

Steuerung von integrierten Versorgungsprojekten durch den Versicherer ist...

Personalrisikomanagement par excellence

Die Herausforderungen des demografischen und gesellschaftlichen Wandels können von unterschiedlichen Versorgungsmodellen nicht vergleichbar gut bewältigt werden. Dies ergibt sich aus den verschiedenen Steuerungsmöglichkeiten, die strukturell bedingt sind. Integrierte Versorgungsmodelle, die durch einen Versicherer gesteuert werden, erscheinen aufgrund ihrer besonderen strukturellen Gegebenheiten besonders geeignet, den Herausforderungen des zunehmenden Personalmangels durch demografischen und gesellschaftlichen Wandel (zunehmende Teilzeitarbeit und Überalterung der Gesellschaft) begegnen zu können.



Der vorliegende Beitrag beschreibt kurz die wesentlichen Merkmale eines durch einen Versicherer gesteuerten integrierten Versorgungskonzepts und macht am Beispiel Absenzen bzw. der Erkrankung von Mitarbeitern im Krankenhaus deutlich, welche Vorteile die Netzsteuerung durch einen Versicherer hat.

Integrierte Versorgung: Vorteile und Umsetzungskonzepte

Steigende Kosten im Gesundheitswesen sind ein Dauerthema in den meisten westlichen Ländern. Dabei sind die Kostentreiber vielerorts dieselben: medizinischer Fortschritt, demographischer Wandel unter anderem durch längere Lebenszeit und damit einhergehend Mangel an Arbeits- und

Fachkräften in der Wirtschaft (verändertes Verhältnis von Pensionären zu Arbeitenden), neue Krankheiten, eine veränderte Anspruchshaltung und die Zunahme von Haftpflichtprozessen. Dies sind sicher nicht alle, aber wichtige Faktoren.

Um der anhaltenden Kostensteigerung entgegenzuwirken, wird der Begriff der integrierten Versorgung seit längerer Zeit herumgereicht. Es ist ein schillernder Begriff, der vielfältig ausgelegt werden kann.

Effizient organisiert und geführte Zusammenarbeit

Integrierte Versorgung meint nicht weniger und nicht mehr als die effizient organisierte und

geführte Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Fachrichtungen und verschiedener Stufen im Behandlungsprozess und somit eine koordinierte Behandlung des Patienten vom Krankheitsbeginn oder Unfallzeitpunkt bis zur möglichst vollständigen Genesung und Regeneration.

Die Vorteile integrierter Versorgung sind zahlreich und unter Umständen gewichtig. Einige Vorteile sind nachfolgend genannt:

- **Gemeinsame Nutzung von kostenintensiver Gerätschaft:** Kostenintensive Gerätschaft (beispielsweise ein MRT-Gerät: Kostenpunkt rund 1,6 Mio EUR) wird in einem integrierten Versorgungsmodell durch praxen-, klinik- oder sogar institutionsübergreifende Nutzung optimal ausgelastet. Eine solche Massnahme macht nicht nur mikro-, sondern auch makroökonomisch hochgradig Sinn. Neben der gemeinsamen Nutzung von Geräten bietet sich beispielsweise in Büro- und Praxisgemeinschaften die gemeinsame Nutzung von IT-Systemen an.
- **Sicherstellung der Übermittlung der Patientendaten:** Um Redundanzen zu vermeiden (beispielsweise eine Blutentnahme und -analyse, die zweifach von unterschiedlichen Leistungserbringern durchgeführt wird), muss der Informationstransfer zwischen den Leistungserbringern sichergestellt werden. Dieser erfolgt aus verschiedenen Gründen oftmals nur eingeschränkt. Unvollständige oder gänzlich fehlende Informationsübermittlung kann sich nicht nur auf das Portemonnaie, sondern auch auf die Gesundheit des Patienten negativ auswirken. So ist dem Autor der Fall eines Patienten bekannt, dem der Physiotherapeut mit relativ geringem Druck das sich in der Hei-

lungsphase befindende Schlüsselbein erneut gebrochen hat, weil dieser vom behandelnden Arzt nach dem operativen Eingriff unzureichende Informationen über die angemessenen Therapiemassnahmen erhalten hat.

