe am Schultergelenk	735	3,2	35	4,8	700	95,2	4	(6,4- 60,8)
I20	Eingriffe am Fuß	1 116	4,9	35	3,1	1 081	96,9	8	(1,9- 43,5)
I31	Komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	491	2,1	35	7,1	456	92,9	7	(1,6- 49,9)
I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	695	3,0	30	4,3	665	95,7	8	(4,3- 24,2)
J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	119	0,5	29	24,4	90	75,6	3	(12,6- 39,5)
J64	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut	242	1,1	28	11,6	214	88,4	5	(7,4- 30,6)
G08	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien	485	2,1	26	5,4	459	94,6	8	(3,5- 20,6)
H07	Cholezystektomie	56	0,2	26	46,4	30	53,6	1	
I75	Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	52	0,2	23	44,2	29	55,8	1	
I77	Mäßig schwere Verl. von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	141	0,6	22	15,6	119	84,4	3	(7,8- 61,7)
G11	Andere Eingriffe am Anus	538	2,3	19	3,5	519	96,5	8	(2,0- 30,7)
G01	Rektumresektion	75	0,3	18	24,0	57	76,0	1	
G03	Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum	181	0,8	18	9,9	163	90,1	4	(18,8- 27,6)
I28	Andere Eingriffe am Bindegewebe	28	0,1	15	53,6	13	46,4	1	
H01	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen	128	0,6	14	10,9	114	89,1	2	(24,2- 64,8)
I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	151	0,7	13	8,6	138	91,4	2	(27,8- 63,6)
		22 932		1 905		21 027			
		[1a]		[3a]		[5a]			
Erläuterungen									
[1]	Fälle in der Basis-DRG (Basis-DRG-Marktvolumen)								
[1a]	Gesamtzahl der Fälle zu [1] (Gesamtmarktvolumen)								
[2]	Anteil der Basis-DRG am Gesamtmarktvolumen. Beispiel: (3.590/ 22.932)* 100= 15,7%								
[3]	Fälle in der Basis-DRG (realisiertes Basis-DRG-Marktvolumen)								
[3a]	Gesamtzahl der Fälle zu [3] (realisiertes Gesamtmarktvolumen)								
[4]	wie [3] in Prozent. Beispiel: (457/3.590)= 12,7%								
[5]	Fälle in der Basis-DRG (realisiertes Basis-DRG-Marktvolumen)								
[5a]	Gesamtzahl der Fälle zu [5] (realisiertes Gesamtmarktvolumen)								
[6]	wie [5] in Prozent. Beispiel: (3.133/ 3.590)= 87,3%								
[7]	Anzahl der KA, mit einem Wert größer 0								
[8]	Werte zu [6]: In den KA niedrigster und höchster ermittelter Wert								

lumen bezeichnet wird; Spalte [4] weist den hierzu korrespondierenden Prozentwert aus. Die Summe über alle Fälle steht für das realisierte Gesamtmarktvolumen mit 1 905 Fällen [3a], welches wiederum einem Anteil von 77 Prozent an der Gesamtfallzahl der BA (2 479) entspricht.

Den Schwerpunkt an der Gesamtfallzahl der BA (2 479) bilden mit rund 65 Prozent der Fälle in der Hauptdiagnosegruppe (MDC) 08: Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.

Die gemeinsame Betrachtung der Spalten [2] und [4] ermöglicht für jede Basis-DRG eine Einschätzung der quantitativen Bedeutung (also den prozentualen Anteil am Gesamtmarktvolumen) und des durch die BA realisierten Marktvolumens zu dieser Basis-DRG.

