

Das „System“ Krankenhaus war in den vergangenen Jahrzehnten nur selten strukturellen Veränderungen ausgesetzt. Ein gezieltes strategisches Management im Sinne einer gedanklichen Vorwegnahme von Umweltveränderungen und einer strukturierten, frühzeitigen Anpassung an künftige Zustände war daher bisher nicht notwendig. In den letzten Jahren hat sich die Situation jedoch entscheidend geändert. Aufgabe des strategischen Managements ist es nun, die strukturellen Veränderungen der Krankenhausumwelt systematisch zu erkennen und ihre Bedeutung für das eigene Krankenhaus zu analysieren. Dabei sind Chancen und Risiken mit Hilfe der Umfeldanalyse zu ermitteln.

# Instrument des strategischen Managements

Entwicklung des Leistungsportfolios mit Hilfe einer umfassenden Umfeldanalyse



Foto: Bilderbox

Der Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern in den Versorgungsregionen wird sich verschärfen. Insgesamt wird es über Kooperationen, Beteiligungen, Fusionen und Übernahmen zu einer verstärkten Verzahnung der Leistungsstrukturen sowie zu erheblichen Konzentrationsprozessen kommen. Kleinere bis mittlere Krankenhäuser werden hinsichtlich der qualitätsrelevanten Fallzahlen in einzelnen Leistungssegmenten, der Mindestbesetzungsproblematik sowie der Markt-

macht von großen Hospitalträgergesellschaften eine kritische Position im Verdrängungswettbewerb einnehmen.

## Das betriebliche Umfeld

Jedes Unternehmen und somit jedes Krankenhaus ist in eine enge Wettbewerbsumwelt eingebettet, die durch die Branche und den relevanten Markt geprägt und Bestandteil der globalen Umwelt ist (Abb. 1). Der Unternehmensleitung möglichst genaue, sichere und vollständige Informationen über das betriebliche Umfeld zur Verfügung zu stellen ist Aufgabe der Umfeldanalyse. Sie ist ein wichtiger Grundstein für die strategische Planung, aus ihr lassen sich die zukünftigen Ziele ableiten. Sie bildet die Grundlage zur Erarbeitung eines Chancen- und Risikoprofils. Die Prognose und Analyse der Umweltbedingungen bezieht sich sowohl auf das

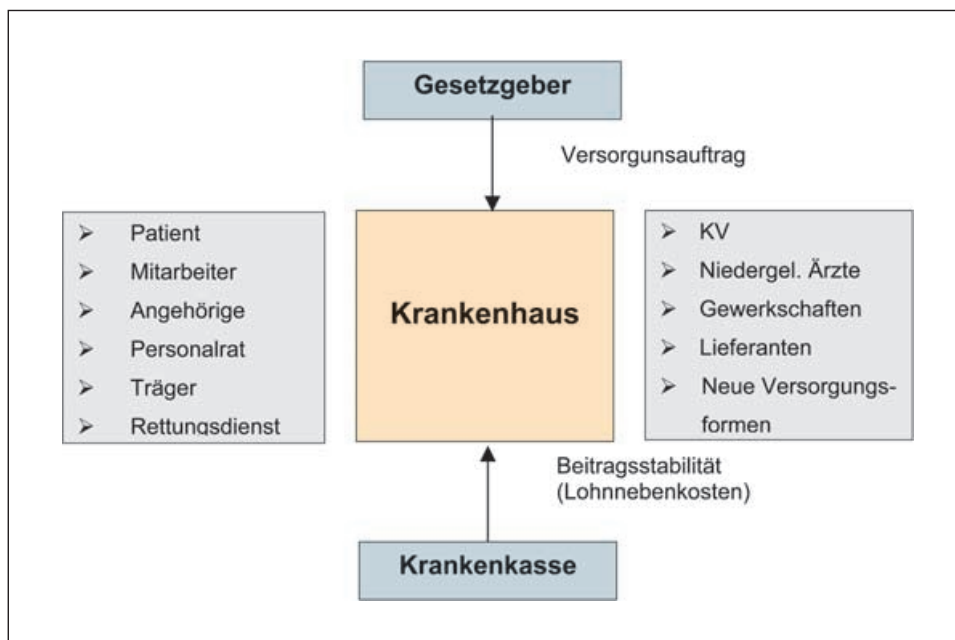


Abb. 1: Umfeldanalyse (krankenhauspezifisch).