- Zur richtigen Zeit am richtigen Ort: Patienten in integrierten Versorgungsmodellen sollen immer zur richtigen Zeit am richtigen Ort sein. D.h. zum einen, dass sie Zugang zu Ärzten und Spezialisten mit den nötigen Kernkompetenzen erhalten –und zwar dann, wenn sie diese brauchen- und zum anderen, dass sie nach einem Eingriff oder einer schweren Krankheit eine adäquate Rehabilitationsphase zugesprochen erhalten und diese finanziell möglichst vom Krankenversicherer getragen wird.

Kosten sparen durch konsequentes Umsetzen

Konsequent umgesetzt führen diese Massnahmen zu geringeren Kosten im Gesundheitswesen bei mindestens gleichbleibender oder besserer Qualität, zu zufriedeneren Patienten (schneller gesund und «besser aufgehoben») und volkswirtschaftlich zu weniger Lohnausfallkosten und Invalidität, zu gesünderen und weniger absenten Mitarbeitern.

In der Schweiz, wie auch in anderen westlichen Ländern, gibt es einige Formen bzw. Modelle von integrierter Versorgung, welche die oben genannten Massnahmen jedoch oftmals nur teilweise und im Ansatz umsetzen. Zwei solcher Modelle seien an dieser Stelle kurz genannt:

- **Ärztennetze:** Hausärzte organisieren sich in Gruppen und schliessen mit Krankenkassen spezielle Verträge ab. Die Ärzte verpflichten sich dabei zur Einhaltung vereinbarter Qualitätsmassnahmen (Weiterbildungen, Besprechung komplexer Fälle in Qualitätszirkeln, etc.), wofür sie entschädigt werden. Die Krankenkassen erwarten dafür kosteneffizientere Behandlungen und längerfristig geringere Behandlungskosten. Ärztennetze übernehmen oftmals auch eine Budgetmitverantwortung in Form von Bonus-Malus-Systemen oder Capitation-Verträgen. Es handelt sich hierbei jedoch nur um den ambulanten Bereich.
- **HMO-Modelle:** HMO meint «health maintenance organisation» und beschreibt ebenfalls ein Ärztenetz. Das Netz gehört jedoch einem Krankenversicherer und die Ärzte arbeiten in einem Angestelltenverhältnis. Es gelten vergleichbare Qualitätssicherungsmassnahmen. Die Versicherten im HMO-Modell verpflichten sich, um von geringeren Prämien

zu profitieren, bei gesundheitlichen Vorfällen immer zuerst eine bestimmte ärztliche Stelle zu informieren. Von dieser werden sie dann, falls nötig, weiterverwiesen oder zu einer Erstkonsultation in das entsprechende HMO-Ärztezentrum eingeladen. Die ambulante Weiterbehandlung erfolgt innerhalb des HMO-Netzes.

Verzicht auf die freie Arztwahl – ein (zu) hoher Preis?

Ärztennetze sind sinnvoll und ermöglichen Versicherten Prämieinsparungen, im Gegenzug müssen diese jedoch auf die freie Arztwahl verzichten. Innerhalb solcher Ärztenetze ist von erhöhter Behandlungsqualität durch guten Informations- und Wissenstransfer auszugehen. Sobald ein Behandlungsprozess jedoch einen Spezialisten einer Fachrichtung, die nicht im HMO-Netz vertreten ist, oder die Einweisung in ein Krankenhaus erfordert, werden auch bei diesen Modellen die Grenzen integrierter Versorgung erreicht. Das in der Folge beschriebene Modell integrierter Versorgung mit Steuerung durch einen Privatversicherer geht weiter als die Ärztenetze und ist deshalb aus Sicht des Autors ein vielversprechendes Modell.