■ Konkurrenzabteilungen

Für die Spalten [5] und [6] gelten die zuvor gemachten Ausführungen analog. Das realisierte Gesamtmarktvolumen

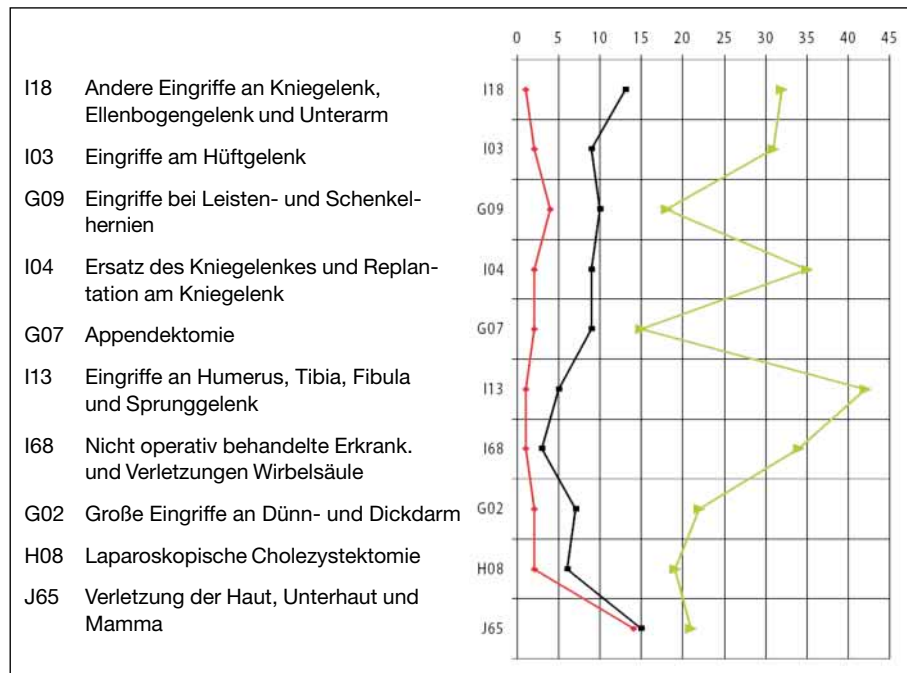
[5a] macht hier mit 21 027 Fällen nur 53 Prozent der Gesamtfallzahl der KA aus. Die Anzahl der KA mit einer Fallzahl größer null in der jeweiligen Basis-DRG wird in Spalte [7] angegeben, hier zeigt sich eine deutliche Spannweite von 1 bis 12. In Spalte [8] wird das niedrigste und höchste realisierte Basis-DRG-Marktvolumen in Prozent angegeben. Auch für diese Daten dient zur Erklärung der Umfang der zur Verfügung stehenden Vergleichsdaten, was besonders deutlich wird bei Basis-DRGs, zu denen Vergleichsdaten von nur 1 oder 2 KA vorliegen (H07, I75, G01, I28, H01 und I30).

In Abbildung 1 werden die Werte aus den Spalten [4] und [8] für die ersten 10 Basis-DRGs dargestellt.

Diskussion

Die im Jahr 2005 erstmals zu erstellenden Qualitätsberichte nach § 137 SGB V beinhalten vielfältige Informationen zu den einzelnen Krankenhäusern, die eine bisher nicht

Abbildung 1: Realisiertes Basis-DRG-Marktvolumen (Prozent) [Beispielabteilung schwarz, Konkurrenzabteilungen mit Minimal- und Maximalwerten rot bzw. grün]



vorhandene Transparenz bieten, vor allem zu Basis-DRGs, Hauptdiagnosen und Prozeduren. Das Besondere hierbei ist, dass nun Daten mit eindeutigem Bezug zur erbringenden Institution frei zur Verfügung stehen, wodurch erstmals konkrete Markt- und Konkurrenzanalysen möglich sind. Zu berücksichtigen ist dabei natürlich, dass sich die vorliegenden Daten auf das Jahr 2004 beziehen. Bedingt durch unterjährige Entwicklungen im Jahr 2005 können sich die Daten in einem Krankenhaus in unterschiedlichem Umfang verändern. Dieser Umstand sollte bei allen Überlegungen ausreichend berücksichtigt werden. Verwendet man die Daten jedoch eher im Sinne einer globalen Einschätzung, sollte dies nicht so sehr ins Gewicht fallen; dies gilt insbesondere im Hinblick darauf, dass in der Vergangenheit derartige Daten gar nicht verfügbar waren.

