
Integrierte Versorgung: Krankenhäuser verschenken Zukunftschancen

Dr. Gerald Schnell / Jörg Krütten

SIMON ♦ KUCHER & PARTNERS

Strategy & Marketing Consultants

**Bonn ♦ Boston ♦ Frankfurt ♦ London
Mailand ♦ München ♦ Paris ♦ Tokio
Warschau ♦ Wien ♦ Zürich**

Konsolidierung im Krankenhausmarkt

Der Krankenhausmarkt befindet sich schon seit vielen Jahren in einem Konsolidierungsprozess. Zwischen 1993 und 2002 verringerte sich die Anzahl der Betten um 15%, die Zahl der Krankenhäuser sank um 6%. Die Mehrheit der Krankenhausleiter geht davon aus, dass sich dieser Prozess weiter verschärfen wird. Wie haben die Krankenhäuser bisher reagiert? Durch Reorganisation von Prozessen, Outsourcing nicht „wertschöpfender“ Tätigkeiten wie Küche oder Reinigung oder niedrigere Einkaufspreise durch Anbindung an Einkaufsgemeinschaften wurden Kostensenkungspotentiale erschlossen. Dabei bleiben Chancen auf der Erlösseite wie bspw. intelligent konzipierte Wahl- und Selbstzahlerleistungen, Gewinnung ausländischer Patienten oder Ausbau strategischer Leistungsbereiche bisher oft ungenutzt.

„Gerade Integrierte Versorgung wurde in der Vergangenheit nur von wenigen Häusern systematisch zur Erschließung neuer Erlösquellen genutzt.“

Gerade Integrierte Versorgung wurde in der Vergangenheit nur von wenigen Häusern systematisch zur Erschließung neuer Erlösquellen genutzt. Die Zwischenbilanz sieht eher ernüchternd aus: Nach einer Studie von SKP hat die Mehrheit der Häuser zwar Interesse an IV, aber nach nunmehr eineinhalb Jahren seit Neuregelung der Integrierten Versorgung haben erst 10% bis 15% der Krankenhäuser IV Verträge abgeschlossen. Ein Grund ist sicherlich, dass es an durchdachten Konzepten mangelt, die zu klaren Qualitäts- und Kostenvorteilen führen. Aber selbst geeignete Konzepte wurden oftmals nicht pragmatisch umgesetzt, sondern in monatelangen Verhandlungen von direkt und indirekt Betroffenen zerredet. Bei den bisherigen IV Konzepten fällt auf, dass nur wenige auf einer nachhaltigen Erlösstrategie basieren. So wurden bspw. viele IV Konzepte nicht top-down durch die Geschäftsleitung initiiert, sondern entstanden aufgrund der persönlichen Beziehung eines einzelnen Krankenhausarztes zu einem niedergelassenen Arzt. Andere Krankenhäuser, die ohne fundierte Prognoserechnung dem anfänglichen Boom der IV Knie-/Hüft-TEP folgten, haben heute Probleme, die vereinbarten Fallzahlen zu erreichen.

Erlössicherung durch Integrierte Versorgung

Strukturiert abgeleitete integrierte Versorgungskonzepte bieten Krankenhäusern nach wie vor die Möglichkeit, langfristig Erlöse auszubauen und zu sichern. Mit der Umsetzung

von IV Modellen werden Netzwerke im ambulanten Bereich aufgebaut und Einweiser an das Krankenhaus gebunden. Das Krankenhaus verankert sich stärker in seinem regionalen Umfeld und sichert sich nachhaltig Patientenströme und damit Erlöse. Darüber hinaus bietet IV oftmals die Chance Fallzahlen und damit Erlöse zu steigern, da Krankenkassen daran interessiert sind, mit IV Modellen Patientenströme zu ihren Vertragspartnern zu lenken. Weiterhin kann der Aufbau von Behandlungsstrukturen und Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der Anschubfinanzierung kostenneutral umgesetzt werden.

Erwartungen der Krankenkassen treffen

„Von 100 Konzepten, die ich auf den Tisch bekomme, kann ich sofort 98 aussortieren.“

„Von 100 Konzepten, die ich auf den Tisch bekomme, kann ich sofort 98 aussortieren,“ sagte uns ein Kassenvertreter im Rahmen unserer Studie. Krankenkassen stellen eine ganze Anzahl von Bedingungen an IV Konzepte, bevor sie deren Umsetzung akzeptieren (siehe Abbildung 1). Einige Krankenkassen wie bspw. die BEK, die AOK Sachsen und AOK Rheinland haben dazu eigene Checklisten vorbereitet.