Krankenhaus als Ganzes als auch auf die einzelnen Fachabteilungen.

Unterschieden wird zwischen Konkurrenzanalyse und Marktanalyse. Die Konkurrenzanalyse dient der Erhebung zielgerichteter Informationen über reale und potenzielle Konkurrenten. Bei der Marktanalyse steht der Kunde im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Für eine Analyse der Umwelt ist zunächst die Abgrenzung des relevanten Ausschnitts aus einer Vielzahl denkbarer Umweltbedingungen erforderlich. Mögliche relevante Bereiche sind: die „ökonomische Umwelt“, die bspw. das Leistungsspektrum oder die Krankenhausentwicklung aufzeigt; die „technische Umwelt“, welche den Stand der Technik, neue Materialien bzw.

den Stand von Forschung und Entwicklung beinhaltet; die „soziokulturelle Umwelt“, welche u. a. die demographischen Veränderungen, Geburten- und Sterberate sowie den Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst und die „rechtlich-politische Umwelt“, welche Gesetze, Regierungswechsel, Gewerkschaften und staatliche Eingriffe in die Krankenhausplanung aufzeigt. Innerhalb dieser Bereiche ergeben sich individuelle Chancen bzw. Risiken für das Krankenhaus, welche zu diskutieren sind und auf die zu reagieren ist.

## Chancen und Risiken

**Einführung neuartiger sowie die Verbesserung bestehender medizinischer Verfahren oder Produkte.**

Wichtige Trends sind Entwicklungen

in der Molekularbiologie und auf dem Gebiet der Gentechnik, Fortschritte in der Krebsfrüherkennung und -therapie, die Entwicklung neuer Geräte zur Diagnostik und Therapie, Telematik und Telemedizin, die zunehmende Bedeutung der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements und die Zunahme standardisierter und mit Methoden der Evidence Based Medicine erprobter Verfahren in Diagnostik und Therapie.

### Demographische Entwicklung

Die Krankenhaushäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter. Die Kenntnis demographischer Daten ist für die Krankenhausstrategie wichtig. Grundlage ist z. B. die 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder bis

2050. Hinsichtlich der Altersgruppen ist zu erkennen, dass die jüngere Bevölkerung unter 15 abnimmt, die über 65 ansteigt. Auf Grund der Bevölkerungsentwicklung, d. h. ohne Berücksichtigung morbiditätsbedingter Einflussfaktoren, steigt die Zahl der Krankheitsfälle.

### Versorgung mit niedergelassenen Ärzten; krankenhauserentlastender Bereich: Pflegeheime, Hauskrankenpflege

- Versorgung Vertragsärzte (evtl. Inanspruchnahme von Krankenhäusern durch eine defizitäre Versorgung im ambulanten Bereich?)

- Ambulante Pflegedienste (Bedarf an stationären Pflegeleistungen steigt, Überprüfung vollstationäre Pflegeplätze, Inanspruchnahme von Krankenhäusern durch eine defizitäre Versorgung im pflegerischen Bereich?) ►



*Dr. rer. oec. Michael Greiling,  
Unternehmensgruppe  
Evangelische Treuhand/APB,  
Leiter des Geschäftsbereichs  
Controlling der APB  
Unternehmensberatung GmbH;  
Lehrbeauftragter der  
Fachhochschule Münster*



*Dipl.-Betriebswirtin  
Carolin Jücker,  
Mitarbeiterin im Geschäftsbereich  
Controlling der  
APB Unternehmensberatung*

Hier steht im Heft eine Anzeige

- Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen (Überprüfung wohnortnahes Angebot – evtl. Inanspruchnahme von Krankenhäusern durch eine defizitäre Versorgung in diesem Bereich?)

**Neue Entgeltformen**

Wie Erfahrungen aus den USA, Australien und Italien zeigen, ist durch die Einführung der DRGs eine Senkung der Verweildauer zu erwarten. DRG-Systeme beinhalten die Gefahr des Upgrading und bieten Anreize, stationäre Aufenthalte in mehrere Teilaufenthalte zu splitten. So hat die Einführung der DGRs in den USA zu einer Erhöhung der Fallschwere geführt. Gleichzeitig ist die Zahl der vollstationären Fälle um 12 Prozent gesunken. Es wurde kein Rückgang der Versorgungsqualität festgestellt.