Die Daten ermöglichen auf unterschiedlichen Ebenen (Fachabteilung und gesamtes Krankenhaus) eine Bearbeitung der folgenden Fragen, die für die künftige Ausrichtung der Organisation von elementarer Bedeutung sind:

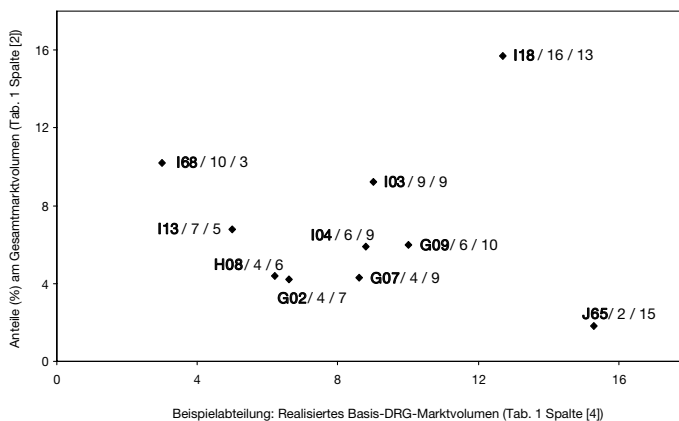
- Was ist der Markt, in dem wir uns bewegen?
- Welche Anteile an diesem Markt haben wir (haben wir nicht)?
- Welche Anteile an diesem Markt wollen wir künftig (nicht)?

Sollten solche Fragestellungen in der „Vor-Qualitätsbericht-Ära“ bearbeitet werden, so war in Ermangelung alternativer bzw. zusätzlicher Quellen oft die Einschätzung eines Chefarztes die einzige Informationsquelle. Dabei zeigte sich jedoch allzu oft ein relevanter Unterschied zwischen realen und gefühlten Marktanteilen, zum Beispiel im Rahmen von aufwändigen Erhebungen des Einweiserhaltens. Insofern sehen die Autoren in den Daten der Qualitätsberichte eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen Informationsquellen.

Fallzahlsteigerung: Möglichkeiten, Ressourcen und Zielgruppenkommunikation

Auf der Basis der vorliegenden Daten könnte als Ziel formuliert werden, die Fallzahlen einzelner Basis-DRGs in der BA um 10 Prozent zu steigern, für die Basis-DRG I18 würde dies beispielsweise eine Veränderung der Fallzahl von 457 auf 503 bedeuten. Die Zielsetzung wäre also eine Erhöhung eines bereits realisierten Marktvolumens und – falls das Vorgehen mehrere Fallgruppen in nennenswertem Umfang betrifft – auch des zu realisierenden Gesamtmarktvolumens. Bei solchen Fragestellungen könnte eine Darstellung der Werte aus den Spalten [2] und [4] hilfreich sein, wie in Abbildung 2 für die ersten 10 Basis-DRGs. Wichtig ist natürlich auch, hierbei die erlöstechnische Seite zu berücksichtigen. Dazu werden im vorliegenden Beispiel Daten aus dem CLINOTEL-Projekt „DRG-Kalkulation und Benchmarking“ herangezogen.¹⁸⁾ Unter anderem sind aus diesem Projekt die Ergebnisse¹⁹⁾ für jede DRG bzw. Basis-DRG bekannt. Eine zehnprozentige Fallzahlsteigerung bei ausgewählten Basis-DRGs in der MDC 08 würde zu einem positiven Ergebnis von plus rund 52 000 € führen; hierbei wären 83 Fälle zusätzlich zu behandeln – dies entspricht einer Fallzahlsteigerung von 3,3 Prozent bezogen auf die 2 479 vollstationären Fälle. Bei dieser Berechnung wurden im Sinne einer konservativen Betrachtungsweise die Erlöse und Kosten über In- und Outlier zugrunde gelegt. Im Idealfall ist zur Leistungssteigerung kein weiteres Personal erforderlich, was zu einer Erhöhung des Deckungsbeitrages führen würde. Ist eine Leistungssteigerung mit den vorhandenen Personalressourcen nicht möglich, so kann in Kenntnis entsprechender Personalkennzahlen und der oben angeführten Kosten-/Erlösdaten, die den Mitgliedern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes vorliegen¹⁸⁾, berechnet werden, welche Leistungssteigerung (also DRGs inklusive Anzahl) mindestens erforderlich ist, um eine zusätzliche Stelle im ärztlichen Dienst zu finanzieren.

