



Ambulantisierung der Medizin: Strategien für das Krankenhaus

Kassel, den 10.09.2024

Dr. Christian Taube, MBA

Das skbs – Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH

- Drei Standorte
- 1499 Planbetten
- 4.780 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- 21 Kliniken
- 50.000 stationäre Patienten
- 200.000 ambulante Patienten
- 430 Mio. € Umsatz
- 5 Tochtergesellschaften, darunter die **skbs.digital** als Innovationsgesellschaft



Spitzenmedizin (noch) an 3 Standorten:



Salzdahlumer Straße



Holwedestraße



Celler Straße

Agenda:

- Grundlegendes Selbstverständnis in der Krankenhaussteuerung
- Implikationen aus der Medizinstrategie eines Großklinikums
- Motive für strategische Handlungsoptionen
- Verbindungen in den ambulanten Bereich: Risiken und Chancen
- Implikationen für die Krankenhausplanung

Grundlegendes Selbstverständnis in der Krankenhausentwicklung

1. Strategie



- Unternehmensstrategie
- Medizinstrategie incl. Marktanalyse
- Wirtschaftlichkeits-/Kosten-Nutzen-Analyse

2. Prozesse



- Prozessdefinition
- Aufbauorganisation
- Ressourcenplanung
- Krankenhauslogistik

3. Planung



- Konzeptionelle Masterplanung einschließlich Etappierung
- Ausführungs- und Umsetzungsplanung

4. Umsetzung



- Inbetriebnahme
- Change Management
- Qualitätsmanagement

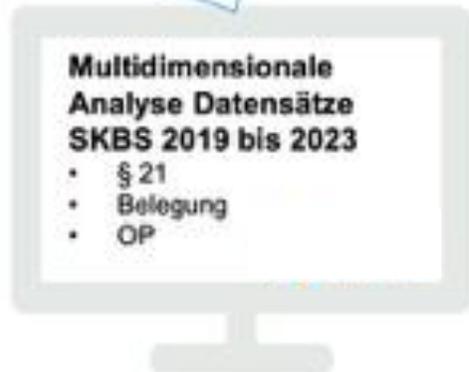
Entwicklung der Medizinstrategie eines Großklinikums I



Entwicklung der Medizinstrategie eines Großklinikums II

Die Grundlage der Prüfung und Herleitung der Medizinstrategie bilden 280 Leistungsgruppen und 12 Dimensionen

Die Kennzahlen fließen in ein zentrales Analyse-, Simulations- & Steuerungstool ein



215 Leistungsgruppen (Dienstleister) sowie 65 NRW Leistungsgruppen in 12 Dimensionen



Diskussion und Validierung mit Leistungserbringern Management

Szenariendarstellung

Szenario 1



Fortschreibung Ist

Szenario 2



Forcierte Optimierung

Herleitung auf Einzelfallebene mit Simulation von Portfolio, Erlösperspektive und Kapazitätsbedarf

Portfolioentwicklung	Erlöse
Kapazitäten	Prozesse
AOP 2024/GES	Hybrid DRGs
Wettbewerber	Strukturveränderungen
Marktanteil	Regionaler Versorgungsbedarf
Med. Innovationen	Demografie

Entwicklung der Medizinstrategie eines Großklinikums III

Übergeordnete Annahmen:

- Versorgungsauftrag für Braunschweig und angrenzende Landkreise
- Sicherstellen bestehender und zu erwartender Mindestmengen
- Absicherung komplexer Leistungsgruppen im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform
- Aufsatzjahr (Cave Corona)
- Zieljahr (z.B. + 5 J)
- Bzgl. Ambulantisierung: spezifische Annahmen je Leistungsgruppe
- Verweildauerziel im Bereich der Inlier von INEK -10%
- Annahmen Bettenbedarf: 85% Bettenauslastung
- OP:
 - 90% in RAZ
 - 8h RAZ je Tag
 - 50% Anteil SNZ
 - 250 Arbeitstage

Motive für strategische Handlungsoptionen im ambulanten Markt, je nachdem, wen man fragt:

- Versorgungsauftrag
- „Die wollen wir gar nicht, wir wollen Hochkomplexes, wir wollen Level X“
- Einweiser-Management
- Ausbildungs-Aspekte
- Die PE von heute ins die LE von morgen
- „Sie haben es reingebaut, Sie müssen es auch wieder rausholen“

Verbindungen in den ambulanten Bereich? MVZ-Gründung?

