

Christof Mutter/Dr. Rene Morar/Christian Keller

Gemeinsam stark – Strategische Neuausrichtung zweier Kreiskrankenhäuser

Wenn in gemeinsamer Trägerschaft verbundene Krankenhäuser schlecht miteinander verzahnt sind, leidet die wirtschaftliche Gesundheit des Verbundes. Eine gegenseitige Konkurrenz um Patienten verschleißt Kräfte, die doppelte Vorhaltung der Infrastruktur und anderer Ressourcen ist teuer und meist unnötig. Am Beispiel zweier Krankenhäuser soll aufgezeigt werden, wie eine strategische Neuausrichtung und Integration zur Zukunftssicherung aussehen kann.

Die Kreiskrankenhäuser Nürtingen und Kirchheim u.T. gehören beide dem gleichen Träger, dem Landkreis Esslingen. Obwohl die beiden Häuser nur 8 Kilometer voneinander entfernt liegen und große Überschneidungen in ihren Einzugsgebieten aufweisen, wurden bislang jeweils dieselben medizinischen Abteilungen und Einrichtungen vorgehalten. Im laufenden Betrieb konnte noch ein ausgeglichenes wirtschaftliches Ergebnis erzielt werden. Dennoch bestand Handlungsdruck: Zum einen kann der bestehende Krankenhausbau in Nürtingen wegen Asbestproblemen nicht länger genutzt werden, sodass ein Neubau beschlossen wurde. Zum anderen zeigten erste DRG-Prognosen Verlustrisiken in Millionenhöhe. Das Sozialministerium Baden-Württemberg sowie der Landkreis Esslingen drängten deshalb auf eine bessere Integration der beiden Kreiskrankenhäuser zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Zukunftsfähigkeit.

In der Folge wurde die Ausarbeitung eines Konzepts zur Neustrukturierung der medizinischen Leistungsangebote beauftragt. Im 1. Schritt mussten die Berater zunächst eine umfassende Situationsanalyse vornehmen. Gegenstand der Betrachtung waren

- die Rahmenbedingungen und Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen,
- das eigene Leistungsangebot der beiden Kreiskrankenhäuser,
- die Charakteristika ihrer jeweiligen Einzugsgebiete und ihre Marktanteile sowie
- Art, Anzahl und Leistungsspektrum der konkurrierenden Krankenhäuser im Umkreis.

Es fiel insbesondere auf, dass der Marktanteil der beiden Kreiskrankenhäuser in ihrem rund 200 000 Einwohner umfassenden Kerneinzugsgebiet relativ niedrig war. Einerseits konnte dies auf die hohe Konkurrenzdichte zurückgeführt werden. Andererseits zeigte sich darin eine ausgeprägte Anspruchshaltung und Wanderungsbereitschaft der örtlichen Krankenhauskunden bei der Auswahl eines Hauses für ihr jeweiliges Anliegen. Gerade der letzte Aspekt war

wichtig für die spätere Bewertung der verschiedenen Modelle zur Neustrukturierung.

In der anschließenden Konzeptionsphase wurden in enger Abstimmung zwischen der Klinikleitung als Auftraggeber und den Beratern 4 mögliche Modelle für die zukünftige Struktur der beiden Kreiskrankenhäuser entwickelt.

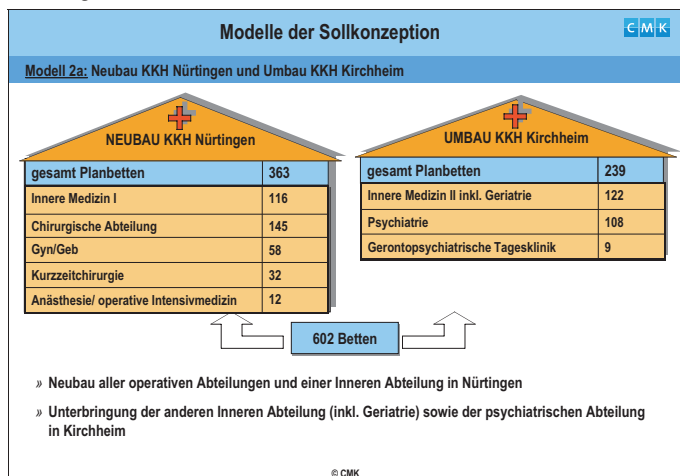
- Modell 1 sah die vollkommene Zentralisierung aller medizinischen Abteilungen und Einrichtungen an einem Standort vor. Hierzu würde an einem zentralen Standort ein großes Krankenhausneubau errichtet. Die beiden bisherigen Krankenhausgebäude würden aufgegeben. Als Vorteile einer solchen Lösung wurden vor allem die Möglichkeiten zur baulich-organisatorischen Realisierung optimaler Strukturen und Abläufe sowie zur Erzielung von Größenvorteilen in der Organisation gesehen (effiziente Abteilungsgrößen, optimale Personalauslastung, niedrigstmöglicher Bereitstellungsdienst-Aufwand). Man versprach sich hiervon massive Einsparpotenziale.