Abbildung 1: Anforderungen an ein IV Konzept aus Kassensicht

Aus Sicht der Krankenkassen muss IV zu einer Qualitätsverbesserung führen. Dabei ist zu klären, welche Qualitätsdefizite die Versorgung bisher aufwies und auf welche Weise diese Defizite durch IV verringert werden. Am ehesten überzeugt Krankenkassen eine Verbesserung der Ergebnisqualität, bspw. eine schnellere Verheilung der Wunde oder eine Verringerung der Schmerzen, gemessen anhand von Scores. Falls sich eine Verbesserung der Ergebnisqualität kurzfristig nur schwer nachweisen lässt, wie bspw. in der Onkologie, akzeptieren Krankenkassen auch eine Verbesserung der Prozess- oder Strukturqualität. Auf alle Fälle muss das Integrierte Versorgungsmodell zu einer „spürbaren“ Verbesserung der Versorgung führen.

Krankenkassen zielen darauf ab, im Rahmen der Integrierten Versorgung auch Kosteneinsparungen zu realisieren. Dabei akzeptieren einige Kassen Mehrleistungen nur gegen einen Abschlag auf die Fallpauschale. Für andere Krankenkassen reicht es aus, dass die Integrierte Versorgung zu einer Reduktion von Ressourcenverbräuchen führt, bspw. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wiedereinlieferungen in das Krankenhaus oder durch das Verschieben stationärer Eingriffe in den ambulanten Bereich.

Qualitätsverbesserung und Kosteneinsparungen sind innerhalb eines gewissen Rahmens austauschbar: Krankenkassen bestehen umso eher auf Kosteneinsparungen, je weniger das Konzept zu einer Qualitätsverbesserung führt.

Ein zugkräftiges Konzept bündelt mehrere Einzelleistungen, um eine Zergliederung durch IV zu verhindern. Kassen erwarten oft 50 bis 100 Fälle pro Jahr. Je preiswerter die Einzelleistung ist, desto höher muss die Fallzahl sein. Exklusivität wird vor allem von den AOKs erwartet. Garantieleistungen, bspw. über die Haltbarkeit der Hüftimplantate oder das Verheilen einer Wunde, sehen einige Verträge vor. Die Vergütung aller Leistungen oder von Leistungspaketen innerhalb einer Komplexpauschalen wird von vielen Kassen als vorteilhaft angesehen. Auf diese Weise wird zum einen die Bezahlung vereinfacht, zum anderen erwarten Kassen damit, Rabatte durchsetzen zu können. Allerdings bestehen die wenigsten Krankenkassen auf einer pauschalierten Vergütung.

„Krankenkassen bestehen umso eher auf Kosteneinsparungen, je weniger das Konzept zu einer Qualitätsverbesserung führt.“

Erfolgsfaktoren für IV Modelle kennen

In unserer Studie konnten wir aus Krankenhaussicht 6 Erfolgsfaktoren für IV Modelle mit der Zielsetzung einer langfristigen Erlössicherung identifizieren (siehe Abbildung 2). Die Konzeption und Umsetzung eines IV Konzeptes stellt hohe Anforderungen an die medizinische und organisatorische Kompetenz des Krankenhauses.