Risiken	Chancen
Niedergelassene als Hausgewächse, die im Streit gegangen sind	Einweiser-Pflege: <ul style="list-style-type: none">- Kommunikation- Briefe- Fortbildungen-...
MVZ-Bildung: Bedrohung für die Niedergelassenen; Beziehungen zur KV	Mangel an Niedergelassenen -> Preise für Praxiskäufe fallen, KV-Sitze zu sinkenden Preisen (Allgemeinmed. zum Nulltarif)
	Chance für Kliniker mit Niederlassungsambitionen, Trainingsfeld

Erhebliche Chancen in Fallsteuerung und Personalgewinnung

Zusammenfassung Strategie bzgl. Ambulantisierung

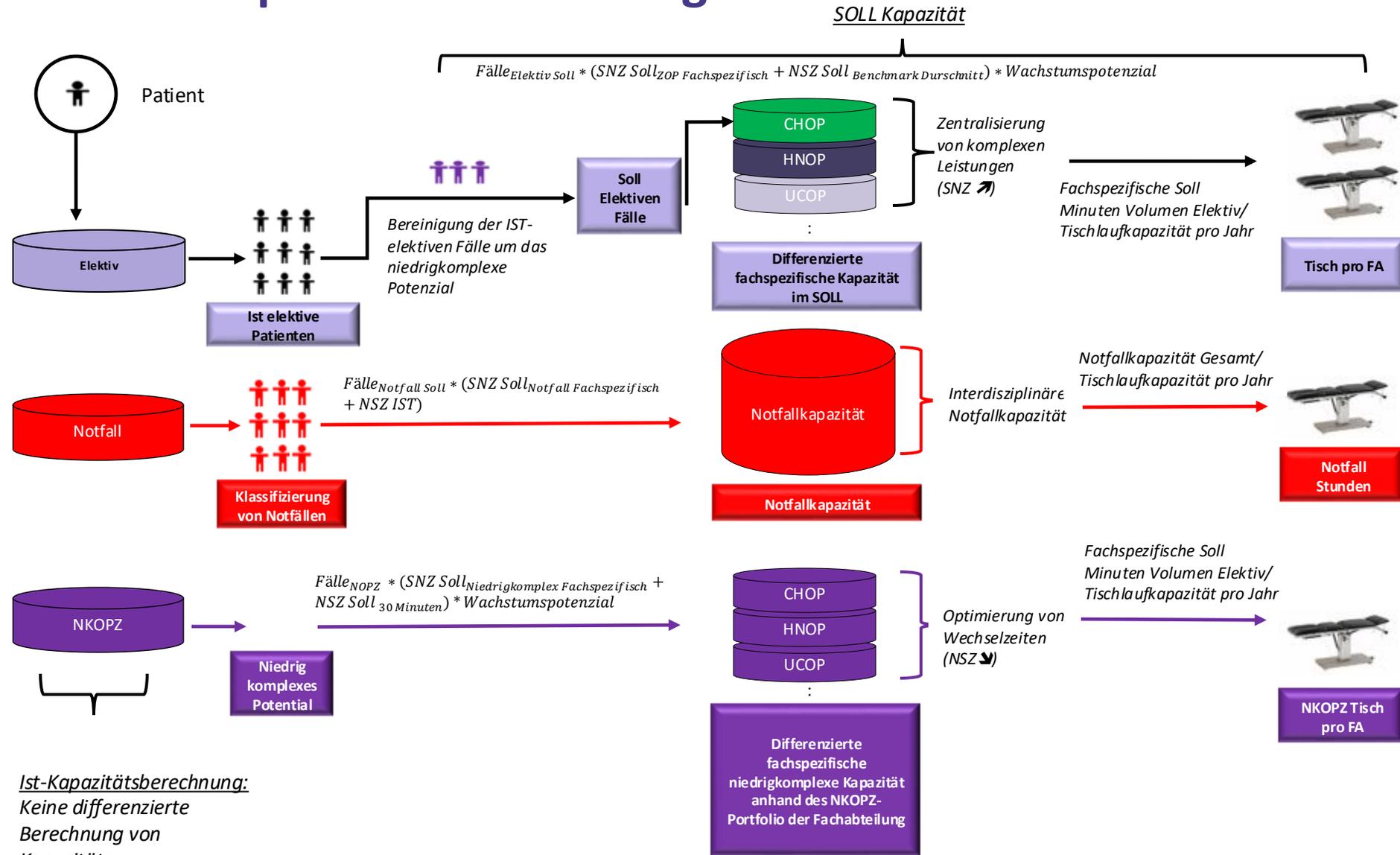
1. Kernfragen der Unternehmensanalyse:

- Welchen Anteil aktueller niedrigkomplexer Interventionen/Operationen
 - will und werde ich behalten?
 - will und kann ich loswerden? Was kriege ich dafür?
- Welchen Anteil niedrigkomplexer Interventionen/Operationen brauche ich noch, damit ich mein Zielportfolio – auch stationär – anbieten kann

2. Kernfrage der Marktanalyse:

- Wohin gehen die Patienten, die nicht zu mir kommen?
- Welchen Anteil der Patienten kann ich realistisch erwarten?