- Modell 2 sah eine vollständige horizontale Spezialisierung zwischen den beiden bestehenden Krankenhausstandorten vor. Dabei würden die komplette Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe an einem Standort gebündelt sowie die Psychiatrie am anderen Standort. Die Innere Medizin würde aufgrund einer entsprechenden Vorgabe des Sozialministeriums weiterhin an beiden Standorten vorgehalten, jedoch mit verschiedenen Fokussierungen. Das gesamte Modell wurde dabei in zwei Varianten betrachtet: zum einen mit den somatischen Abteilungen am Standort Nürtingen und der gesamten Psychiatrie sowie einer Inneren Abteilung am Standort Kirchheim, zum anderen in entsprechend umgekehrter Zuordnung. Vorteile dieser Lösung erwartete man in der breiten internistischen Versorgung, der weiteren Nutzung des gut erhaltenen Krankenhausgebäudes in Kirchheim sowie der Realisierung von

Abbildung 1: Leistungsangebot im Status-Quo

Leistungsspektrum im Status Quo		CMK
KKH Nürtingen		
gesamt Planbetten	442	
Innere Medizin mit Intensivpflege	137	
Chirurgische Abteilungen		
»Allgemeinchirurgie	52	
»Unfall- und Orthopädische Chirurgie	52	
»Hand- und Plastische Chirurgie	10	
Gynäkologie/Geburtshilfe	45	
Anästhesie/ operative Intensivmedizin	7	
Röntgenabteilung		
Psychiatrie und Psychotherapie	130	
HNO - Belegabteilung	9	
Physiotherapie		
Psychiatrie, Neurologie u. Psychotherapie	130	
KKH Kirchheim		
gesamt Planbetten	302	
Innere Medizin mit Intensivpflege	134	
Chirurgie	97	
Gynäkologie/Geburtshilfe	50	
Anästhesie/ operative Intensivmedizin	7	
Röntgenabteilung		
HNO - Belegabteilung	10	
Augen - Belegabteilung	4	
Physiotherapie		

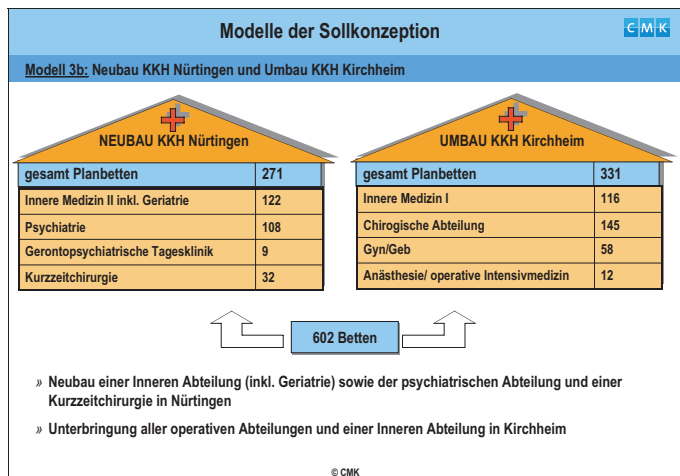
Abbildung 2: Übersicht Modell 2 – vollständige horizontale Spezialisierung



Größenvorteilen in der Organisation durch die Bündelung von chirurgischen und gynäkologischen Fällen an einem Standort.