Abbildung 2: Basis-DRG, Anteile am Gesamtmarktvolumen und realisiertes Basis-DRG-Marktvolumen (Prozent)



Im Zusammenhang mit der Frage der (nicht) zur Verfügung stehenden Ressourcen sind natürlich nicht nur Personalressourcen, sondern auch Ressourcen wie Bettenzahlen (insbesondere im Intensivbereich) und OP-Kapazitäten zu berücksichtigen. Hieraus können sich auch weiterführende Investitionsentscheidungen ergeben.

Eine Veränderung der Fallzahlen wird natürlich nicht nur für solche DRGs erwogen, die bereits zu den häufigsten Leistungen einer Fachabteilung gehören. Die Analyse des Marktvolumens soll auch ermöglichen, solche Überlegungen zu DRGs anzustellen, die zwar aktuell nicht zum primären Leistungsspektrum einer Fachabteilung gehören, die jedoch einen relevanten Anteil des Marktvolumens stellen. Hier geht es also darum, bisher nicht realisiertes Marktvolumen zu aktivieren.

Unabhängig davon, auf welche Marktvolumina sich die Überlegungen zu einer potenziellen Fallzahlsteigerung beziehen, sind zu den anvisierten Leistungen weitere Faktoren zu berücksichtigen:

- Anzahl der Fachabteilungen/Krankenhäuser,
- Fallzahlen, die diese Fachabteilungen/Krankenhäuser ausweisen.

Es wird deutlich, dass sich das anvisierte Marktvolumen im Sinne einer Extremwertbetrachtung auf wenige Konkurrenzabteilungen mit hohen Fallzahlen oder auf viele Konkurrenzabteilungen mit weniger Fällen verteilen kann; andere Kombinationen sind ebenfalls denkbar. Die jeweilige Konstellation sollte erkannt und bei den weiteren Überlegungen berücksichtigt werden, da sie unmittelbare Auswirkungen auf das weitere Vorgehen haben kann – bis hin zu der Erkenntnis, dass eine Fallzahlsteigerung in Anbetracht der Konkurrenzsituation nicht möglich ist.

Natürlich sind in diesem Kontext auch die sich möglicherweise für die Budgetverhandlungen ergebenden Auswirkungen abzuwägen, worauf hier verzichtet wird; die Komplexität der Fallmengenplanung ist in der Literatur bereits dargestellt.²⁰⁾

Wenn auf der Basis der vorliegenden Daten ein entsprechendes Potenzial für eine Fallzahlsteigerung gesehen wird, so stellt sich verständlicherweise die Frage, wie dieses realisiert werden soll. Dieser Aspekt sollte nicht unterschätzt werden, denn auch eine Strategie, die auf objektiven Daten basiert – was im Krankenhausesektor leider noch allzu oft eine Ausnahme darstellt – bedarf der Umsetzung. In Anbetracht der Erkenntnis, dass man sich den Markt holen muss, da er nicht von alleine zu einem Anbieter kommt, ist eine adäquate Strategie zu formulieren, die sich auf die verschiedenen Zielgruppen bezieht (Patienten, Einweiser, Kostenträger, aber auch Patientenvereinigungen etc.).

Die Herausforderung besteht darin, die Argumente für eine Behandlung in der eigenen Einrichtung formulieren zu können. Es geht dabei ganz konkret um die Frage, aus welchem Grund sich ein Patient oder ein Einweiser bisher für ein bestimmtes Krankenhaus entschieden hat und warum er sich zukünftig anders entscheiden soll. Entscheidend wird dabei sein, ob ein Krankenhaus in der Lage ist, seine unterschiedlichen Qualitäten darzulegen und auch so genannte unique selling points herauszuarbeiten (falls diese vorhanden sind).

