



©Olivia - stock.adobe.com

Morbidität als relevanter Faktor

Möglichkeiten und Grenzen für die Leistungsstrategie eines Krankenhauses

Von Dr. Matthias Wokittel und Linda Harzen

Der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses hängt davon ab, das zukünftige Leistungsgeschehen weitestgehend genau und qualitätsgesichert zu planen. Dies betrifft vor allem die Fälle, die Fallschwere und die damit verbundene Verweildauer. Diese Faktoren bestimmen die benötigten Kapazitäten – egal, ob die Nutzungen im Rahmen eines Neubausprojekts oder innerhalb eines Bestandsgebäudes geplant werden sollen. Eine weitere große Rolle werden diese Faktoren auch im Rahmen der geplanten Gesundheitsreform haben. Nach vorläufigen Informationen will das Bundesministerium für Gesundheit nach Austausch mit den Ländern eine Verteilung der Leistungsgruppen auf die Krankenhäuser vornehmen. Dafür ist es erforderlich, dass die Krankenhäuser die jeweiligen Qualitätsanforderungen erfüllen. Damit die Qualitätsziele erreicht werden können, muss die Transparenz der Krankenversorgung erhöht werden.

Die Steuerung der kapazitätsbeeinflussenden Faktoren hat das Krankenhaus nur zum Teil in der eigenen Hand. So kann es zum Beispiel durch

Leistungsschwerpunkte in bestimmten Fachabteilungen die Fallschwere beeinflussen. Andere Faktoren entziehen sich der Steuerung durch das Krankenhaus und müssen als gegeben in die strategische Planung eingeflochten werden. Hierzu zählt auch die Morbidität.

Der Begriff Morbidität beschreibt in der Epidemiologie die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe. In der strategischen Planung eines Krankenhauses ist im Rahmen der Morbidität die stationäre Behandlungshäufigkeit („Krankenhaushäufigkeit“) der verschiedenen Erkrankungen zu betrachten. Aufschluss über die Krankenhaushäufigkeit bestimmter Erkrankungen in Deutschland gibt die ICD-Statistik des statistischen Bundesamtes. Diese bot bisher eine recht solide Möglichkeit, aus den vergangenheitsbasierten Werten eine Prognose zu erstellen (►Abb. 1).

In vielen Krankenhäusern und Kliniken stimmen die Berechnungen, die mithilfe der ICD-Statistik erstellt wurden, mittlerweile jedoch nicht mehr oder sind zu ungenau. Diese offen-

Um ein Krankenhaus effizient und wirtschaftlich erfolgreich zu betreiben, ist es unabdingbar, die Kapazitäten und Bettenauslastungen so exakt wie möglich zu berechnen. Neben der Morbidität spielen Demografie, das ambulante Potenzial des jeweiligen Krankenhauses sowie individuelle strategische Ziele eine Rolle für eine aussagekräftige zukünftige Leistungsplanung. Seit einigen Jahren sind keine Steigerungen bzw. sogar auffällige Rückgänge der Morbiditätsrate zu beobachten. Die Leistungsplanungen erfolgen jedoch zumeist weiterhin auf Basis der Standardwerte der Vorjahre. Neben der Betrachtung der Einflussfaktoren auf die Leistungsplanung und deren Verknüpfung untereinander werden die Schwächen des bisherigen Umgangs mit den statistischen Daten zur Berechnung der Morbiditätsrate beleuchtet und mit einem Rechenbeispiel untermauert.

Keywords: Krankenhausplanung, Strategie, Demografie

sichtliche Diskrepanz, die in den letzten Jahren zwischen Leistungsplanung und tatsächlichem Fallaufkommen immer stärker wurde, hängt mit mehreren Faktoren zusammen, welche die Zuverlässigkeit solcher Prognosen auf Basis bestehender Berechnungsverfahren infrage stellen: ►

