



Med

Advisors

Prof. Dr. Claus Bartels

Analyse des Marktes – Strukturen, Wettbewerb, Chancen und Risiken

- Analyse der stationären Leistungserbringer
- Umsetzung der Ambulantisierung
- Sektorübergreifende Versorgung
- Risikoadjustierte Qualitätssicherung
- Chancen und Risiken

Wahrscheinlich wird bei der aktuellen Gesetzgebung die Planungssystematik von NRW mit geringen Modifikationen bundesweit übernommen



Erarbeitung neuer Strategien für die stationären Leistungserbringer, um den Herausforderungen der neuen gesetzlichen Regelung gerecht zu werden



Die Eckpunkte der Krankenhausreform sind im Konsens mit Bund und Ländern in der Mitte des Jahres formuliert worden
→ Fehlen diverser Details

- Da es der erklärte Wille des Gesetzgebers ist, eine Marktberreinigung und eine Konzentration der Leistungen durchzuführen, muss eine entsprechende Bewertung vorgenommen werden
- Die definierten klinischen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen liegen vor und werden in der Datenbank mittels des Systems kavionPlus® bewertet
- Aufgrund der umfangreichen Datenbank die MedAdvisors mit kavionPlus® bereithält, kann ein Benchmark für die Leistung durchgeführt werden und bietet einen ersten Anhalt für die Leistungsfähigkeit des Hauses bzw. der einzelnen Abteilungen

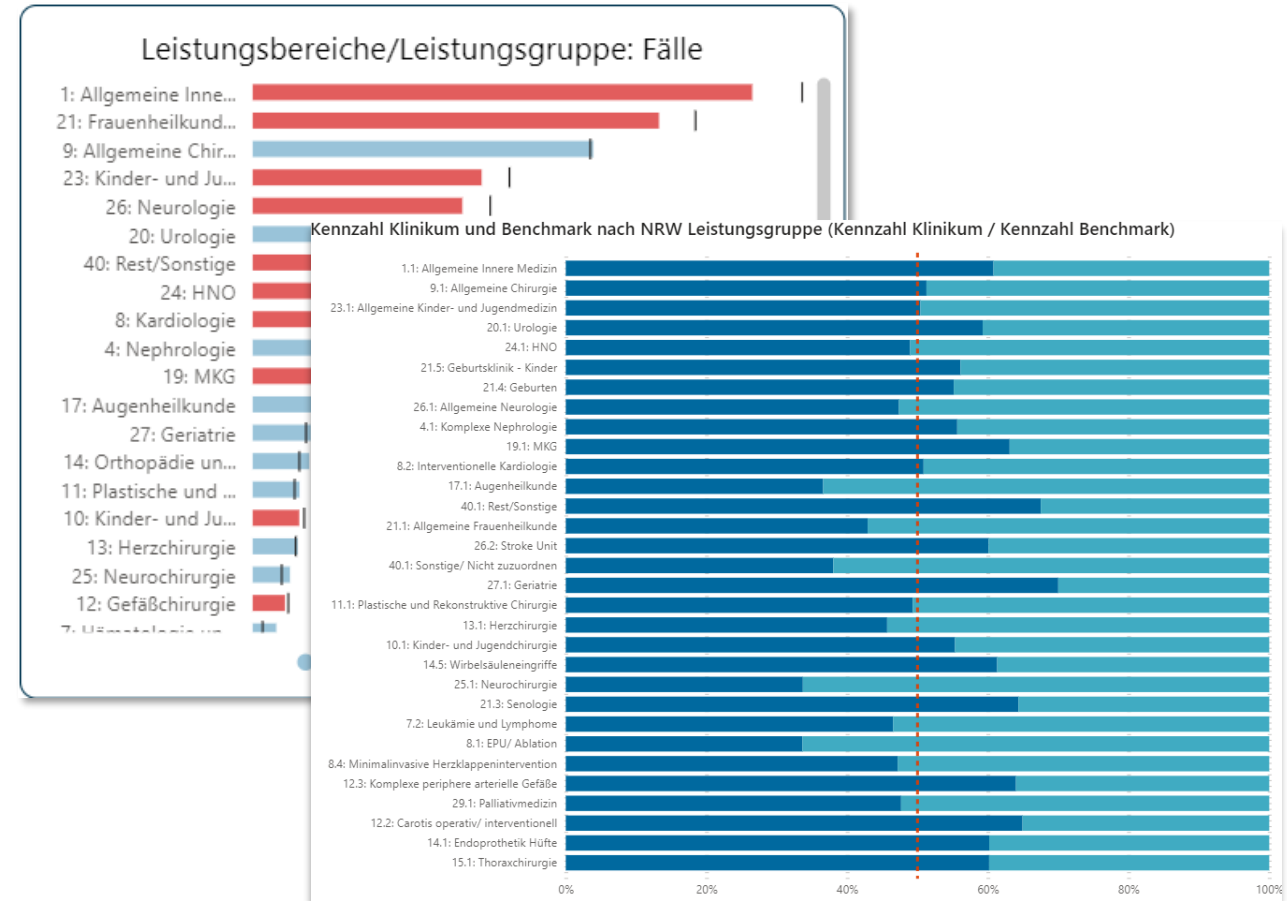


Abb. 1: NRW-Leistungsbereiche und -Leistungsgruppen im Vergleich zum Benchmark

Ein initialer Benchmark gibt einen guten Anhaltspunkt für die Wettbewerbsfähigkeit der einzelnen Leistungsgruppen



Entscheidend für die Argumentation einem

Sozialministerium gegenüber sind:

- Serienlänge der Leistungsgruppen
- Über- oder Unterversorgung der zu analysierenden Leistungsgruppe
- Ranking für die Leistungsgruppe