**Krankenhäuser**

- Anzahl der Krankenhäuser mit Fachabteilungen
- Stadt-/Landkarte mit den im Einzugsgebiet liegenden Krankenhäusern
- Plankrankenhäuser (= Versorgungsvertrag)



- Evtl. Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausplan enthalten sind
- Ist-Planbetten (per Feststellungsbescheid) Krankenhaus gesamt und pro Abteilung
- Aufgestellte Betten (Krankenhaus gesamt und pro Abteilung)
- Bettenziffer (von z. B. 80,3 Betten/10 000 Einwohner)
- Belegung der Betten im Jahresdurchschnitt

- Fälle/10 000 Einwohner = Krankenhaushäufigkeit
- Verweildauer evtl. Deutschland Entwicklung zehn Jahre
- Evtl. Einweisungsquote (akut im Krankenhaus behandelt)
- Bettennutzung/-auslastung in %

**Neue Behandlungsformen:**

Neue Behandlungsformen wie vor- und nachstationäre Behandlung, teilstationäre Versorgung, ambulantes Operieren beeinflussen Fallzahl und Verweildauer.

Gibt es ungenutztes Potenzial von vor- und nachstationären sowie teilstationären Behandlungen (tagesklinische und nachtklinische Behandlung) und in Bezug auf ambulantes Operieren (= kostengünstigere Leistungserbringung)?

Durch **vorstationäre Behandlung** kann Fehlbelegung vermieden werden, wenn erkannt wird, dass eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich ist. Diagnostische Maßnahmen sind durchzuführen, soweit diese nicht schon durch den einweisenden Arzt erbracht wurden. So wird die sofortige Durchführung z. B. einer Operation oder einer gezielten Behandlung unmittelbar nach der stationären Aufnahme ermöglicht und damit die Verweildauer reduziert. Bei nachstationärer Behandlung kann ebenfalls durch eine frühere Entlassung die Verweildauer verkürzt werden.

Die seit 1993 möglichen vor- und nachstationären Behandlungsformen haben sich bisher nur zögerlich durchgesetzt. Ein Grund hierfür ist die gute ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Krankenhäuser versuchen außerdem, Konflikte mit Ärzten (= Kunden), denen Einnahmen verloren gehen könnten, zu vermeiden. Ein weiterer Grund können fehlende organisatorische Voraussetzungen in den Krankenhäusern sein.

Die **teilstationäre Behandlung** (tagesklinische- und nachtklinische Behandlung) ist ebenfalls geeignet, eine stationäre Behandlung zu ersetzen oder durch



frühzeitige Entlassung zu einer Verkürzung der Verweildauer beizutragen. Möglichkeiten zu einer tagesklinischen Behandlung bestehen vor allem in den

Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Geriatrie, Innere Medizin sowie Neurologie. Die teilstationäre Behandlung setzt ein genügend großes krankenhaushnahes Einzugsgebiet und eine gute Verkehrsinfrastruktur voraus. Es ist zu erwarten, dass es in den nächsten Jahren zu einer Erhöhung des Anteils teilstationärer Behandlungen kommen wird. Die Fallzahl für vollstationäre Behandlung wird sich jedoch nur dann verringern, wenn die vollstationäre Behandlung vollständig durch eine teilstationäre ersetzt wird.

**Ambulantes Operieren** ist vor allem unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung einer stationären Behandlung von Bedeutung. Derartige Eingriffe werden in beträchtlicher Zahl durch niedergelassene Ärzte durchgeführt, während die Zahl der ambulanten Operationen in Krankenhäusern derzeit gering ist. Es gibt gut entwickelte ambulante Operationszentren, und die Vergütung für ambulante Operationen ist nicht unbedingt Kosten deckend. Bei Patienten, deren Operation über eine Fallpauschale abgerechnet werden kann, wird kaum ambulant operiert (wie dies unter DRGs sein wird, ist noch zu prüfen). Dazu kommt, dass eine Möglichkeit der Weiterbetreuung vorhanden sein sollte.