Voraussetzung hierzu ist jedoch, die Entscheidungskriterien der potenziellen Gesprächspartner zu kennen. Gerade im Bereich der Kommunikation mit Einweisern bestehen bei vielen Krankenhäusern noch deutliche Defizite. Oft erfolgt die Kundenpflege – wenn überhaupt – ohne Strategie und

ist von Zufällen oder dem persönlichen Gusto der im Krankenhaus handelnden Akteure bestimmt. Im schlimmsten Fall erfolgt eine Kommunikation nur anlassbezogen im Zusammenhang mit Beschwerden zu Behandlungsverläufen oder einem nicht eingetroffenen Arztbrief. Es kann hilfreich sein, solche Szenarien einmal aus einer anderen Perspektive zu betrachten: Wer würde schon freiwillig mit einer Luftfahrtgesellschaft fliegen, deren Namen er ausschließlich im Zusammenhang mit (Beinahe-)Katastrophen hört?

Es stellt sich auch die Frage, wer in einem Krankenhaus für die Kommunikation mit relevanten Zielgruppen zuständig ist oder sein sollte. Im Krankenhaus sieht man hier traditionell den Chefarzt der Fachabteilung in der Pflicht, ohne sich dabei zu fragen, ob dieser dafür entsprechend qualifiziert ist. In diesem Bereich gibt es sicher noch Nachholbedarf und zumindest für größere Krankenhäuser könnte es ratsam sein, sich mit Konzepten aus der Industrie auseinander zu setzen. Der hauptamtliche ärztliche Direktor ist nicht nur in der Funktion eines Produktionsdirektors zu sehen, er könnte oder sollte auch die Aufgaben eines key account managers berücksichtigen.

■ Mindestmengen und ambulantes OP-Potenzial

Die Einschätzung des aktuellen oder anzustrebenden Marktvolumens einer Fachabteilung bzw. eines Krankenhauses sollte die Rahmenbedingungen zu Mindestmengen

POLSTER-ARBEITEN
 — vom Fachmann —
 Neuanfertigung
 aufarbeiten +
 neu beziehen

A+A GmbH
 Kolberger Str. 15
 40599 Düsseldorf

☎ 02 11 77 1207

Unser „Beschäftigungs- programm“!

i.health spart bei den Sachmitteln ein – nicht beim Personal.

www.gsd.de

und ambulanten Operationen berücksichtigen (soweit zutreffend). Sich hieraus ergebende Marktveränderungen können unter Berücksichtigung der Daten aus den Qualitätsberichten ggf. regional besser eingeordnet werden.

Seit dem 1. Januar 2006 gilt für die Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk eine Mindestmenge von 50 pro Jahr pro Krankenhaus. Krankenhäuser, die im Jahr 2005 zwischen 40 und 49 Kniegelenktotalendoprothesen (KTEP) erreicht haben, erhalten unter bestimmten Voraussetzungen eine Karenzzeit von einem Jahr.²¹⁾ Eine Übertragung der im Jahr 2005 für die Kniegelenktotalendoprothesen (KTEP) geltenden Prozedurenkodes auf die DRG- und Prozedurenkodesystematik im Jahr 2004 erlaubt eine näherungsweise Anwendung der Mindestmenge auf die Daten aus den Qualitätsberichten 2004; hierbei werden dann auch die angegebenen Prozedurenkodes berücksichtigt.

In der BA werden 118 Fälle für die DRG I04Z (entsprechend der Basis-DRG I04) angegeben; in der Tabelle der Prozedurenkodes wird die Anzahl der korrespondierenden Codes mit 112 beziffert. Die BA liegt also deutlich über der geforderten Mindestmenge. Eine KA weist 35 Fälle in der I04 aus und auch die Anzahl der entsprechenden Prozedurenkodes wird mit 35 angegeben. Die KA liegt also nicht nur deutlich unter der Mindestmenge, sondern ebenfalls unter den für die Karenzzeit geltenden 40 Fällen.