Unter Zuhilfenahme, der Destatis- und der

Qualitätsdaten können so bundesweit, geographisch

nach Kreisen und Regionen unterteilt, ein

entsprechendes Ranking erstellt werden. Diese Analyse

wird auch für die Kommunikation mit dem Ministerium

und anderen umliegenden Häusern genutzt

OPS Codes 72.907	OPS Kapitel			Anz. Klinikum	% Verteilung	Ø Anz. OPS Codes Umfeld		
Rang OPS Codes 7	<ul style="list-style-type: none"> 1: Diagnostische Maßnahmen 3: Bildgebende Diagnostik 5: Operationen 6: Medikamente 8: Nicht operative therapeutische Maßnahmen 9: Ergänzende Maßnahmen Gesamt 							
Ø OPS Codes Umkreis 71.482	KPIs	Anz. Klinikum	% Verteilung	Ø Anz. OPS Codes Umfeld	Mindestmenge_Name	Anz. Klinikum	% Verteilung	Ø Anz. OPS Codes Umfeld
Ø OPS Codes Deutschland 45.498	Adenotomie	21	0,40	53	Knie-TEP	112	0,53	213
	Amputation	71	0,61	116	Lebertransplantationen			34
	Aorten Chirurgie			15	Mamma-Ca-Chirurgie			95
	Arthrosk. Eingriffe	543	1,44	378	Nierentransplantationen			47
	Aufw. Dia. Endosk.	198	0,85	234	Stammzellen-Tx			69
	Aufw. Int. K.B.			644	TCH bei Lungen-Ca			2
	BAA (Stent)			71				

Wettbewerber Bettenanzahl						
Krankenhaus	Standort	Entfernung	Bettenanzahl	OPS Codes	OPS in %	Rang
UK Jena	Jena	18	1421	292.925	22,77%	1
HELIOS Klinikum Erfurt GmbH	Erfurt	22	1261	213.218	16,57%	2
Zentralklinik Bad Berka GmbH	Bad Berka	9	647	127.576	9,92%	3
THÜRINGEN-KLINIKEN "Georgius Agricola" GmbH	Saalfeld/Saale	35	824	121.912	9,47%	4
Hufeland Klinikum GmbH	Bad Langensalza	49	399	76.213	5,92%	5
Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk"	Erfurt	16	419	75.340	5,86%	6
Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH	Weimar	0	653	72.907	5,67%	7
Klinikum Burgenlandkreis GmbH	Naumburg (Saale), Stadt	41	761	72.831	5,66%	8
DRK gemeinnützige Krankenhaus- gesellschaft Thüringen Brandenburg mbH	Bad Frankenhausen/Kyffhäuser	26	405	56.860	4,42%	9