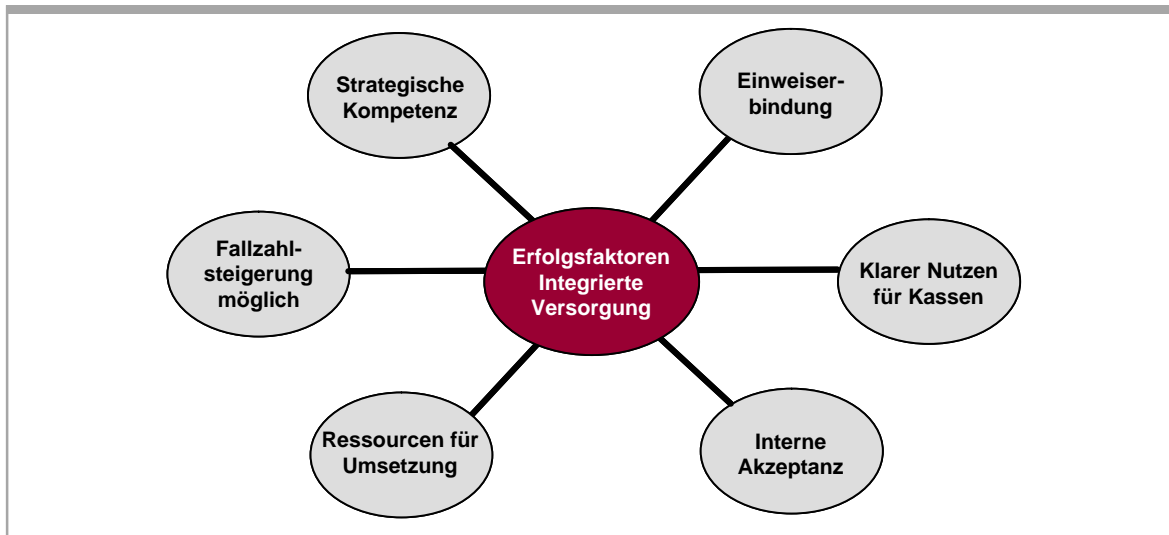


Abbildung 2: Erfolgsfaktoren aus Krankenhaussicht

Daher sollte das Integrierte Versorgungsmodell auf den strategisch wichtigen Leistungsbereichen des Krankenhauses aufbauen. Außerdem sind andere Leistungserbringer und Kassen eher bereit, mit dem Krankenhaus in diesem Bereich vertraglich zu kooperieren. Um die eigene Wettbewerbsposition in der Versorgungsregion zu stärken, sollte das IV Modell zu einer verstärkten Einbindung der einweisenden Ärzte führen. Wie oben beschrieben muss das Konzept einen klaren Nutzen für die Kassen aufweisen (Verbesserung im Bereich Qualität und Kosten). Ebenso muss das Konzept intern von Ärzten und Pflegepersonal getragen werden. Die Erfahrung der letzten eineinhalb Jahre hat gezeigt, dass die Realisierung von IV Konzepten aufwändig ist. Daher muss das Krankenhaus bereit sein, Ressourcen zur Entwicklung, Verhandlung und Umsetzung des IV Modells zur Verfügung zu stellen. Ein attraktives IV Konzept zieht Patienten an. Daher muss das Krankenhaus organisatorisch und aufgrund seiner Kapazitäten in der Lage sein, zusätzliche Fälle zu behandeln und seine Leistungen nach außen zu vermarkten.

Umsetzung eines IV Konzeptes

1. Potenzialanalyse

Die Entwicklung eines IV Konzeptes beginnt mit einer umfassenden Analyse von Indikationen, Diagnose- und Therapieverfahren hinsichtlich ihres Potentials für ein IV Konzept. Folgende Faktoren werden zur Bewertung herangezogen:

- Medizinischer Verbesserungsbedarf
- Gesamtkosten aus Sicht der Kassen (Fallkosten x Anzahl Fälle pro Jahr)
- Einsparpotentiale bei Überwindung der sektoralen Trennung
- Möglichkeit der Steuerung von Fallzahlen

2. Kompetenzanalyse

Auf die Potentialanalyse, die die externe Perspektive einnimmt, folgt eine Analyse der eigenen Leistungskompetenzen (interne Perspektive). Dabei werden alle internen Leistungsbereiche anhand der folgenden Faktoren bewertet:

- Qualität der Leistungserbringung (Indikatoren zur Ergebnisqualität, Qualifikation der Ärzte und des Pflegepersonal, Einsatz von Leitlinien etc.)
- Wettbewerbsposition
- Dynamik und Innovationsfähigkeit des Personals
- Image bei Einweisern und bei Kassen
- Ertragskraft

3. Identifikation geeigneter Bereiche

Die Ergebnisse der Potential- und Kompetenzanalyse kann in einer Chancenmatrix dargestellt werden (s. Abbildung 3), anhand derer geeignete Bereiche für IV identifiziert werden.