- Modell 3 ging von einer vertikalen Spezialisierung aus: An einem Standort würden die herkömmlichen stationären Fälle der Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe gebündelt. Am anderen Standort wäre über die Psychiatrie hinaus eine Kurzzeit Chirurgie für alle operativen Fälle mit extrem kurzer Verweildauer angesiedelt. Eine Innere Abteilung

Abbildung 3: Übersicht Modell 3 – vertikale Spezialisierung



gäbe es an beiden Standorten. Auch hier wurden wieder 2 Varianten mit entsprechend gedrehter Zuordnung der Disziplinen zu den beiden Standorten betrachtet. Von diesem Modell versprach man sich insbesondere einen gleichwertigen Erhalt beider Häuser bei bestmöglicher Realisierung von organisatorischen Größenvorteilen.

- Modell 4 zeichnete sich durch Teilspezialisierungen aus. Die medizinischen Abteilungen sollten belassen werden, jedoch würden an einem Standort nur noch Allgemeinchirurgie und am anderen Standort nur noch Unfallchirurgie sowie Hand- und Plastische Chirurgie betrieben. Außerdem sollte die Gynäkologie/Geburtshilfe an einem Standort gebündelt werden. Wie zuvor wurden hier wiederum 2 Varianten mit entsprechend gedrehter Zuordnung der Disziplinen zu den Standorten unterschieden. Intention dieses Modells war der bestmögliche Erhalt jedes der beiden Krankenhäuser.

Im nächsten Schritt mussten die Modelle und Modellvarianten bewertet werden. Manche Ansätze der Sollkonzeption erwiesen sich schon zuvor beim Abgleich mit den vorgegebenen Projektdeterminanten – beispielsweise den Vorgaben des Sozialministeriums – als ungeeignet. Die den festen Eckpfeilern entsprechenden Modellvarianten wurden im Hinblick auf 3 Kriterien überprüft: Wirtschaftlichkeit des Betriebs, bauliche Umsetzung und medizinische Qualität der Leistungserbringung. Bei der baulichen Bewertung galt es insbesondere zu untersuchen, ob und wie der entstehende Bedarf an Räumen (vor allem Funktionsräumen) und Großgeräten sinnvoll in die jeweils vorgesehenen Gebäude unterzubringen wäre. Wichtig war auch, die für Um- und Neubauten erforderlichen Investitionssummen zu schätzen. Für den Landkreis als Träger der beiden Häuser spielten gerade die von ihm zu tragenden Investitionskosten eine große Rolle.

Der medizinischen Bewertung wurden folgende Fragen zu Grunde gelegt: Wie gut ergänzen sich die einzelnen an einem Standort zusammengefassten Disziplinen? Wie durchgängig können Versorgungsketten gestaltet werden? Welche Infrastruktur steht jeweils zur Verfügung? Wie gut kann die Notfallversorgung gewährleistet werden? Von Bedeutung war im Hinblick auf die zukünftig vorgeschriebenen Mindestmengen zur Qualitätssicherung vor allem auch die Frage, welche Fallzahlen pro Disziplin erreicht werden können.

Abbildung 4: Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsbewertung

Wirtschaftlichkeitsbewertung				
Ergebnis bersicht				
Modelle	Fälle	Betriebskosten (Mio)	Betriebs-erlöse (Mio) bei DRG-Erlösen	Betriebs-ergebnis (Mio) bei DRG Erlösen
1a	18.700	47,5	48,5	1,0
2a	20.880	54,1	57,1	3,0
2b	20.000	54,9	54,9	0,0
3a	20.600	55,1	55,9	0,8
3b	20.300	54,7	54,9	0,2
4a	20.500	54,8	55,1	0,3
4b	20.900	56,3	56,6	0,3

Die zentrale Rolle für die Bewertung spielte die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Modellvarianten. Zu deren Ermittlung mussten zunächst die pro Modellvariante zu erwartenden Fallzahlen als Kalkulationsbasis prognostiziert und darauf aufbauend die möglichen Erlöse geschätzt sowie die entstehenden Betriebskosten kalkuliert werden.