Abb. 1: Versorgungsgrad des Sophien- und Hufeland Klinikum Weimar

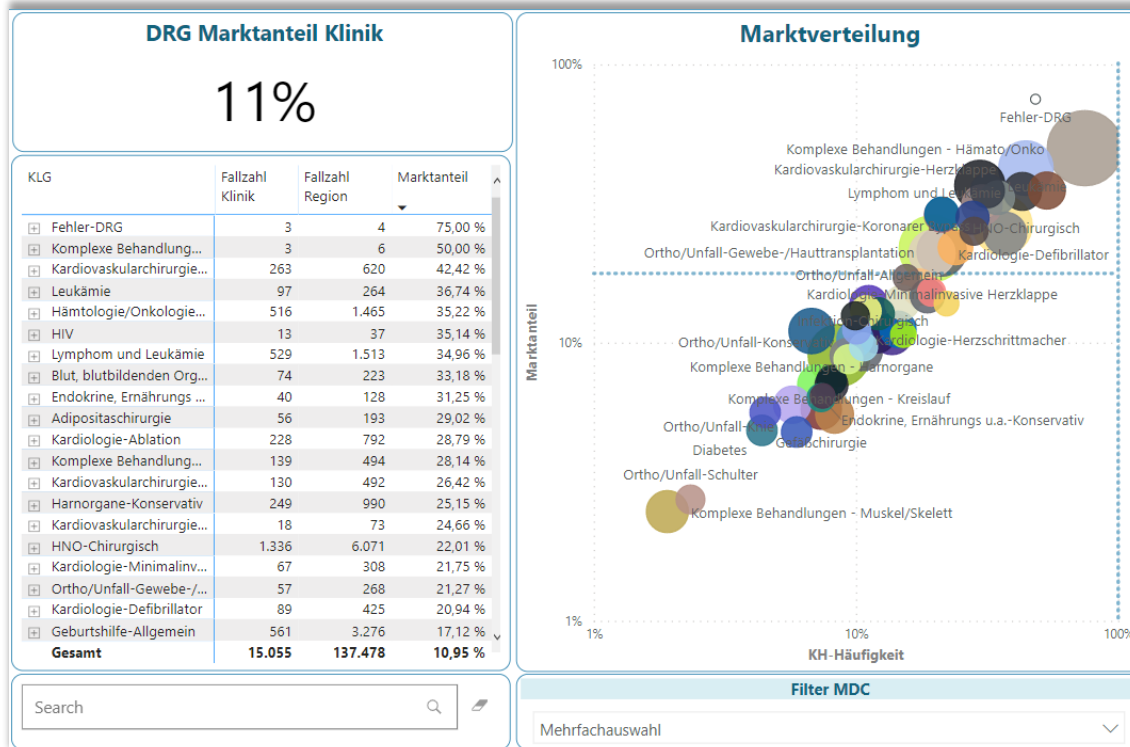


Abb. 1: DRG Marktanteil

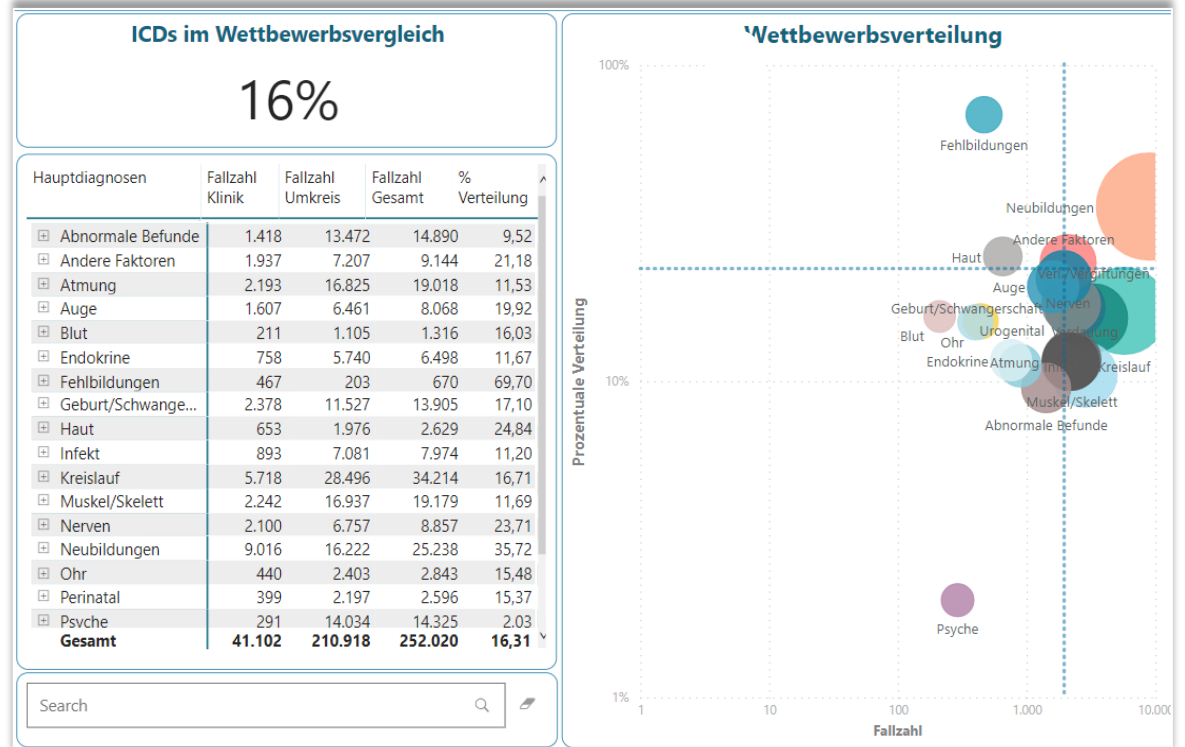
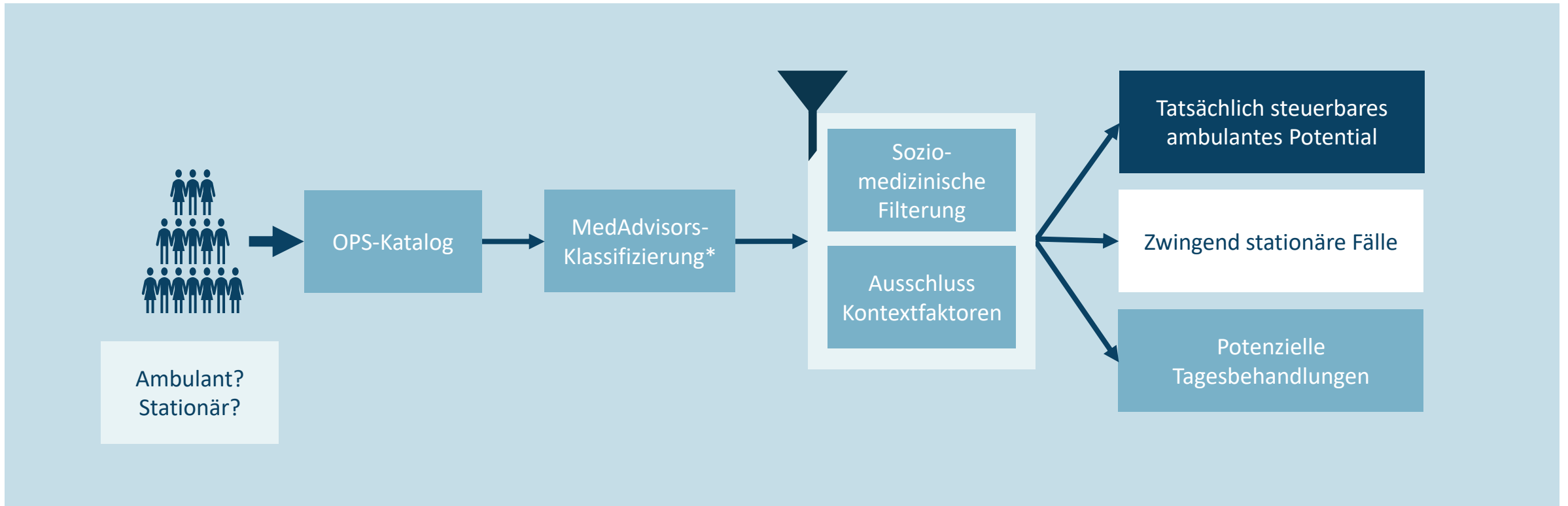


Abb. 1: ICD Wettbewerbsvergleich

Mittels der MedAdvisors-Klassifikation können medizinisch belastbar das steuerbare ambulante Potenzial und potentielle Tagesbehandlungen identifiziert werden



*Bewertung von über 35.000 OPS-Kodes

MedAdvisors hat eine eigene präzisierende Systematik entwickelt zur Identifikation des ambulanten Potentials



***MedAdvisors Systematik:**
ca. 35.000 OPS-Kodes wurden nach medizinischer Bewertung einem von drei Clustern zugeordnet:

Cluster 1
Sektorunabhängige Leistungen (Dialyseverfahren, Transfusionen, Rehabilitation)

Cluster 2
Ambulant erbringbare Leistungen

Cluster 3
a) Zwingend stationäre Leistungen (bspw. Polytrauma, Intensivmedizin, u.a.).
b) Perspektivisch ambulante, jedoch aktuell stationäre Leistungen (z.B. bestimmte Biopsien, Implantationen/Entfernungen von Herzschrittmachern, etc.)