Die Entwicklung eines IV Konzeptes konzentriert sich insbesondere auf Bereiche mit hohem IV Potential und hoher eigener Leistungskompetenz (Quadrant oben rechts). Leistungsbereiche aus dem linken oberen Quadranten können ebenfalls attraktiv sein, falls das Krankenhaus integrierte Versorgung als Chance zur Verbesserung eines bestimmten Leistungsbereichs ansieht.

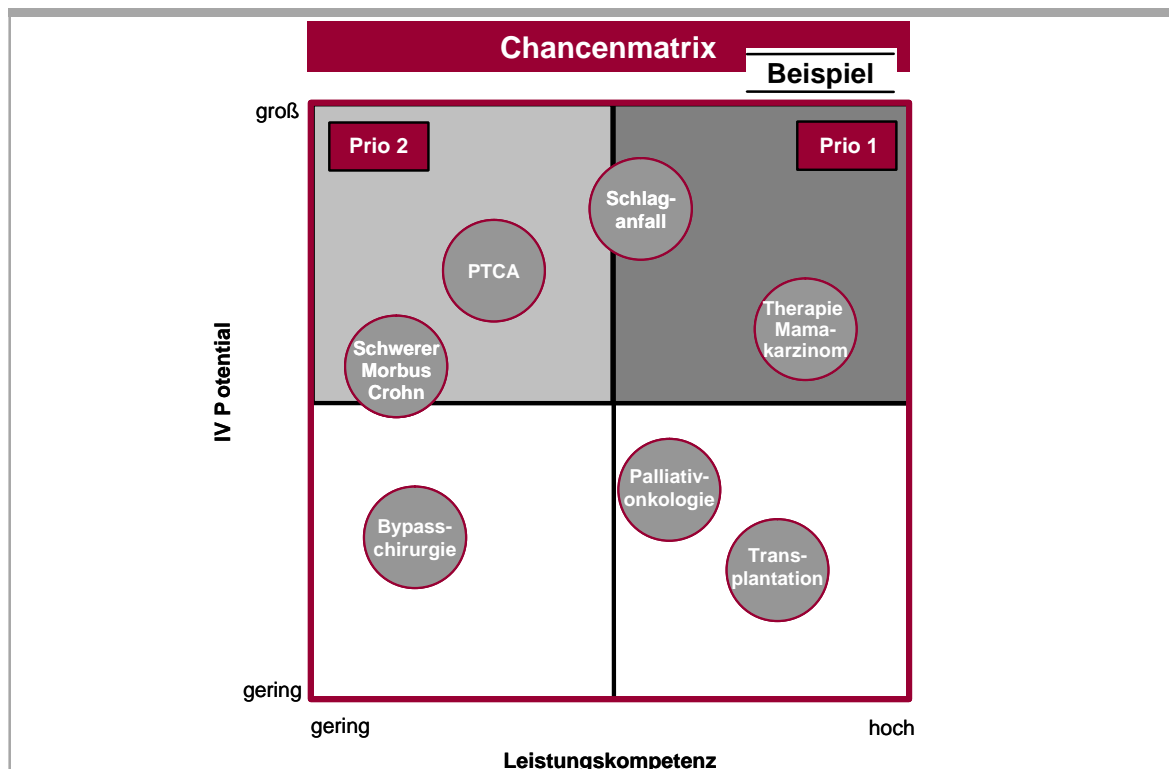


Abbildung 3: Anforderungen an ein IV Konzept aus Kassensicht

4. Identifikation potentieller Partner

Im nächsten Schritt sind potentielle Partner für das integrierte Versorgungsmodell zu identifizieren:

Niedergelassene Fach- und Hausärzte: Im ambulanten Bereich kommen vor allem die Ärzte, die einen hohen Anteil ihrer Patienten bereits zuweisen, für eine zukünftige Kooperation in Frage. Diese Einweiser können z.B. durch eine interne Befragung unter den Chef- und Oberärzten der einzelnen Fachabteilungen identifiziert werden.

Rehabilitationskliniken: Gerade bei chirurgischen oder neurologischen Leistungen bietet sich die Einbeziehung von Rehabilitationskliniken an.