- In der Regionalanalyse zu Beginn des Projekts wurden für beide Häuser abteilungsspezifisch die Patientenherkunft und die Marktanteile untersucht. Daraus konnten Rückschlüsse über Patientenbewegungen und -verhalten abgeleitet werden. Es zeigte sich, dass bei strukturellen Änderungen im Leistungsangebot der beiden Krankenhäuser mit der Abwanderung von Patienten an Konkurrenzhäuser zu rechnen wäre. Damit ergaben sich Fallverluste in unterschiedlicher Höhe je Modellvariante. Darüber hinaus mussten auch allgemeine Branchenentwicklungen in die Betrachtung einbezogen werden. So droht durch die Tendenz zu ambulanten Leistungsformen ebenfalls ein 25- bis 30-prozentiger Verlust an stationären Fällen („ambulantes Risiko“), der für die betrachteten Häuser nur unter erheblichen Anstrengungen zu kompensieren sein wird. Weniger für die Fallzahlen als für den Ressourcenbedarf und die Betriebsabläufe bedeutsam ist zudem der absehbare Rückgang der Verweildauern infolge der DRGs. Im konkreten Fall wurde eine zu erwartende Kürzung um durchschnittlich 2 Tage ermittelt.

- Zur Schätzung der voraussichtlichen Erlöse waren 2 Faktoren zu betrachten: Zum einen die je Modellvariante unterschiedlichen Fallzahlen (Mengenkomponente), zum anderen die Vergütung im DRG-System (Preiskomponente). Im Hinblick auf die DRGs musste mit einem gegenüber dem Status Quo um 15 Prozent geringeren Erlös pro Fall gerechnet werden. Erste Berechnungen der Autoren zeigen für viele kleinere Krankenhäuser, dass sie bei ihrem Case-Mix-Index und einer niedrigen zu erwartenden Base Rate künftig solche Abschläge bewältigen müssen.

- Die Ermittlung der Betriebskosten sollte nicht zu pauschal erfolgen (zum Beispiel bei einer Kalkulation über Kosten pro Fall), sich aber auch nicht in zahllosen Rechnungen verstricken. Das Ziel war, mit angemessenem Aufwand die organisatorischen Spezifika der einzelnen Modellvarianten treffend einzubeziehen, sodass fixe und variable Kosten sowie beabsichtigte Größenvorteile richtig abgebildet werden. Zur Umsetzung erfolgte eine Top-down-Modellierung des gesamten Krankenhauses, die eine entsprechende

Kostenschätzung über Fallzahlen und Organisationsstrukturen erlaubte.

Im Ergebnis konnten alle Modelle und Modellvarianten hinsichtlich ihrer voraussichtlichen jährlichen Betriebsergebnisse, ihres Investitionsaufwandes sowie qualitativer medizinischer und baulich-betrieblicher Faktoren verglichen werden. Folgende Erkenntnisse konnten gewonnen werden:

1. Nicht die minimalen Betriebskosten ergaben die wirtschaftlich beste Lösung. Bedeutsam war auch die Erlösseite. Hier zeigte sich, dass die Modelle bzw. Varianten mit den höchsten Fallverlusten gegenüber dem Status Quo problematisch sind. So wäre die Zentralisierung trotz bestmöglicher Größenvorteile und Sparpotenziale nicht die vorteilhafteste Lösung; aufgrund der drastisch verringerten geografischen Marktabdeckung würden mit vielen Fällen auch beträchtliche Erlöse verloren gehen. Besser schnitt – bei positivem Deckungsbeitrag des durchschnittlichen Falles – die vollständige horizontale Spezialisierungslösung ab. Diese verbindet Marktabdeckung und Größenvorteile, das heißt Erlösmaximierung und Kostenoptimierung, am besten.

2. Unabhängig von ihrer untereinander unterschiedlichen Vorteilhaftigkeit erwiesen sich alle Modelle im voraussichtlichen Betriebsergebnis wirtschaftlicher als die Fortführung des Status Quo. Ohne strukturelle Änderungen wäre, vor allem im Hinblick auf die DRGs, ein Defizit von 2 bis 4 Mio. € pro Haus zu erwarten. Mit der Umsetzung eines der Modelle könnte mindestens mit einem ausgeglichenen Ergebnis gerechnet werden.