Die von MedAdvisors entwickelte sozio-medizinische Filterung ermöglicht eine präzise Identifikation von potenziell ambulanten Leistungen



- Kein Tod
- Keine Beatmung
- Keine intensivmedizinische Behandlung
- VWD < 5
- Älter als 1 Jahr, jünger als 80 Jahre
- PCCL < 4
- Nicht Prä-MDC, keine Geburtshilfe, kein Polytrauma



Ambulantes Potential im Überblick

FZ mit amb. Potential
9.571

Amb. Potential in Tagen
22.534

Amb. Potential in Betten
72,6

MedAdvisors

Vor Prüfung

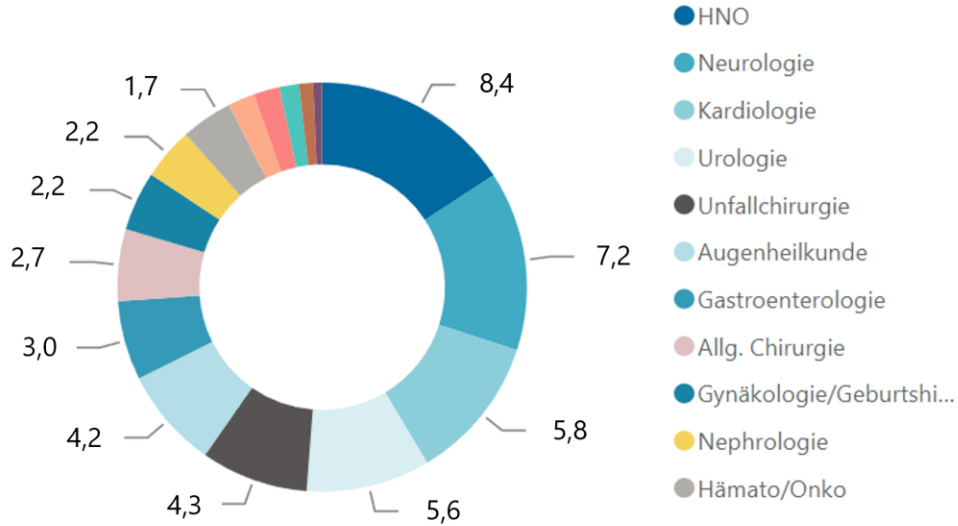


Nach

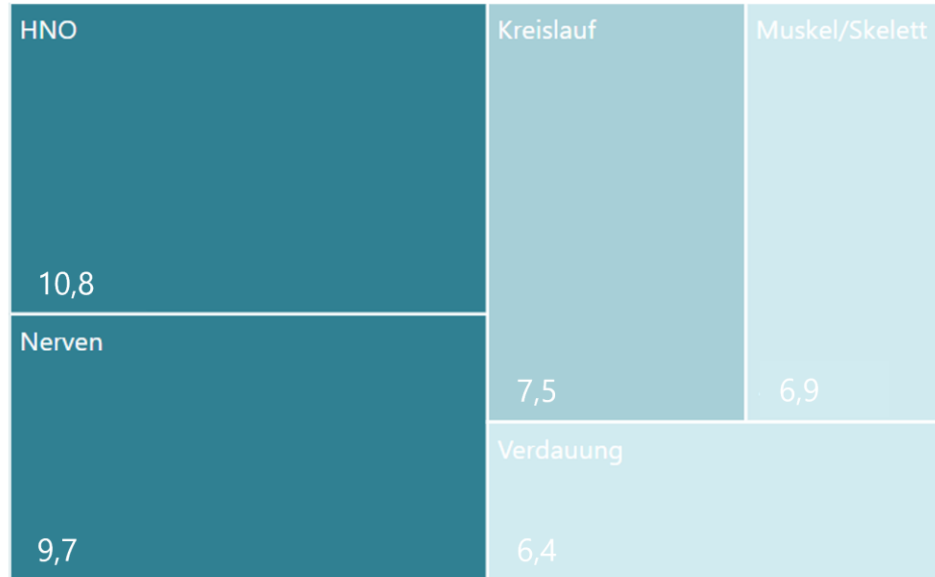
Kontextprüfung



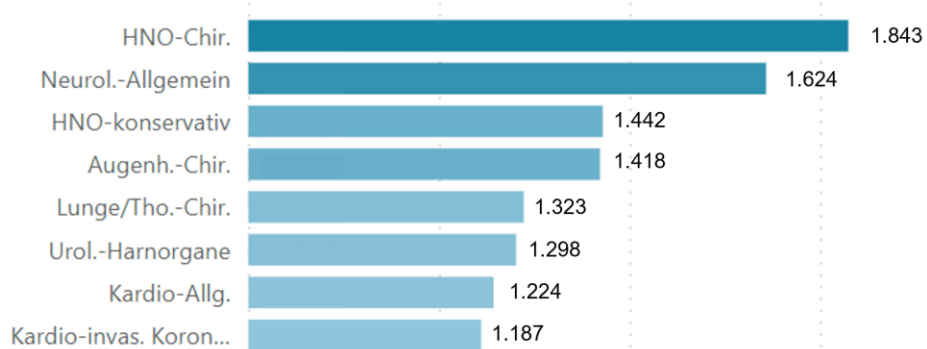
Ambulantes Potential in Betten



Ambulantes Potential in Betten (Top 5 MDC)



Ambulantes Potential in Tagen der Leistungsgruppen



Prozeduren (amb. Fälle)

OPS Gruppe	FZ	Anzahl OPS Codes
CT (Computertomographie)	2.354	6.023
Untersuchung einzel. Körpersyst.	2.145	4.654
Diagn. Endoskopie	1.623	2.567
Strahlentherapie, nuklearmed. Therapie u. Chemotherapie	1.284	2.452
Zusatzinfo. zu bildgeb. Verfahren	1.222	2.845
Zusatzinfo. zu OPs	1.130	1.876
Biopsie oh. Inzision	1.051	1.211
Anästhesie u. Schmerztherapie	864	882
Gesamt	11.547	35.189