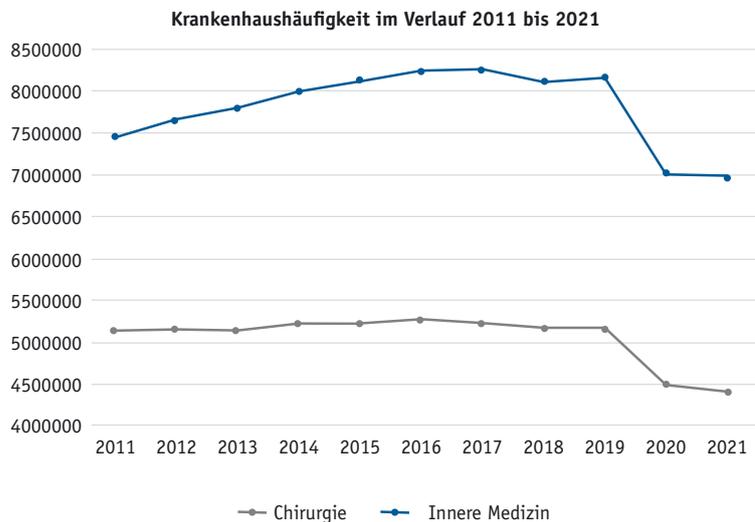


Abb. 1: Krankenhaushäufigkeit im Verlauf 2011 bis 2021 (Quelle: ICD Diagnosedaten Destatis)

- Bis zum Jahr 2016 konnte jährlich von einer 1- bis 1,5-prozentigen Steigerung der stationären Fälle im Durchschnitt über alle Fachbereiche hinweg ausgegangen werden. Seitdem sind keine Steigerungen bzw. sogar Rückgänge zu beobachten. Die Abbildung 1 zeigt den Verlauf der Krankenhaushäufigkeit exemplarisch für die chirurgischen Fächer sowie für die Fächer der Inneren Medizin.
- Der rückläufige Trend in den stationären Behandlungen wurde durch die Corona-Pandemie deutlich verstärkt. Hier zeigen alle Fachdisziplinen deutliche Einbrüche. In den chirurgischen Fächern lag der Einbruch bei 13,23 Prozent im Jahr 2020 und in den Fächern der Inneren Medizin bei 13,87 Prozent. Im Jahr 2021 setzen sich die Fallzahlrückgänge in beiden Fachdisziplinen – wenn auch in wesentlich geringerer Höhe – fort. Aufgrund des zeitlichen Verzugs der statistischen Daten sind noch keine Daten für das Jahr 2022 verfügbar. Die derzeitige Erfahrung in der Krankenhauslandschaft zeigt jedoch, dass trotz wieder ansteigender Fallzahlen wohl keine Fallzahlen wie vor der Pandemie mehr erreicht werden.
- Die Ambulantisierung der medizinischen Leistungen schreitet stetig voran und gilt als ausdrücklicher politischer Wille.

Einflussfaktoren auf die Planung der zukünftigen Fallzahlen

Neben der Morbidität nehmen die demografische Entwicklung, das ambulante Potenzial des jeweiligen Kran-

kenhauses sowie individuelle strategische Ziele eine zentrale Rolle für eine aussagekräftige zukünftige Leistungsplanung ein.

Die demografische Entwicklung ist an vielen Stellen eng mit der Morbidität verknüpft. So werden beispielsweise Diagnosen wie Diabetes Typ II in einer alternden Bevölkerung häufiger auftreten.

Die derzeit so viel diskutierte Ambulantisierung der medizinischen Leistungserbringung hat im Bereich der strategischen Leistungsplanung gleich doppelten Einfluss. Zum einen ergibt sich durch das wegfallende ambulante Potenzial ein direkter Einfluss auf die Leistungsplanung. Diese Fälle dürfen zukünftig nicht mehr, oder nur noch unter besonderen Voraussetzungen, stationär erbracht werden und sind somit nicht mehr in der stationären Leistungsplanung zu berücksichtigen. Einen indirekten Einfluss hat die Ambulantisierung auf die Morbiditätsrate. Bereits in den vergangenen Jahren wurde ein Trend zur Ambulantisierung deutlich und schlug sich somit auch schon in den stationären Behandlungshäufigkeiten nieder. Aufgrund der derzeit unklaren Sachlage bzgl. der weiteren Entwicklung zur Umsetzung des IGES-Gutachtens ist es schwer, eine Abschätzung zum ambulanten Potenzial und auch zum weiteren Einfluss auf die Morbiditätsrate vorzunehmen. Das IGES-Gutachten, das weitreichend die Ambulantisierung der Medizin angetrieben hätte, wurde im AOP-Katalog 2023 bisher nur sehr unvollständig umgesetzt. Es

muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Kriterien des IGES-Gutachtens in näherer Zukunft angewendet werden müssen. Dadurch sind weitere Rückgänge in der stationären Krankenhaushäufigkeit zu vermuten.

Als letzter Einflussfaktor der strategischen Leistungsplanung seien die strategischen Ziele des jeweiligen Krankenhauses erwähnt. Hier sollte bewusst entschieden werden, wie ein Leistungsspektrum aussehen soll und mit welchen Ressourcen (Personal, Räumlichkeiten, Geräte etc.) es dann auch erbracht werden kann. Dieser Punkt gewinnt vor dem Hintergrund der derzeit in Arbeit befindlichen Krankenhausreform an besonderer Bedeutung. Zukünftig wird ein Krankenhaus mit hoher Wahrscheinlichkeit nur noch diejenigen Leistungsgruppen erbringen dürfen, für die es auch die entsprechenden Qualitätsanforderungen erfüllt. Es gilt, zukünftig innerhalb dieser eventuell eng gesteckten Grenzen seinen eigenen Schwerpunkt herauszuarbeiten.

Rechenbeispiel

Anhand eines Rechenbeispiels soll die Auswirkung unterschiedlichen Umgangs mit den statistischen Daten zur Berechnung der Morbiditätsraten auf die Fallzahlplanung aufgezeigt werden. Zur Verdeutlichung des Effekts der Morbidität wurden in der Planung alle anderen Einflussfaktoren nicht berücksichtigt.

Das fiktive Beispiel geht von einem kleinen Grund- und Regelversorger mit den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie und Geburtshilfe aus. Das Fallzahlvolumen beträgt 10.000 Fälle.

Die morbiditätsbedingte Fortschreibung der Fallzahlen konnte bisher auf Grundlage der durchschnittlichen Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit pro Jahr aus den Vergangenheitswerten erfolgen. Hier besteht die Möglichkeit, die Entwicklung der jeweiligen Fachabteilung insgesamt zu betrachten oder die Morbiditätsrate der einzelnen im betreffenden Krankenhaus erbrachten Diagnosen zu berechnen. Ersteres lässt sich gut für Fachabteilungen mit einem im Vergleich zum Markt typischen Leistungsspektrum anwenden. Unterscheidet sich die Abmischung des eigenen Leistungsspektrums jedoch deutlich vom Markt, sollte auf eine diagnosebezogene Be-

Fachabteilung	IST 2022	Morbidität	Plan 2023	Plan 2024	Plan 2025	Plan 2026	Plan 2027
Innere Medizin	5.000	-0,64%	4.968	4.936	4.905	4.873	4.842
Chirurgie	3.500	-1,45%	3.449	3.399	3.350	3.302	3.254
Gynäkologie & Geburtshilfe	1.500	-0,001%	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Gesamt	10.000		9.917	9.836	9.755	9.675	9.596

Abb. 2: Fallzahlprognose auf Datenbasis 2011–2021

Fachabteilung	IST 2022	Morbidität	Plan 2023	Plan 2024	Plan 2025	Plan 2026	Plan 2027
Innere Medizin	5.000	1,21%	5.060	5.121	5.183	5.246	5.309
Chirurgie	3.500	0,04%	3.502	3.503	3.505	3.506	3.508
Gynäkologie & Geburtshilfe	1.500	0,68%	1.510	1.520	1.531	1.541	1.551
Gesamt	10.000		10.072	10.145	10.219	10.239	10.368

Abb. 3: Fallzahlprognose auf Datenbasis 2011–2019

rechnung der Morbiditätsrate zurückgegriffen werden. Im Rechenbeispiel wird zur Vereinfachung die erste Variante gewählt.