**Praxisnetze – vernetzte Praxen**

Mit Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetz am 1. Juli 1997 wurden Möglichkeiten zur Durch-

führung von Strukturverträgen eröffnet. Ziel ist die Schaffung einer verbesserten Kooperation zwischen Vertragsärzten unterschiedlicher Fachrichtungen. Ansätze zu einer ambulant-stationären Kooperation lassen sich durch die Einrichtung von Notfallpraxen in Krankenhäusern beobachten – auch im Hinblick auf die Nutzung vorhandener diagnostischer Möglichkeiten in den Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass Synergieeffekte nur durch die Einbeziehung von Krankenhäusern in Praxisnetze zu erzielen sind.

### **Integrierte Versorgung**

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ist das SGB V durch die §§ 140 a bis 140 h erweitert worden. Mögliche Partner von Verträgen zur Integrierten Versorgung sind demnach Träger zugelassener Krankenhäuser und stationärer Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen.

Die Chance besteht darin, die Zusammenarbeit der Beteiligten hinsichtlich Abstimmung, Koordination, Information und Kommunikation zu verbessern, die Behandlung der Patienten zu optimieren und Behandlungskosten zu senken.

### **Fehlbelegung**

Eine Fehlbelegung definieren die Spitzenverbände der Krankenkassen als nicht angemessene Nutzung des Krankenhauses.

Beispiele:

- Nicht notwendige stationäre Aufnahme (wenn eine teilstationäre und/oder ambulante Behandlung ebenso möglich wäre)
- Versorgungsintensität – zu Beginn und gegen Ende eines Krankenhausaufenthalts kann aus medizinischen Gründen die Inanspruchnahme von Basisleistungen noch nicht oder nicht mehr erforderlich sein; Fehlbelegung wird auch angenommen, wenn beispielsweise vorstationäre und nachstationäre Behandlungsmöglichkeiten nach § 115a SGB V nicht ausreichend genutzt werden.

### **Leistungsspektrum**

Zur Differenzierung des Leistungsspektrums ist ein detailliertes Stärken-/Schwächen-Profil der Abteilungen zu erarbeiten. Für die medizinökonomische Beurteilung der Leistungsstruktur eines Krankenhauses bzw. von Abteilungen sind Diagnose- und Leistungsdaten zu berücksichtigen.

Folgende Maßnahmen sind zu empfehlen:

- Erstellung des Diagnose- und Leistungsprofils der Abteilungen im Vergleich
- Definition des Stärken-/Schwächen-Profiles der einzelnen Abteilungen mit graphischer Aufarbeitung
- Ermittlung der abteilungsbezogenen TOP-Diagnosegruppen
- Ermittlung der abteilungsbezogenen TOP-Leistungsgruppen
- Aufstellung des Potenzials zukünftig ambulant zu erbringender Operationen
- Ermittlung der abteilungsbezogenen TOP-Leistungsgruppen zukünftiger ambulanter Operationen
- Definition des stationären Gefährdungsgrades unter Berücksichtigung von Selektionskriterien ►

Hier steht im Heft eine Anzeige


 <b>Umfeldanalyse „Ökonomische Umwelt“</b>	
<p>Beachten sie bitte folgende Punkte bei der Darstellung Ihrer <b>Chancen</b> und <b>Risiken</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausgabenentwicklung der GKV und PKV</li> <li>➤ Produkte und DRG's (Leistungsspektrum)</li> <li>➤ Krankenhausentwicklung</li> <li>➤ Bettenzahlen nach Fachabteilungen in Krankenhäusern der Region</li> <li>➤ Krankenhausvergleich</li> <li>➤ Inanspruchnahme von Krankenhäusern durch eine defizitäre Versorgung im ambulanten Bereich</li> <li>➤ Inanspruchnahme von Krankenhäusern durch eine defizitäre Versorgung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>➤ Leistungsspektrum</li> </ul> <p>Welche <b>Chancen</b> lassen sich daraus für Ihr Haus ableiten? Welche <b>Risiken</b> lassen sich daraus für ihr Haus ableiten?</p>	

Abb. 2: Formblatt für die Umfeldanalyse „Ökonomische Umwelt“.