Fachabteilung

Alle

Jahr

2022

Quartal

Alle

CMI Gruppen

Alle

Notfall/Elektiv

Alle

Beatmet ja/nein

Alle

Partition

Alle

Aufnahmeart

Alle

Entlassart

Alle

Altersgruppe

Alle

Handlungsfeld

Alle

Prozeduren

Alle

Diagnose

Alle

MDC/KLG/DRG

Alle

Nach erfolgter Analyse des ambulanten Potenzials muss das weitere Vorgehen hier festgelegt (1)



- Klärung inwieweit die Kapazitäten mit stationären, medizinisch und ökonomisch interessanten Patienten aufgefüllt werden können, wenn Patienten, die ambulant versorgt werden sollen aus dem stationären Setting eliminiert werden
- Deutlicher Erlösrückgang bei undifferenzierter Umsetzung des Ambulantisierungspotential
- Ambulante Behandlung initial nur von Patienten, die eine negative Prüfquote des medizinischen Dienstes haben, oder wo initial die Rechnung mit dem Vermerk „ambulant zu erbringen“ nicht bezahlt wird
- Berechnung der notwendigen Raumressourcen, umso mittels optimierter Abläufe wettbewerbsfähig dieser Patienten ambulant oder tagesklinisch versorgen zu können
- Überlegung, inwieweit sektorübergreifende Versorgung an einer stationären Einrichtung unabhängig von der zu erwartenden Levelteilung durchführt werden kann

Nach erfolgter Analyse des ambulanten Potenzials muss das weitere Vorgehen hier festgelegt (2)

- Analyse der niedergelassenen Kollegen, um diese anzuschreiben und herauszufinden inwieweit sie bereit wären sich in ein zu definierendes ambulantes Setting im Sinne eines Ärztehauses mit Interventionsbereich und Operationsbereichen einzubringen
- Bei bestehenden MVZ-Strukturen an dem Haus → Versuch der Bündelung all dieser Bereiche in einem ambulanten Setting
- verbesserte Wirtschaftlichkeit, durch gemeinsame Nutzung diagnostischer Bereiche (z. B. Radiologie, Labor)
- Überlegung, der Darstellungsmöglichkeit einer solchen Struktur in einem attraktiven, überregionalen Versorgungsgesundheitszentrum → Hierbei sind unbedingt die Fördermittelquoten für die einzelnen Bundesländer zu betrachten
- In der letzten Woche wurde das Transparenzgesetz verabschiedet und mit einem Volumen von 50 Milliarden hinterlegt

Ohne eine sinnhafte medizinische Risikoadjustierung ist ein Ranking der Qualität der Krankenhäuser de facto nicht möglich

- Der Wunsch mit Routinedaten die Behandlungsqualität messen zu können, ist kein einfaches Unterfangen und muss entsprechend einer differenzierten Methodik und begleitet von biometrischen Analysen, durchgeführt werden
- Durch das Krankenhaustransparenzgesetz und der Wille gute Qualität besser zu vergüten, hat dieser Punkt noch einmal deutlich an Bedeutung gewonnen