Ambulante Pflegedienste: Krankenkassen akzeptieren die Einbindung ambulanter Pflegedienste, wenn sie für die Finanzierung der Leistung zuständig sind. Das bedeutet, dass es sich um häusliche Krankenpflege im Sinne des §37 SGB V handeln muss. Relativ einfach gestaltet sich die Integration häuslicher Krankenpflege in das Versorgungsmodell dann, wenn das Krankenhaus bereits über einen eigenen

ambulanten Pflegedienst verfügt.

Hersteller: Die Einbeziehung von Herstellern bietet sich an, wenn die Kosten für bestimmte Arzneimittel, Medizinprodukte oder Diagnostika einen hohen Anteil an den Kosten der Versorgungsleistung haben. Zusätzlich muss es möglich sein, die Leistung mit einem oder sehr wenigen Herstellern zu erbringen. Dies wird bspw. bei vielen onkologischen Erkrankungen aufgrund der Vielzahl der Therapieansätze nicht möglich sein, bei der PTCA schon eher. Weiterhin können Hersteller Garantieleistungen übernehmen, so dass die Attraktivität des Versorgungsmodells erhöht wird.

Aus Sicht der Patienten sollten möglichst viele Partner einbezogen werden, da in diesem Falle die Wahlfreiheit weniger eingeschränkt ist. Krankenkassen werden ebenfalls mehrere Partner bevorzugen, da die Anzahl der Fälle steigt.

5. Entwicklung eines Grobkonzeptes sowie einer Argumentationslinie

Im nächsten Schritt werden nun die Eckpunkte des Versorgungsmodells beschrieben und in eine Argumentationslinie eingebettet. Das Grobkonzept beginnt mit der Darstellung der Qualitätsdefizite in der heutigen Versorgungssituation, um die Krankenkassen für die Thematik zu sensibilisieren. Im zweiten Teil wird das IV Modell kurz vorgestellt, das diese Qualitätsdefizite zu lösen in der Lage ist. Dabei muss eine genaue Definition der Patientenpopulation (Indikation etc.), der Versorgungsleistung für diese Population sowie der Einbindung der einzelnen Leistungserbringer in das Versorgungsnetzwerk erfolgen.

Im dritten Teil wird beschrieben, auf welche Weise die aktuell bestehenden Qualitätsdefizite durch die Integrierte Versorgung behoben werden. Dabei müssen die Argumente durch interner Daten, Literatur, Fallbeispiele oder zumindest anhand von Plausibilitätsüberlegungen belegt werden. Abschließend müssen die behaupteten Einsparpotentiale nicht nur beschrieben, sondern auch rechnerisch nachgewiesen werden.

6. Festlegung der Vergütung

Bevor das Grobkonzept den Krankenkassen präsentiert

wird, muss das Krankenhaus seine Verhandlungsposition hinsichtlich der Vergütung der Leistungen festlegen. Es lohnt sich sicherlich nicht, die Entwicklung des Modells im Detail fortzusetzen, wenn Zahlungsbereitschaft der Krankenkasse und Entgeltvorstellungen des Krankenhauses unüberbrückbar auseinanderklaffen.

Generell sind 3 Vergütungsformen für IV Modelle denkbar: Komplexpauschale, Vergütung von Einzelleistungen (wie bisher) oder Mischformen, d.h. pauschale Vergütung von Leistungsmodulen. Wenn sich die Vertragspartner dazu entschließen, eine Komplexpauschale zu berechnen, sind folgende 4 Schritte zu beachten:

1. Festlegen der Grundannahmen über Fallzahlen, Umfang der Einzelleistungen, deren Preise, Therapiedauer, etc.
2. Definition der Bandbreite, innerhalb derer diese Annahmen zukünftig variieren können
3. Festlegung der Mindesthöhe der Komplexpauschale, so dass keiner der Vertragspartner schlechter gestellt ist als heute
4. Bestimmung des finanziellen Risikos für die Vertragsparteien durch die Berechnung des Einflusses verschiedener Variablen auf die erforderliche Höhe der Komplexpauschale

Die Vergütung des niedergelassenen Arztes sollte aufgrund der Doppelvergütung durch die Krankenkassen eher nicht in die Komplexpauschale einbezogen werden.