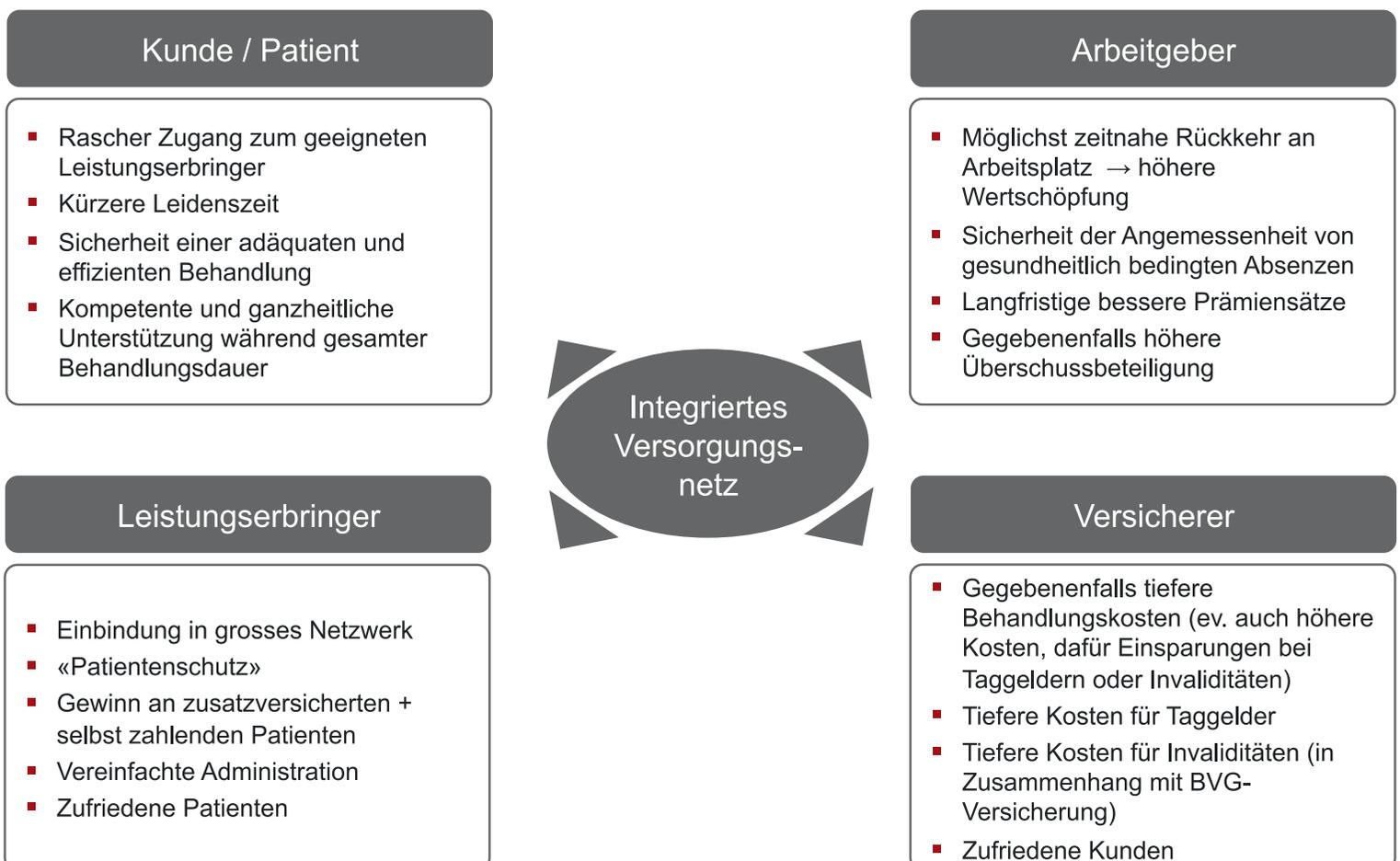


Abbildung 1: Vorteile für alle beteiligten Parteien im integrierten Netzwerk

Integriertes Versorgungskonzept mit Steuerung durch einen Privatversicherer

Ein Krankenversicherer hat die Behandlungskostensicht. Durch HMO-Modelle versucht er leichte Fälle kostengünstig und effizient zu erledigen. Schwerere Fälle werden möglichst rasch an die richtige Stelle verwiesen. Damit schafft das HMO-Modell einiges an koordinativer Optimierung. Die Behandlungsoptimierung und -überwachung von schwereren Fällen greift jedoch sehr kurz bzw. erfolgt nicht.