 <b>Bewertung von Chancen</b>		
Chance	Wert und Nutzbarkeit	Zeitliche Erreichbarkeit
	1 = sehr gering 6 = sehr hoch	
Kooperation mit neidergelassenen Ärzten aufbauen		
Projekt „Klinische Pfade“ konzipieren		
Kooperation mit Krankenhausverbund		
Gesundheitszentrum entwickeln		
...		

Abb. 3: Formblatt zur „Bewertung von Chancen“.

Darauf aufbauend sollte eine medizinische Analyse erfolgen:

- Erstellung einer Ist-Analyse als Grundlage für strategische Optionen
- Analyse der medizinischen Stärken und Schwächen mit ihren ökonomischen Auswirkungen und Konsequenzen für strategische Entscheidungen
- Analyse der möglichen Erfolgspotentiale in einem pauschalierten Entgeltsystem anhand der gegenwärtigen medizinischen Diagnose- und Leistungsstruktur
- Definition von möglichen Schwachstellen in einem pauschalierten

Entgeltsystem an Hand der gegenwärtigen medizinischen Diagnose- und Leistungsstruktur

- Analyse der Konsequenzen des ambulanten Outsourcing von bisher stationär erbrachten Leistungen
- Interpretation der Ergebnisse mit den Auswirkungen auf die zukünftigen stationären Leistungsbereiche sowie die Wirtschaftlichkeit und Struktur eines ambulanten Operationszentrums.

**Praktische Durchführung**

Den an der Umfeldanalyse beteiligten Personen werden im Vorfeld vor-

bereitete Formblätter (siehe z. B. Abb. 2) und entsprechend aufbereitetes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Zu den Terminen zur Strategieentwicklung sollten die Unterlagen noch einmal ausgehändigt werden.

An Hand des Informationsmaterials formuliert jeder Teilnehmer nach eigener Einschätzung Chancen und Risiken, die sich aus den unterschiedlichen Themengebieten (soziokulturelle Umwelt, rechtlich-politische Umwelt, ökonomische Umwelt, technologische Umwelt, objektive und subjektive Kundenzufriedenheit) für das eigene Krankenhaus ergeben könnten.

Mögliches Konzept für das Krankenhaus und/oder einzelne Fachabteilungen:

- Fachlicher Ausbau/Entwicklung neuer oder Einschränkung/Abbau von bestehenden Diagnostik- und Behandlungsschwerpunkten, Fallgruppen und Einzelleistungen
- Fachliche und konzeptionelle Neuausrichtung von Kliniken/-Fachabteilungen
- Mögliche Kooperation der Krankenhäuser in einzelnen Leistungsfeldern
- Optimale Abgrenzung und Abstimmung der Leistungsprofile im Rahmen der regionalen Gesundheitsversorgung/Optimierung der Betriebsgrößen durch Veränderung von Standortkapazitäten (Standortkonzept)
- Ermittlung des Potenzials zukünftig ambulant zu erbringender Operationen sowie Kompensation des Substitutionspotentials durch standortübergreifende ambulante Leistungsangebote (ggf. Bedarfsbestimmung für ambulantes OP-Zentrum)
- Aufbau von Kooperationen mit ambulanten und stationären Anbietern im regionalen Gesundheitswesen
- Aufbau von ergänzenden Angeboten von der Prävention bis zur Rehabilitation (Diversifikation entlang der Versorgungskette)
- Optimierung der medizinisch-technischen Infrastruktur (Funktionsbereiche wie z. B. Labor, Radiologie, Anästhesie, gemeinsame Geräte-nutzung der Kliniken etc.).

Die Ergebnisse werden diskutiert, zusammengefasst und mit Oberbegriffen versehen. Anschließend ist eine Bewertung von Chancen bzw. Risiken vorzunehmen.