Systematik der Kapazitätsberechnung



Synergien mit Interventionen? Analog kalkulieren!

Gemeinsame Ansprüche und Voraussetzungen an ambulante/niedrigkomplexe Medizin

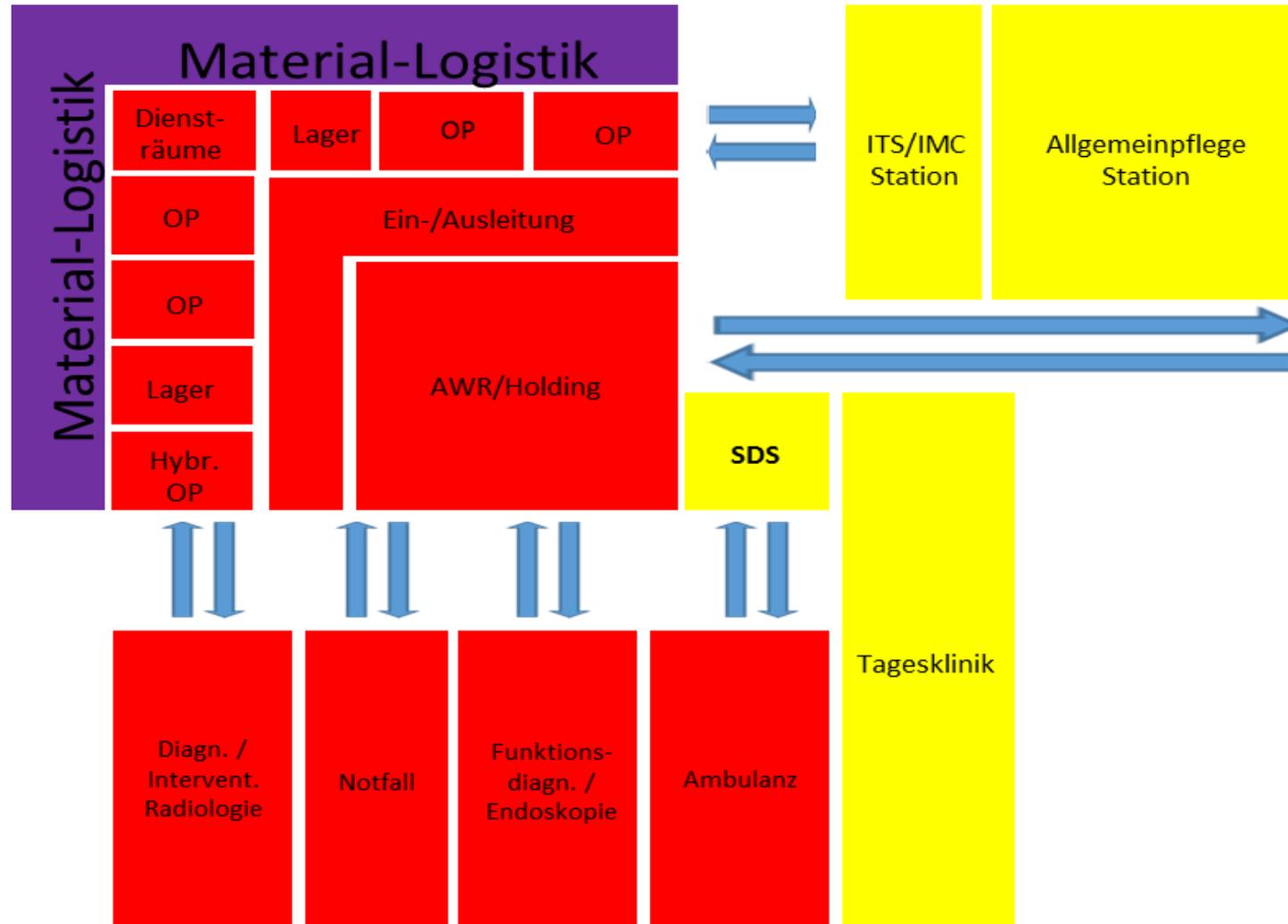
Voraussetzungen

- Ausreichend vitaler/vigilanter Patient
- Standardisiertes Vorgehen
- Überschaubarer Materialaufwand
- Überschaubare Zeit (z.B. < 60 min.)