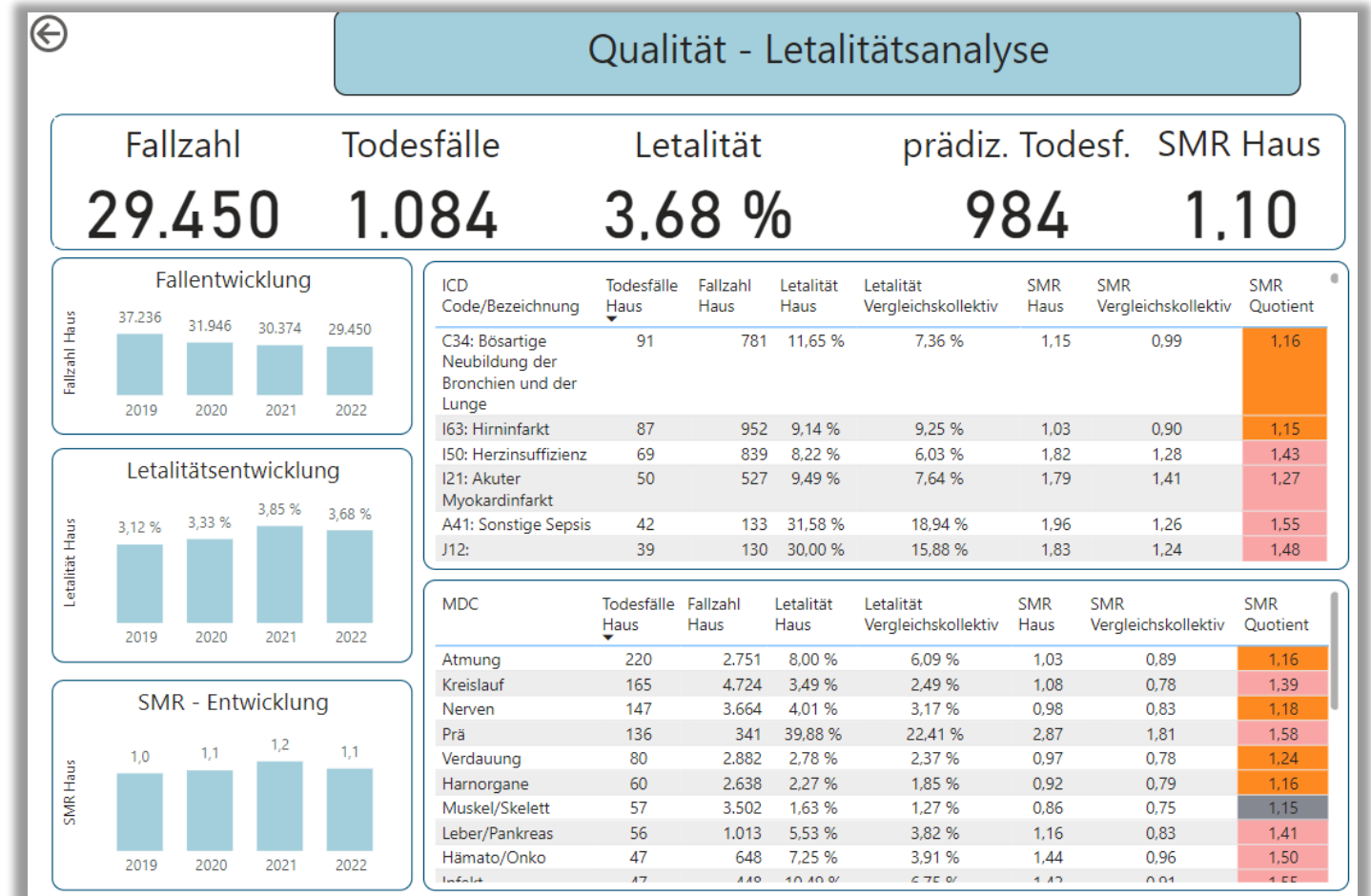
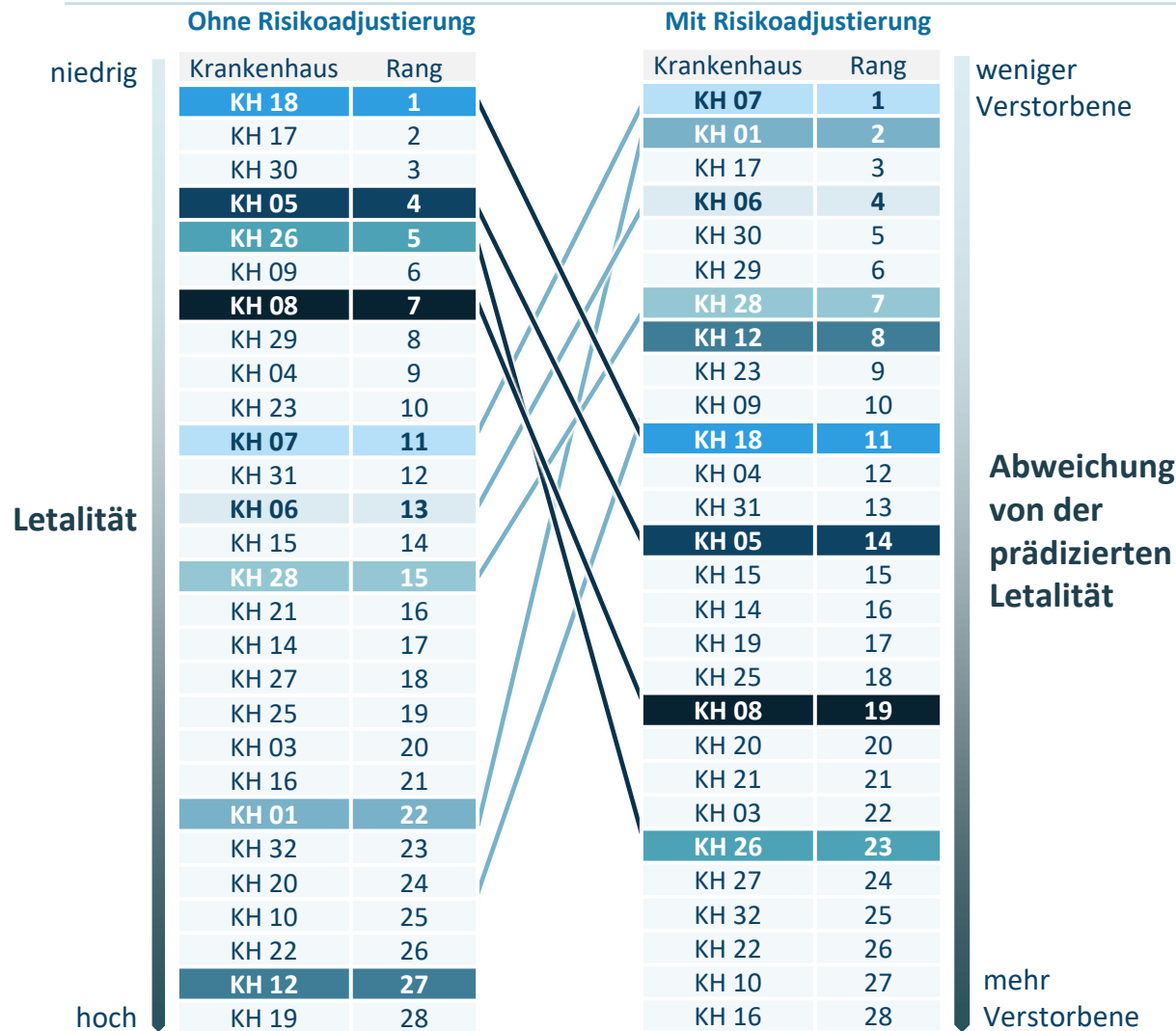