Berücksichtigt man die bei Destatis zur Verfügung stehenden Diagnosedaten der Jahre 2011 bis einschließlich 2021, ergibt sich p.a. für die Innere Medizin eine morbiditätsbedingte Fortschreibungsrate von -0,64 Prozent, für die Chirurgie von -1,45 Prozent und für Gynäkologie und Geburtshilfe von -0,0001 Prozent. Diese negative Entwicklungstendenz ist vor allem dem einmaligen Einbruch der Fallzahlen im Jahre 2020 durch die Corona-Pandemie geschuldet (► Abb. 2).

Die Schwächen dieser Vorgehensweise stellen sich wie folgt dar:

Allgemein:

- Es handelt sich um eine retrospektive Datenbasis, die für die Prognose genutzt wird.
- Bei dieser Vorgehensweise mit bundesdeutschen Daten wird eine homogene Verteilung der Diagnosen über das gesamte Bundesgebiet angenommen. Erkrankungshäufigkeiten und damit auch Krankenhaushäufigkeiten bestimmter Diagnosen unterscheiden sich jedoch teils regional. Diese Schwäche ist vor dem Hintergrund des Gesetzes der großen Zahlen jedoch hinnehmbar.

Einmaleffekte:

- Die Datenbasis des statistischen Bundesamts weist einen Verzug von zwei Jahren auf, sodass derzeit keine Entwicklung nach 2021 dargestellt werden kann. Die Erfahrung der ENDERA-Gruppe in der Krankenhauslandschaft deutet auf eine Erholung des Fallzahlvolumens in den Jahren 2022 und 2023 hin, je-

doch nicht in dem Umfang, dass das Niveau des Jahres 2019 erreicht werden könnte. Eine Quantifizierung dieser „Erholung“ ist derzeit nicht seriös möglich.

- Die Einmaleffekte wie die Corona-Pandemie haben großen Einfluss auf die Datenbasis.

Aus den Schwächen der Analyse – vor allem aufgrund der Einmaleffekte – ist zu vermuten, dass ein so berechnetes Fallzahlvolumen als sehr konservativ bis hin zu „das Potenzial unterschätzend“ zu werten.

Um die Einmaleffekte der Corona-Pandemie zu eliminieren, wurde das Beispiel einmal nur auf der Datenbasis der Jahre 2011 bis 2019 gerechnet. Hier ergeben sich für alle drei Fachbereiche positive Entwicklungen der Fallzahlen durch die Morbidität (► Abb. 3).

Die Berechnung auf Grundlage der Jahre 2011 bis 2019 überschätzt jedoch höchstwahrscheinlich das potenzielle Fallzahlwachstum, da wie bereits erwähnt das Fallzahlvolumen aus 2019 allgemein nicht mehr erreicht werden wird.

Fazit

Rein auf Grundlage der Diagnosestatistik des statistischen Bundesamts lässt sich, wie im Rechenbeispiel zu sehen, keine seriöse Abschätzung der morbiditätsbedingten Entwicklung der Fallzahlen mehr erstellen. Die Gründe hierfür sind die allgemeinen Schwächen der statistischen Daten sowie die darin enthaltene Einmaleffekte. Bezüglich der Einmaleffekte der Corona-Pandemie wird die Datenbasis erst im Jahr 2025 wieder gut verwendbar sein, da dann auch die Diagnosedaten der

Jahre 2022 und 2023 vorliegen und somit die Entwicklung nach der Corona-Pandemie quantifiziert werden kann. Bis dahin ist bei der morbiditätsbedingten Fallzahlplanung individuelles Fingerspitzengefühl gefragt. ■



Dr. Matthias Wokittel
Geschäftsbereichsleitung Strategie,
Sanierung & IT
ENDERA Managementberatung GmbH
Wilhelmstr. 26
53721 Siegburg
m.wokittel@endera-gruppe.de

Linda Harzen
Consultant
ENDERA-Gruppe GmbH
Wilhelmstr. 26
53721 Siegburg
l.harzen@endera-gruppe.de