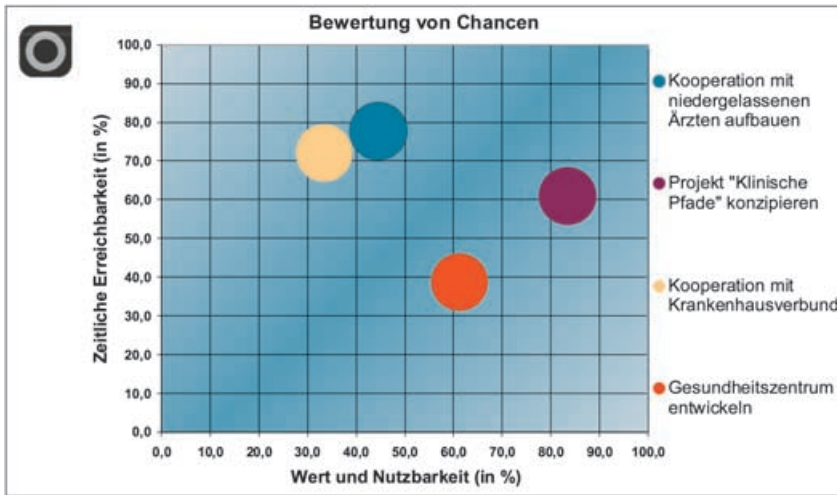


Abb. 4: Portfolio „Bewertung von Chancen“.

## Bewertung von Chancen/Risiken

Die Teilnehmer erhalten im Rahmen der Umfeldanalyse entstandene Formblätter zur Bewertung von Chancen bzw. Risiken (s. Abb. 3) und füllen diese individuell aus. Die Chancen werden bewertet nach Wert und Nutzbarkeit sowie zeitliche Erreichbarkeit, die Risiken nach den Kriterien Beeinflussbarkeit und Bedeutung/Gewichtung.

Die Ergebnisse können abschließend in ein Computer-Programm eingegeben und ausgewertet werden. Die dabei entstehenden Portfolios (siehe Abb. 4 und 5) werden den beteiligten Personen präsentiert und in der Gruppe diskutiert.

Die Ergebnisse der Top-Platzierungen im Portfolio werden weiteren Machbarkeits- und Wirtschaftlichkeitsanalysen unterzogen, bis eine abschließende Bewertung, Beurteilung und Auswahl getroffen wird.

## Fazit

Die Umfeldanalyse dient der Unternehmensleitung eines Krankenhauses als ein Instrument des strategischen Managements. Sie stellt eine Entscheidungsgrundlage für das zukünftige Handeln, auf Basis objektivierter Daten und Informationen dar und soll die Unsicherheit und das Risiko der eher „aus dem Bauch heraus“ gefällten Entscheidungen verringern. Die Umfeldanalyse soll das Management bei seinen Entscheidungen unterstützen bzw. Hilfestellung für eine optimale Entscheidungsfindung geben und ist für eine erfolgreiche strategische Planung regelmäßig durchzuführen. ■

Dr. Michael Greiling  
 Carolin Jücker  
 Unternehmensgruppe  
 Evangelische Treuhand/APB  
 Weseler Straße 253  
 48151 Münster

Hier steht im Heft  
 eine Anzeige

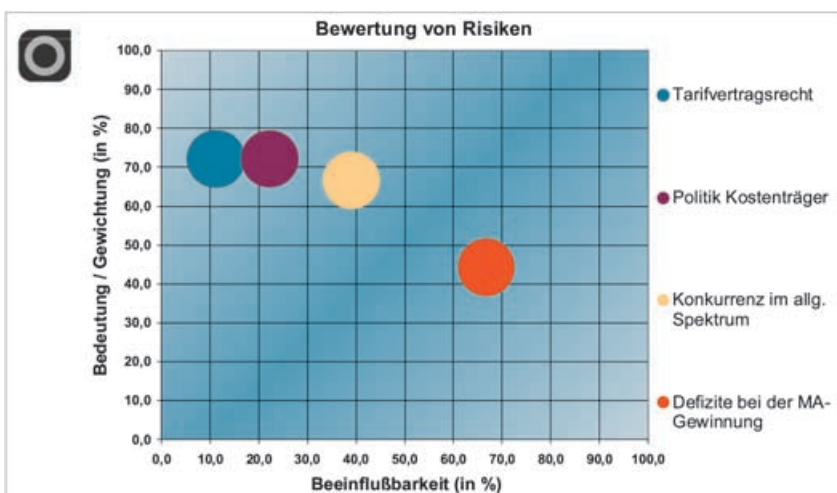


Abb. 5: Portfolio „Bewertung von Risiken“.