3. Auch die baulichen Auswirkungen der einzelnen Modelle und Modellvarianten spielen eine große Rolle. Im entstehenden Investitionsaufwand für Neu- bzw. Umbauten zeigten sich erhebliche Unterschiede. Insgesamt den höchsten Investitionsbedarf würde die Lösung des zentralen Neubaus verursachen; den geringsten die Lösung der Teilspezialisierung, also die Lösung mit den geringsten Veränderungen. Differenziert betrachtet nach den vom Landkreis als Träger zu schulternden Kosten ergab sich ein etwas verändertes Bild: Hier schnitten die Lösungen mit den geringsten Umbaukosten am besten ab, da Umbauten nur in beschränktem Ausmaß förderfähig und somit vom Haus bzw. dessen Träger anteilig zu finanzieren sind. Unvorteilhaft wären jene Varianten der horizontalen und vertikalen Spezialisierungsmodelle, bei denen hohe Fallzahlen im bestehenden Krankenhausbau in Kirchheim unter Ausbau der Raumressourcen versorgt werden müssten. Darüber hinaus wären diese Varianten später auch mit gravierenden Nachteilen hinsichtlich der baulich-betrieblichen Qualität verbunden, weil bei beengten Platzverhältnissen keine sinnvollen Funktions- und Raumprogramme verwirklicht werden könnten.

4. Die medizinische Qualität kann bei einer Zentralisierungslösung nur gewinnen, weil alle Disziplinen und infrastrukturellen Einrichtungen an einem Ort gebündelt sind und so kurze Wege ermöglichen. Auch die Fallzahlen erreichen am besten die geforderten Mindestmengen. Allerdings würde bei einer Aufgabe von Standorten die wohnortnahe Versorgung in bestimmtem Ausmaß leiden. Ähnliches gilt für die Modelle vollständiger Spezialisierung. Im Unterschied zur Zentralisierung befinden sich hier jedoch

nicht alle Disziplinen an einem Ort. Bei einer vertikalen Spezialisierung ergibt sich beispielsweise das Problem, dass die Chirurgie durch die Abspaltung der Kurzzeitchirurgie zerrissen wird mit negativen Folgen für die Möglichkeiten zur individuell an den Patienten angepassten Behandlung. Eine solche Lösung bedingt vielmehr weitgehend standardisierte Behandlungspfade und eine funktionierende Einordnung der Fälle. Das Modell der Teilspezialisierung bietet zwar die beste wohnortnahe Versorgung, versäumt aber ebenfalls die Integration der chirurgischen Disziplinen zum Zweck patientenorientierter Versorgung und auch im Hinblick auf effiziente Organisationsstrukturen.

5. Zusammenfassend schnitten die Modelle der vollständigen horizontalen oder vertikalen Spezialisierung am besten ab, und zwar in den Varianten, in denen die geringsten Umbauten anfallen würden und statt dessen auf den (so wieso erforderlichen) Krankenhausneubau in Nürtingen gesetzt wurde. Ausschlaggebend waren die wirtschaftlichen, baulichen sowie medizinisch-betrieblichen Kriterien.

Erwähnenswert sind abschließend auch die Erfahrungen mit dem Projektablauf und dem politischen Entscheidungsprozess. Auffallend war die Sensibilität der Zielsetzung zu Projektbeginn: Ziele wie „gleichwertiger Erhalt beider Häuser“ oder „höchste Wirtschaftlichkeit unter Disposition aller Standorte“ regeln die fachliche Freiheit der Konzeption

und Modellbewertung und beeinflussen daher wesentlich das Ergebnis. Um eine möglichst neutrale und offene Bewertung zu erhalten, wurde von Seiten des Auftraggebers deshalb weitgehend auf einschränkende Vorgaben verzichtet. Lediglich die vorhandene Bausubstanz an einem Standort sollte beachtet werden. Zudem erwies sich die Zielsetzung als politisch höchst sensibel. Daher musste die fachliche Lösung ständig mit dem politisch Machbaren bzw. Erwünschten abgestimmt werden. Beispielsweise standen noch weitergehendere Konzepte wie das der Auflösung herkömmlicher Abteilungen zugunsten einer prozessorientierten Zentrenorganisation im konkreten Fall außer Disposition. Auffallend waren außerdem die krankenhausern intern wie -extern ambivalenten Interessen und Motivationen in Bezug auf die strategische Neuordnung. Aus diesem Grund erforderte das Strategieprojekt einen doppelten Moderationsprozess. Die krankenhausern interne Moderation konnten die Berater übernehmen. Der externe, politische Moderationsprozess war jedoch vom Krankenhaus-träger selbst zu leisten.

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Volksw. Christof Mutter/Dr. med. Dipl.-Ing. Rene Morar/
Dipl.-Volksw. Christian Keller, CMK Unternehmensberatung
im Gesundheitswesen, Bertoldstr. 48, 79098 Freiburg i.Br.
Info@CMKnet.de ■