Abb. 1: Qualitätsdashboard

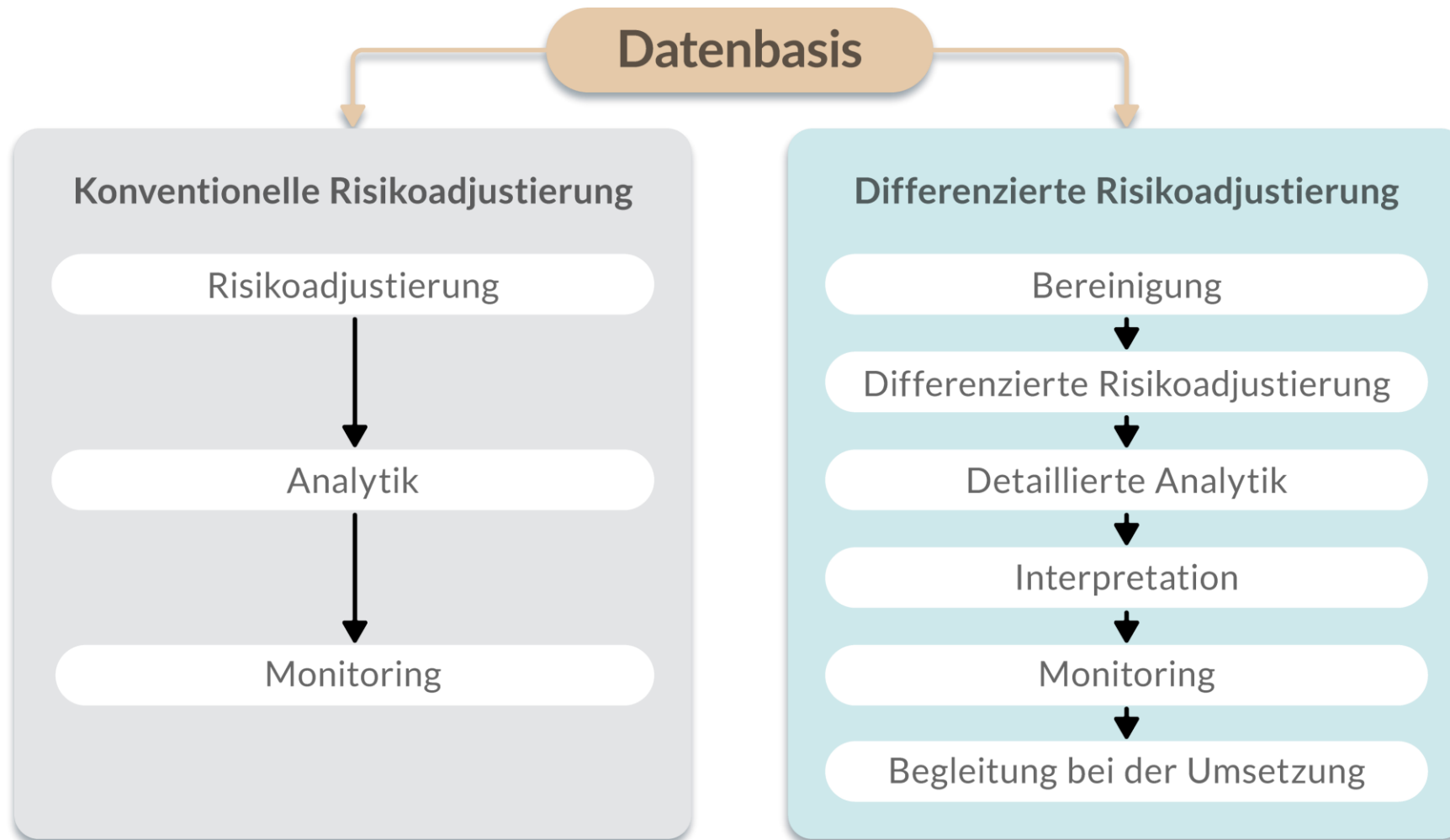
Bewertung ohne und mit Risikoadjustierung



Low outlier surgical services for 30-day mortality before and after risk adjustment

(Khuri et al., Annals of Surgery 1998; 228; 4: 491ff)

- Das Fehlen der Risikoadjustierung hat hohes Fehlinterpretationspotenzial!
- Ohne Risikoadjustierung kann die tatsächliche Letalität nicht als Qualitätsindikator verwandt werden



Combined Comorbidity Score (Gagne et al. 2011)



Komorbiditäts-Gewichte in Abhängigkeit von bestimmten Nebendiagnosen

Kondition	Gewicht
HIV/AIDS	-1 ^A
Hypertonie	-1 ^A
Alkoholmissbrauch	1
Chronische Lungenerkrankung	1
Flüssigkeits- und Elektrolytstörung	1
Gerinnungsstörung	1
Hemiplegie	1
Herzrhythmusstörung	1
Jeglicher Tumor	1
Komplizierte Diabetes	1

Kondition	Gewicht
Lebererkrankung	1
Lungenzirkulationsstörung	1
Mangelanämien	1
Periphere Gefäßstörung	1
Psychose	1
Demenz	2
Gewichtsverlust	2
Herzinsuffizienz	2
Nierenversagen	2
Metastatisch bösartige Neubildung	5

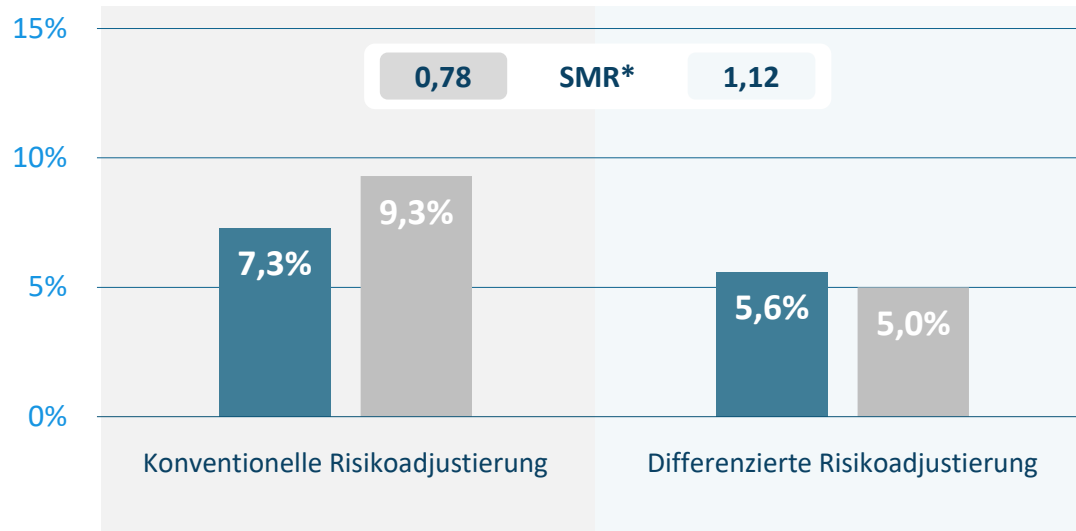
➤ Die Summe aller Gewichte ergeben den Komorbiditäts-Score eines Patienten

^A the coefficients for these conditions in the multivariable model were slightly less than zero.