Ansprüche

- SDS-Bereich (admin. Steuerung, Umkleide, „Schrank“ für stationären Aufenthalt)
- Holding
- Aufwachraum/post-interventionelle Überwachung
- Lounge, Entlassungsraum

Vergleichbare Prozesse finden und Synergien schaffen:



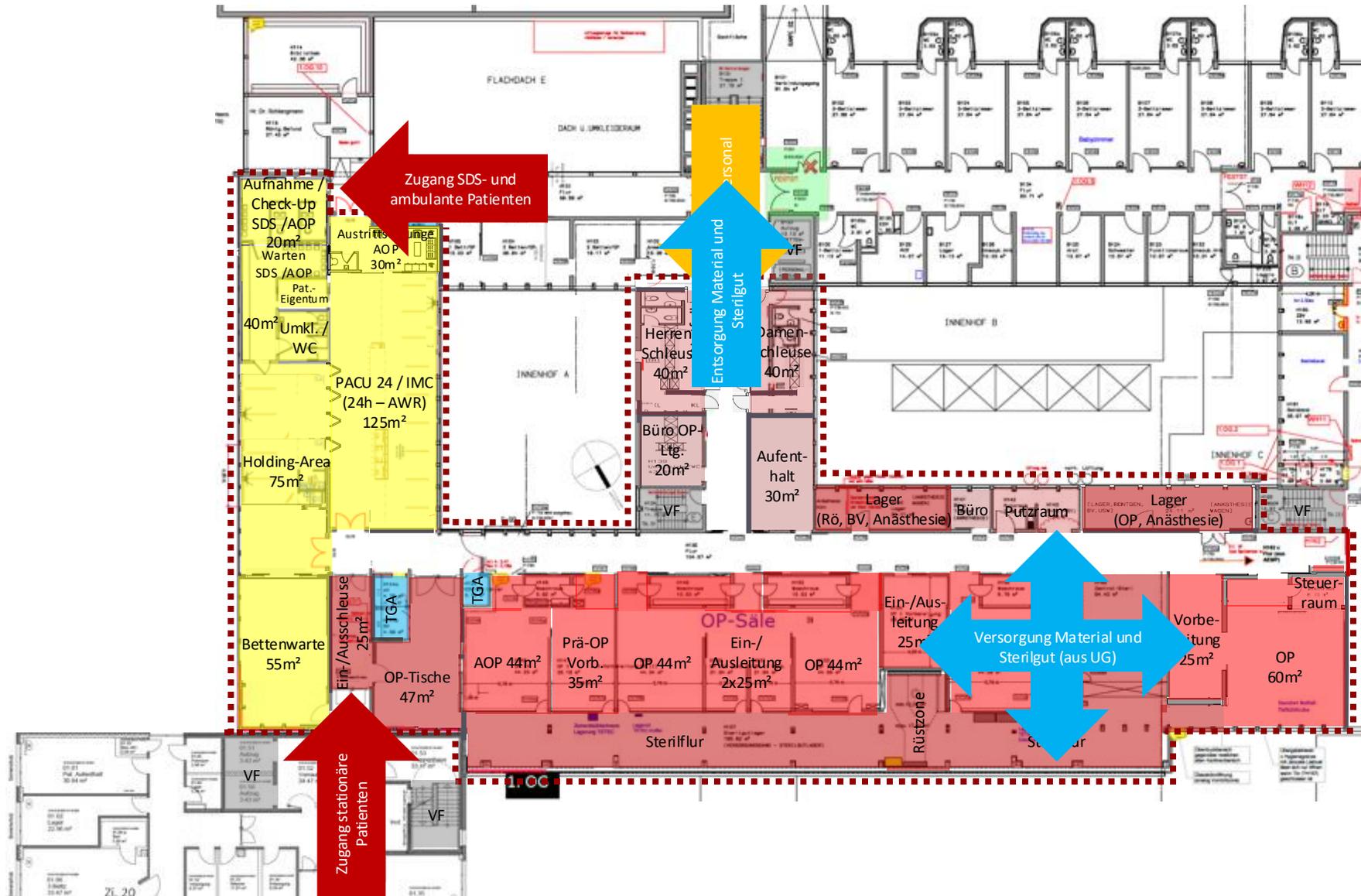
Entkernung und Synergie-Hebung



Challenge 2: OP-Weiterung und A-OP-Entwicklung



Planung



- Trennung von stationären und AOP-/SDS-Patienten
- Aber längere Wege für den amb./SDS-Pat. im EG und 1. OG

Zusammenfassung:

- Zunächst: Strategie! Definition des niedrigkomplexen Portfolios an OP- und Interventionen im Kontext der Gesamtstrategie
- Klärung des Umgangs mit ambulanten Leistungsanbietern. MVZs?
- Ambulantes oder Niedrigkomplexes Leistungszentrum?
- Betriebsorganisationsplanung: Campusordnung! Prozessuale Synergien definieren.
- Kalkulation der erforderlichen Ressourcen in allen Dimensionen:
 - OP-Interventionsräume
 - SDS-Funktion mit Holding
 - AWR/PACU – Funktion
 - Personal
 - Logistikwege
- Etappierungsplanung



Ich freue mich auf die Diskussion