Es kann nur sehr schwer abgeschätzt werden, welche Sogwirkung durch eine Leistungsverschiebung entstehen könnte. Ein Krankenhaus, welches aufgrund einer Mindestmengenunterschreitung bestimmte Leistungen nicht (mehr) erbringen darf, könnte auch für andere Leistungskomplexe aus Sicht der Zuweiser und der Patienten an Attraktivität verlieren. Erfahrungen zeigen, dass ein besonderes Leistungsangebot auch vermehrt Patienten für andere Leistungen des anbietenden Hauses anzieht.²²⁾

Vor dem Hintergrund eines politisch immer stärker geforderten Volumens ambulanter Operationen sollten die Wechselwirkungen einer solchen Substitution bedacht werden. Während ohnehin suboptimal ausgenutzte stationäre Kapazitäten hierdurch noch stärker in Bedrängnis geraten könnten, erscheint eine solche Strategie bei überhängender Nachfrage (Abbau von Wartelisten) sinnvoll. Neben Forderungen der Kostenträger und Patienten können Angebote der Wettbewerber zu Leistungsverschiebungen führen.²³⁾ Die Daten aus den Qualitätsberichten sollten also auch unter der Fragestellung analysiert werden, in welchem Umfang eine bestimmte (Basis-)DRG künftig überhaupt noch vollstationär erbracht werden soll bzw. erbracht werden kann. In diesem Zusammenhang kann dann auch geprüft werden, welches Substitutionspotenzial sich im Hinblick auf Leistungen aus Konkurrenzabteilungen für die eigene Fachabteilung ergibt.

■ Due Diligence

Potenzielle Erwerber von Krankenhäusern haben ein vitales Interesse an einer fundierten Wertanalyse des Unternehmens. Den aktuellen und künftigen Wert eines Krankenhauses in einem sich wandelnden Umfeld zu bestimmen,

stellt höchste Anforderungen an die Beteiligten. Der Wert eines Krankenhauses wird neben den in Zukunft zu erwirtschaftenden finanziellen Überschüssen maßgeblich durch das mit dem Krankenhaus verbundene Risiko bestimmt. Hierbei stehen Überschüsse und Unternehmensrisiken in einer gewissen Interdependenz. Für die Ermittlung eines Unternehmenswertes ist es maßgebend, diese Interdependenz zu bewerten. Die mit der Due Diligence analysierte Datenbasis bildet dabei den Input für ein im Anschluss durchzuführendes Bewertungsverfahren.²⁴⁾ Entsprechend den Funktionen eines Krankenhauses lassen sich verschiedene Due Diligence-Bereiche unterscheiden, im Kontext dieses Beitrags soll hier auf die Commercial/Market Due Diligence eingegangen werden. Dabei geht es vor dem Hintergrund einer allgemeinen Branchenanalyse um die Beurteilung des Reifegrades der Unternehmung und um die hieraus resultierende spezifische Wettbewerbsposition. Die Erfahrungen der Autoren aus verschiedenen Due Diligence-Projekten zeigen, dass es in der Vergangenheit äußerst schwierig, wenn nicht sogar unmöglich war, die Wettbewerbsposition eines Krankenhauses hinreichend zu beschreiben, da keine adäquaten Daten zu den relevanten Marktvolumina zur Verfügung standen. Diese Lücke lässt sich nun – unter Berücksichtigung der bereits genannten Einschränkungen – durch die Daten aus den Qualitätsberichten schließen.