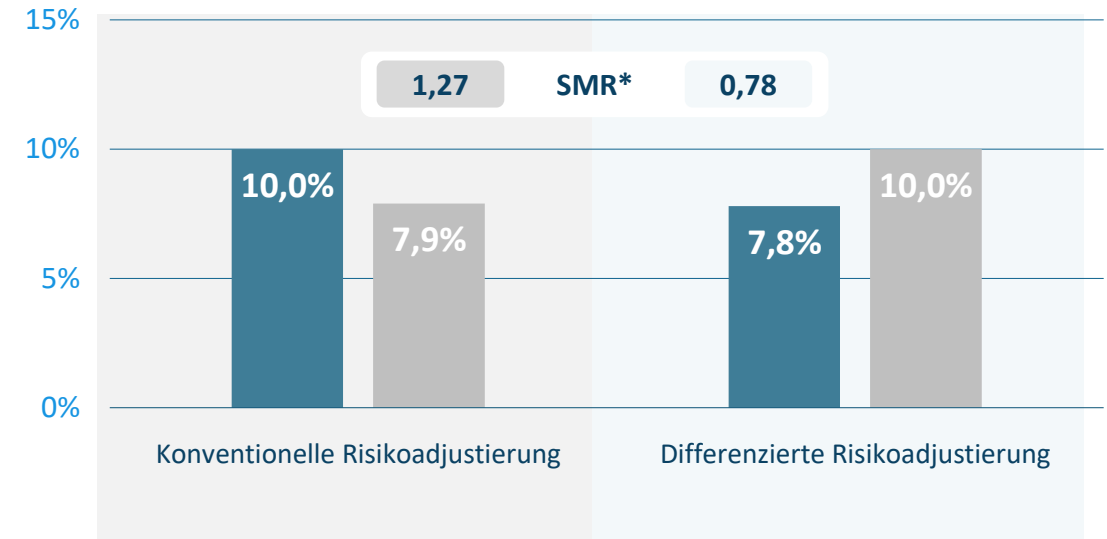
Differenzierte Risikoadjustierung (Beispiel-Krankenhaus)



Myokardinfarkt



Apoplexie



■ tatsächliche Letalität ■ prädizierte Letalität

*SMR (standardisierte Mortalitätsrate): tatsächliche Letalität / prädizierte Letalität

Die Behandlungsqualität wird bei Myokardinfarkten nach konventioneller Risikoadjustierung als überdurchschnittlich positiv, bei Apoplexie überdurchschnittlich negativ bewertet.

Nach einer differenzierten Risikoadjustierung ergibt sich ein grundlegend anderes Bild und die Behandlungsqualität kann sachgerecht bewertet werden.

- Weiterentwicklungschancen bei einer differenzierten Analyse und Betrachtung der Markt- und Wettbewerbssituation und einer entsprechenden Bewertung der Schwerpunkte und Schwächen des Standortes
- sowohl medizinisch wie auch wirtschaftliche Weiterentwicklung durch Konzentration der Leistungen an den Standorten durch steigende Serienlänge (Versagen der Erbringung von Leistungsbereichen anderer Standort)
- Verhinderung von Problemen bei der Patientenbehandlung durch eine sektorübergreifende Versorgung

- Wirtschaftlichkeit: im Durchschnitt sind 34 % der anfallenden Kosten nicht durch die Erlöse gedeckt
- keine Infrastruktur in ausreichendem Maß vorhanden, um eine hohe Anzahl von Patienten ambulant versorgen zu können
- Nach der MedAdvisors-Systematik zur Identifikation von potenziell ambulant sensitiven Patienten reden wir im Regelfall über eine Reduktion der stationären Fälle um ca. 15 %, bei Maximalversorgern und Universitätsklinika betrifft das eine Menge von ca. 12.000-18.000 Patienten
- Da die Qualität einen immer größeren Stellenwert bei der Zuweisung von Leistungsgruppen bekommen wird, ist ein Risiko bei nicht hochqualitativer Versorgung der Patienten vorhanden
- Personalmangel

- Um den zu erwartenden gesetzlichen Regelungen der Krankenhausplanung gerecht zu werden ist eine differenzierte Analyse des Leistungsgeschehens und des Umfeldes notwendig
- Aufgrund der deutlich verringerten Vergütung von ambulanten Leistungen (EBM) müssen die Prozesse und die Abläufe angepasst werden
- Das zu erwartende Gesetz kann zu Chancen für stationäre Leistungserbringer durch Konzentration von Leistungen führen
- Eine intensive Zusammenarbeit mit anderen Partnern (Sektorübergreifend) zur Erfüllung der notwendigen Grundvoraussetzungen ist schon jetzt notwendig
- Eine differenzierte risikoadjustierte Qualitätsmessung sorgt für Transparenz bei der Beurteilung der Behandlungsqualität und kann für Diskussionen mit den Planungsbehörden hilfreich sein



PROF. DR. MED. CLAUS BARTELS

Geschäftsführer

Tel. +49 40 18 02 44-000

Mob. +49 171 6410471

claus.bartels@medadvisors.de

MedAdvisors GmbH
Straßenbahnring 3
20251 Hamburg

Tel. +49 (0)40 18 02 44-000
Fax +49 (0)40 18 02 44-099
info@medadvisors.de