7. Präsentation des Grobkonzeptes bei Krankenkassen

Das Grobkonzept wird nun den unterschiedlichen Krankenkassen vorgestellt. Dabei muss das Krankenhaus eine Antwort auf folgende Punkte erhalten:

1. Bewertung des Konzeptes aus Sicht der Krankenkassen
2. Weiterentwicklungsbedarf
3. Erste Anhaltspunkte für die Zahlungsbereitschaft der Krankenkassen. Hier ist auch zu klären, inwieweit Rabatte erwartet werden.

Die Präsentation des Grobkonzeptes wird idealerweise durch ein Excel-basiertes Kalkulationsmodell unterstützt. Dieses Kalkulationsmodell verdeutlicht die Erlöswirkung des IV Konzeptes für die Vertragspartner Krankenhaus und Kranken-

„Die Präsentation des Grobkonzeptes wird idealerweise durch ein Excel-basiertes Kalkulationsmodell unterstützt.“

kasse und ggf. weitere Leistungserbringer. Als Inputvariablen dienen heutige und unter IV erwartete Fallzahlen und Fallkosten bzw. Leistungen und Kosten je Leistung. Da im Normalfall unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Inputvariablen (Menge und Kosten) zwischen Kassen und Krankenhaus bestehen werden, können sofort Erlöswirkungen von Best- und Worst Case Szenarien berechnet werden. Damit strukturiert und objektiviert dieses Kalkulationsmodell den Verhandlungsablauf, so dass die Parteien zügig zu einem Ergebnis gelangen können.

8. Entwicklung des Detailkonzepts, Umsetzung und Erlöscontrolling

Wenn eine Kasse mit dem Krankenhaus in Vertragsverhandlung tritt, erfolgt abschließend die detaillierte Entwicklung und Umsetzung des IV Modells. Dies umfasst insbesondere die Ausarbeitung der Behandlungspfade, die Entwicklung der Verträge mit Krankenkassen und anderen Leistungserbringern sowie die endgültige Festlegung der Vergütung. Die Detailkonzeption erfolgt in enger Abstimmung mit den Krankenkassen. Nach erfolgreicher Umsetzung sollte ein Kosten- und Erlöscontrollingsystem aufgesetzt werden, um die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgungsleistung kontinuierlich zu überprüfen und nach Bedarf gegensteuern zu können.

Fazit

In Zeiten fortschreitenden Wettbewerbsdrucks wird Erlösmanagement zu einem kritischen Erfolgsfaktor für Krankenhäuser. Integrierte Versorgung ist ein Instrument, um zu einer nachhaltigen Sicherung der Erlöse für strategische Leistungsbereiche zu gelangen. Die Entwicklung und Umsetzung von IV Konzepten verlangt eine solide und strukturierte Vorbereitung und eine pragmatische Umsetzung. Eine Leistungsfokussierung und Vermarktung durch IV hat nicht nur positive Erlöseffekte zur Folge, sondern ist für viele Krankenhäuser ein potentiell erster Schritt hin zu einer zukunftssichernden, wettbewerbsstrategischen Ausrichtung.

„Integrierte Versorgung ist für viele Krankenhäuser ein potentiell erster Schritt hin zu einer zukunftssichernden, wettbewerbsstrategischen Ausrichtung.“

Dr. Gerald Schnell

Dr. Gerald Schnell ist Director und Krankenhaus-Experte bei Simon ♦ Kucher & Partners. Er ist auf die Entwicklung von Preis- und Erstattungsstrategien sowie von Leistungs- und Servicekonzepten spezialisiert.

Jörg M. Krütten

Jörg M. Krütten ist Partner und Leiter des Kompetenzzentrums Medizintechnik von Simon ♦ Kucher & Partners und spezialisiert auf die Bereiche strategische Unternehmensentwicklung, Marketing und Pricing. Er ist Autor zahlreicher Artikel zu aktuellen Management-Themen, externer Dozent an der Universität Basel und er tritt als Referent auf Tagungen und Konferenzen auf.

SIMON ♦ KUCHER & PARTNERS

Strategy & Marketing Consultants

**Bonn ♦ Boston ♦ Frankfurt ♦ London
Mailand ♦ München ♦ Paris ♦ Tokio
Warschau ♦ Wien ♦ Zürich**

Büro Bonn

Haydnstraße 36

D-53115 Bonn

Tel.: +49-228-9843-196

Fax: +49-228-9843-340

E-Mail: gerald.schnell@simon-kucher.com