Anders sieht dies bei integrierten Versorgungsmodellen von Privatversicherern aus, welche nicht nur die Behandlungskostensicht haben, sondern durch das Angebot von Taggeldversicherungen auch an einer möglichst raschen Rückkehr von Arbeitnehmern an den jeweiligen Arbeitsplatz interessiert sind. Wenn sie im Bereich der Altersvorsorge aktiv sind, können sie durch die teilweise oder vollständige Verhinderung von Invalidität eines Patienten mittels integrierter Versorgung zudem erhebliche Kostenvorteile erzielen. Sie agieren somit im Gegensatz zum reinen Krankenversicherer aus einer erweiterten Kostensicht. Dies kann unter Umständen dazu führen, dass der Privatversicherer eine teurere Behandlung bezahlt, weil er damit überproportional bei den Taggeldern und Invaliditäten Einsparungen erzielen kann; ein Glücksfall für den Patienten, den Arbeitgeber und die Versicherung.

So sieht die Umsetzung in der Praxis aus

Ein umfassendes Versorgungskonzept mit Steuerung durch einen Versicherer sieht wie folgt aus:

- Aufbau und Pflege eines Netzwerkes: Der Privatversicherer baut ein Netzwerk aus Allgemeinpraktikern, Spezialisten, Krankenhäusern, Rehakliniken und Therapeuten auf.



Alle Leistungserbringer in diesem Netzwerk werden vom Versicherer auf Qualität und Kernkompetenz geprüft (Qualitätsfragen sind nicht zuletzt wegen Haftpflichtversicherungen relevant). Die Teilnehmer im Netzwerk erklären sich zu bestmöglicher integrierter Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern im Netzwerk bereit.

- Meldung bei Krankheit oder Unfall: Bei Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalles meldet der Arbeitnehmer des versicherten Unternehmens seinen Fall beim Patientenkoordinator des Privatversicherers. Dieser wird während der gesamten Behandlung bis zur möglichst vollständigen Genesung für den Fall zuständig sein und für die optimale Koordination zwischen den Leistungserbringern sorgen.
- Aufgrund der hohen Behandlungs- und Therapiezahl kann sich der Versicherer eine Benchmarkdatenbank aufbauen. In dieser wird beispielsweise ersichtlich, wie viele Eingriffe für die Behandlung eines Kreuzbandrisses nötig sind und in welcher Spanne die Kosten für diese Eingriffe normalerweise zu liegen kommen. Bei Abweichungen zum normalen Behandlungsverlauf kann der Patientenkoordinator mit den behandelnden Ärzten Rücksprache

nehmen und klären, inwiefern diese Abweichungen gerechtfertigt sind.

- Konsiliarfachärzte für Zweitmeinungen: Der Privatversicherer baut sich ein Team von Konsiliarfachärzten auf, welche auch bei komplexen Fällen –wie beispielsweise bei Abweichungen von normalen Behandlungsverläufen- für Zweitmeinungen eingeschaltet werden können.

Vorteile für alle Patienten

Von einem integrierten Versorgungsnetzwerk mit dem Konzept des Privatversicherers profitieren alle beteiligten Parteien. In Abbildung 1 auf der Seite 37 sind die Vorteile für die jeweiligen Parteien, die aus einem solchen Netzwerk erwachsen, ersichtlich.

Umgang mit Absenzen von Mitarbeitern eines Krankenhauses im gesteuerten Versorgungsnetz Personalrisikomanagement ist für das Krankenhaus ein ganz wichtiges und entscheidendes Instrument, da seine erbrachte Qualität zu einem grossen Teil vom Personal abhängt. Zudem ist es schwierig qualifiziertes Personal, das über längere Zeit aufgrund von Krankheit oder Unfall ausfällt, innert nützlicher Frist zu ersetzen, da es in der Schweiz an qualifiziertem medizinischem und pflegerischem Personal mangelt.

Einzigartige Herausforderungen

Im Krankenhaus eröffnen sich diesbezüglich einzigartige, systemimmanente Herausforderungen: häufig gehen Mitarbeiter aufgrund der Kenntnisse der Ärzteschaft zu einem Arbeitskollegen, um eine Erstversorgung oder Abklärung im Falle von Krankheit oder Unfall zu erhalten. Wenn eine Arbeitsunfähigkeit festgelegt wird, befindet sich der behandelnde Arzt in einem persönlichen Konflikt mit seinem Arbeitgeber, dem Krankenhaus. Der Mitarbeiter soll dem Unternehmen zum einen als Arbeitskraft erhal-



ten bleiben, zum anderen sollte der Arzt das Leiden des betroffenen Mitarbeiters aber möglichst objektiv beurteilen. Hinzu kommen die Schwierigkeiten durch die Gestalt der interpersonellen Beziehungen wie gegenseitige Sympathie oder Feindseligkeit, Obrigkeit und Angestelltenverhältnis.