■ Unternehmensstrategie Personalauswahl

Die Personalauswahl als Bestandteil des Personalmanagements nimmt in Unternehmen eine sensible Stellung ein. Die Qualität der Dienstleistungen, deren Akzeptanz bei den Kunden und damit der wirtschaftliche Erfolg des Unternehmens, hängen ausschlaggebend von den Mitarbeitern ab, die im Kundenkontakt stehen und die Außenwahrnehmung entscheidend prägen²⁵⁾; dies gilt natürlich insbesondere bei Mitarbeitern mit Leitungsfunktion in den medizinischen Wertschöpfungsprozessen. Die Bedeutung der Personalauswahl und des Personalmarketings sind in der Literatur umfassend dargestellt (so zum Beispiel bei ^{26), 27), 28)}). In der Praxis wird jedoch immer wieder davon berichtet, dass ein Chefarzt, für den man sich entschieden hat, bestimmte Anforderungen nicht erfüllt, die sich erst im Laufe der Zeit stellen. Hierzu zählen vor allem Anforderungen, die sich aus Änderungen im Umfeld des Krankenhauses oder auch aus einer neuen Strategie des Hauses hinsichtlich der Realisierung zusätzlicher oder neuer Marktvolumina ergeben. In diesem Zusammenhang wäre es natürlich sehr förderlich, wenn im Rahmen eines Auswahlverfahrens der aktuelle Markt mit seinen Entwicklungsmöglichkeiten beschrieben würde mit dem Ziel, den „richtigen Chef- oder Oberarzt“ für das aktuelle und künftige Leistungsspektrum auszuwählen. Dieses Vorgehen hilft dabei, Missverständnisse und Enttäuschungen zu vermeiden. Die in dieser Arbeit dargestellte Beispielabteilung hat ihren Schwerpunkt, wie bereits erwähnt, mit rund 65 Prozent der Fälle im Bereich der Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Die dargestellten Daten lassen erwarten, dass weitere Marktvolumina am ehesten in diesem Bereich realisiert werden sollen; dies würde jedoch zum Beispiel ein primär viszeralchirurgisch ausgerichteter Chef- oder Oberarzt nicht erwarten. Wird das künftig anvisierte

Fallspektrum nicht im Vorfeld eindeutig definiert und werden die sich hieraus ergebenden Anforderungen und Erwartungen nicht eindeutig formuliert, so besteht die Gefahr des oft zitierten richtigen Chef- oder Oberarztes in der falschen Klinik, mit einer für alle Beteiligten mitunter fatalen weiteren Entwicklung. Es sollte der Vergangenheit angehören, dass leitende ärztliche Mitarbeiter das künftig (zusätzlich) zu akquirierende Fallspektrum oder gar die gesamte Ausrichtung einer Fachabteilung nach persönlichen und/oder fachlichen Präferenzen ausrichten (müssen). Geschieht dies in Ermangelung einer Vorgabe des Krankenhausmanagements, so ist dieses Vorgehen zwar verständlich, geht es jedoch an den Realitäten des betreffenden Marktes vorbei, so ist die wirtschaftliche Gefährdung der Fachabteilung vorprogrammiert. Konzepte für eine zielgerichtete Personalauswahl existieren, die Daten des Qualitätsberichtes könnten einzelne Verfahren um eine rationale Datenbasis ergänzen.

Zusammenfassung

Die im Qualitätsbericht enthaltenen Daten lassen sich unter verschiedenen Aspekten des Krankenhausmanagements anwenden. Werden die in diesem Beitrag geschilderten Limitierungen berücksichtigt, können die zu unterschiedlichen Fragestellungen enthaltenen Informationen eine rationale Datenbasis beisteuern, die Analyse- und Entscheidungsprozesse sinnvoll unterstützen kann.

Literatur/Anmerkungen

- 1) Michael Leonhard Bienert, Wolfgang Hellmann (Hrsg.): Marktorientierung und Strategiefindung. Ecomed Verlagsgesellschaft. 2004, Seite 97 ff.
- 2) Konkurrenz-Analysen im Krankenhausmarketing. In: Krankenhaus-Marketing. Hrsg.: Manfred Haubrock, Norbert Meiners, Frank Albers. Verlag W. Kohlhammer. 1998, Seite 120 ff.
- 3) Wettbewerb und Wettbewerbsstrategien. In: Das Krankenhaus im Wandel. Hrsg.: Wulf Damkowski, Ulrich Meyer-Pannewitt, Claus Precht. Verlag W. Kohlhammer. 2000. Seite 259 ff.
- 4) Bernt-Peter Robra, Enno Swart, Stefan Felder: Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhausesektor. In: Krankenhaus-Report 2002. Hrsg.: Michael Arnold, Jürgen Klauber, Henner Schellschmidt. Schattauer Verlag. 2002, Seite 43 ff.
- 5) Helga Kirchner, Wilhelm Kirchner: Investitionscontrolling im Krankenhaus. Verlag W. Kohlhammer. 2002, Seite 22 ff.
- 6) Peter Hensen, Silke Wollert, Holger Bunzemeier, Torsten Fürstenberg, Thomas Schwarz, Thomas Luger, Norbert Roeder: Handlungsbedarf durch die DRG-Einführung: Vorbereitung auf den Wettbewerb. das Krankenhaus 5/2003, Seite 381 ff.
- 7) Peter Borges: Kommunikation ist der Erfolgsfaktor Nr. 1. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 3/2003, Seite 267 ff.
- 8) Winfried Zinn, Thomas Messner: Wie müssen Krankenhäuser ihre Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten in Zukunft gestalten? das Krankenhaus. 3/2004, Seite 196 ff.
- 9) Michael Greiling, Carolin Jücker: Instrument des strategischen Managements. Entwicklung des Leistungsportfolios mit Hilfe einer umfassenden Umfeldanalyse. Krankenhaus Umschau 9/2003, Seite 784 ff.
- 10) Christine von Reibnitz, Sabine M. List, Frank Nölting: Erfolgreiches Krankenhausmarketing mit Hilfe der Imageanalyse. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 3/1999, Seite 44 ff.
- 11) Frank Elste, Th. L. Diepgen: Die Krankenhäuser werben am Patienten vorbei. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 3/2002, Seite 260 ff.