Umgekehrt kann es vorkommen, dass ein Mitarbeiter im Falle von Unfall oder Krankheit eine Beurteilung durch einen externen Arzt vorzieht. Auch dies kann zu Spannungen innerhalb des sozialen Gefüges des Krankenhauses führen, da dem Mitarbeiter in diesem Fall vorgehalten werden könnte, er wolle etwas verbergen oder vertraue seinen Arbeitskollegen nicht.

Neutrale Beurteilung ist vorteilhaft

Bei den Herausforderungen, welche heute an ein Krankenhaus gestellt werden – nicht nur bezüglich Risikomanagement, Datenschutz und Persönlichkeitsrechten – kann die Überprüfung der medizinischen Angemessenheit von Absenzen durch neutrale Stellen Vorteile bringen.

Übernimmt der Versicherer diese Rolle und steuert er Mitarbeiter des Krankenhauses durch ein integriertes Versorgungsnetz wie es in Kapitel II beschrieben wurde, entsteht daraus ein Personalrisikomanagement, welches von den erwähnten Dilemmata frei ist: der Versicherer steuert den Patienten nicht nur möglichst effizient durch das Versorgungsnetzwerk, da er weiss, wie wichtig die Personalressourcen für das Krankenhaus sind, er ist auch neutral in der Beurteilung von Krankheits- und Unfällen; er kann es sich nicht leisten, einen Versicherten trotz Krankheit oder Unfall am Arbeitsplatz zu belassen, da Behandlungs- und Lohnausfallkosten zu einem späteren Zeitpunkt unter Umständen multipliziert wieder auf ihn zurückfallen.

Zusammenfassung

Der demographische und gesellschaftliche Wandel führt zu Arbeitskräftemangel. Gutes Personalrisikomanagement kann dem entgegenwirken, indem unfall- und krankheitsbedingte Absenzen des Personals verkürzt werden. Integrierte Versorgungsmodelle tragen dazu bei, dass Patienten schneller und effizienter behandelt werden und so unter Umständen schneller gesunden und wieder arbeitsfähig sind.

Bewirtschaftet ein Privatversicherer ein integriertes Versorgungsmodell, so hat er aufgrund seines meist breiten Versicherungsportfolios (Behandlung, Taggelder, Invalidität) eine umfassendere Kostensicht als ein reiner Krankenversicherer. Er kann es sich, falls nötig, sogar leisten, auf der Behandlungsseite für eine rasche und effiziente Heilung mehr auszugeben, als wenn er dafür auf der Taggeldseite sparen oder eine Invalidität verhindern würde. Ein Kostenträger mit einer solchen Weitsicht, der das Modell der integrierten Versorgung konsequent umsetzt, erzielt schliesslich Vorteile für die gesamte Volkswirtschaft.

Für einen Krankenhausbetrieb kann sich der Anschluss an ein integriertes Versorgungsmodell eines Privatversicherers überdies lohnen. Im Ärztenetz des Versicherers erhält das Krankenhaus neutrale medizinische Beurteilungen der Angemessenheit von Absenzen seiner Mitarbeiter. Beurteilen und behandeln am Krankenhaus beschäftigte Ärzte ihre eigenen Mitarbeiter ist ihnen eine objektive Beurteilung aus verschiedenen Gründen erschwert.

Autor: Karl Ehrenbaum, Ehrenbaum Health Consulting, Zürich

ruf

Solide und dialogstark.

CarePfleger – die elektronische Pflegedokumentation von RUF – vermittelt eine Gesamtübersicht des Patientendossiers und unterstützt die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und dem Pflegefachpersonal.

Ruf Gruppe, Rütistrasse 13, 8952 Schlieren
www.ruf.ch, info@ruf.ch, Tel. 044 733 81 11

braincom.ch