- 12) Hartwig Bauer, Horst Schneider, Rainer Schommer, Christine Kern: Neuordnung regionaler Krankenhausversorgung. Strukturanalyse als Basis für strategische Positionierung – ein Praxisbeispiel. Krankenhaus Umschau. 8/2004, Seite 668 ff.
- 13) Niklas Cruse: Krankenhaus-Marketing – Kundensteuerung durch Information. Qualitätsmanagement für Klinik und Praxis 4/2005, Seite 83 ff.
- 14) Wulf-Dietrich Leber: Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität. Krankenhaus Umschau 5/2004, Seite 378-380
- 15) Martin Hansis: Mehr Wettbewerb in der Qualitätsberichterstattung. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5/2005, Seite 452 ff.
- 16) <https://www.g-qb.de> (Stand 18. Oktober 2005)
- 17) Siehe hierzu die Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht nach § 137 SGB V
- 18) Udo Beck, Andreas Becker, Axel Weinand: Der CLINOTEL-Krankenhausverbund – ein Netzwerk autonomer Mitglieder. Krankendienst 8/9/2005, Seite 213 ff.
- 19) Ergebnisse als Erlöse minus Kosten auf Basis einer Vollkostenrechnung
- 20) Norbert Roeder, Wolfgang Fiori, Holger Bunzemeier, Andreas Wenke, Frank Lillteicher: Fallmengenplanung 2005 als Grundlage der Budgetfindung. das Krankenhaus 4/2005, Seite 297 ff.
- 21) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. August 2005. Bundesanzeiger Nr. 175 vom 15. September 2005, Seite 13 864
- 22) Norbert Roeder, Torsten Fürstenberg, Martin Heumann: Analyse und Festlegung von Mindestmengen auf die Versorgungsstrukturen. das Krankenhaus 6/2004, Seite 427 ff.



- 23) Thomas Kolb: Ambulantes Operieren. Die Chancen überwiegen. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 4/2004, Seite 356 ff.
- 24) Jens Poll, Lars-Olaf Kolm: Due Diligence und Unternehmensbewertungen von Krankenhäusern. das Krankenhaus 2/2004, Seite 96 ff.
- 25) Anita Knauss, Herbert Spoerke: Fehleinstellungen vermeiden. Krankenhaus Umschau 9/2002, Seite 708 ff.
- 26) Francesco De Meo: Unternehmensstrategien im Personalmanagement. das Krankenhaus 6/2003, Seite 454 ff.
- 27) Personalarbeit und Personalentwicklung im Krankenhaus. das Krankenhaus 2/1995, Seite 150 ff.
- 28) Andreas Hainbuch, Rudolf Michel-Glöckler: Optimierung des Personalauswahlverfahrens bei Führungskräften. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2/2004, Seite 142 ff.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Andreas Becker/
Diplom-Verwaltungswirt Udo Beck,
CLINOTEL Krankenhausverbund gGmbH,
Ebertplatz 1, 50668 Köln ■