

Auf dem Weg zu einem erfolgreichen Zuweiserbeziehungsmanagement

«Think big, but start small»

Mit der neuen Spitalfinanzierung SwissDRG wurde 2012 ein marktwirtschaftliches Werkzeug in der Schweiz eingeführt, das einen qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen den Spitälern fördern soll. Ergänzt wurde dies mit der Möglichkeit der freien, nicht an Kantonsgrenzen gebundenen Spitalwahl. Reduzierter Protektionismus und der Wegfall der Defizitfinanzierung haben in der Folge sowohl für private als auch öffentliche Spitäler grosse Veränderungen hervorgerufen.



Prof. Dr. Rainer Endl,
FHS Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Einige Spitäler reagieren mit «traditionellen» Methoden der Expansion, in dem sie z.B. eigene Gruppenpraxen oder Permanenzen eröffnen. Vor allem in ländlichen Gebieten will man damit einerseits dem Hausärztemangel entgegenwirken, andererseits sollen diese ambulanten Einrichtungen aber auch für eine Erhöhung oder Stabilisierung der stationären Fallzahlen beim entsprechenden Spital sorgen. Dieses Vorgehen löst in Gebieten mit ausreichender ambulanter Versorgung fast immer negative Reaktionen bei den Niedergelassenen aus mit der Folge, dass sie ihre Zuweisungen an das betreffende Spital stark einschränken.

Diese Verluste können in aller Regel nicht mit den eigenen ambulanten Tätigkeiten kompensiert oder gar übertroffen werden. Daher sollte das Anbieten ambulanter Leistungen über eine eigene Praxistätigkeit nur in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten und möglichst

nur dann erfolgen, wenn im Einzugsgebiet des Spitals ein reales ambulantes Versorgungsproblem besteht.

Kooperationen aktiv pflegen

Eine deutlich vielversprechendere Variante besteht in der aktiven Gestaltung gut funktionierender Kooperationsbeziehungen (vgl. Abbildung 1). Diese Art der Zusammenarbeit ist nutzenorientiert und beruht auf sozialen Beziehungen. Voraussetzung für deren Aufbau und aktive Gestaltung ist die gute Kenntnis der Wünsche und Bedürfnisse der für das Spital wichtigen niedergelassenen Ärzte. Hier zeigen sich häufig schon erste Schwierigkeiten. Denn als Basis wird eine Adressdatei benötigt, in der nicht nur die postalisch korrekten Adressen der Zuweiser gespeichert sind, sondern auch die für die Beziehungsgestaltung wichtigen qualifizierenden Merkmale wie z.B.:

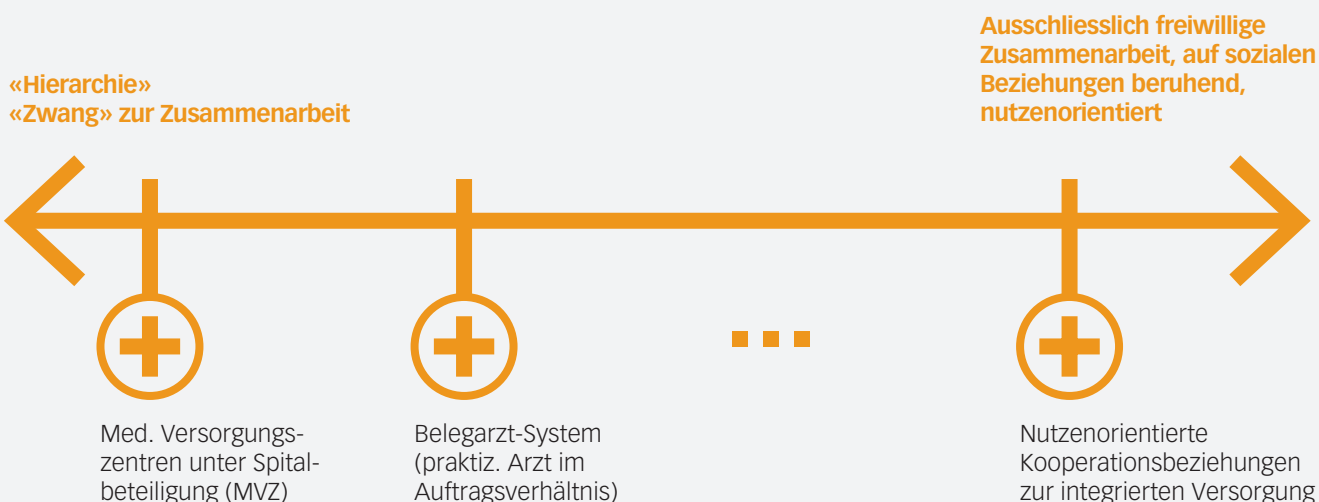


Abbildung 1: Arten von Zuweiserbeziehungen (Quelle: Netpoint Consulting AG)

- gültige Mail-Adresse
- Alter des Arztes
- Arbeitspensum bei Teilzeit-Anstellung
- Bevorzugte Kommunikationskanäle, z.B. Mail
- fachärztliche Ausbildung
- Praxistyp, z.B. Einarzt- oder Gruppenpraxis
- Praxisgrösse, z.B. gemessen an der Anzahl Patienten
- Anstellungsverhältnis, z.B. angestellter Arzt oder Praxiseigentümer oder -teilhaber
- Mitgliedschaft in Ärztenetzwerk
- Anzahl und Art Zuweisungen pro Zeiteinheit, z.B. Zuweisungen nur in die chirurgische Abteilung

Daten vereinheitlichen

Diese Daten müssen spitalweit einheitlich vorliegen, sie dürfen nicht in jeder Abteilung isoliert erhoben und redundant in unterschiedlichen Systemen gespeichert werden. Denn nur mit einer zentralen, die Gesamtsicht auf den Zuweiser beinhaltende Datenbasis lassen sich doch so wichtige Sachverhalte feststellen wie z.B. eine über die Zeit sinkende Anzahl von Zuweisungen eines bestimmten Arztes oder unterschiedliches Zuweisungsverhalten eines Arztes je nach Krankheitsbild bzw. medizinischer Abteilung.

Die zu speichernden Informationen müssen nicht nur einmalig erhoben, sondern auch kontinuierlich und systematisch gepflegt werden. Es ist unter anderem sicherzustellen, dass

- Mutationen im Adressstamm oder in den qualifizierenden Daten eines Arztes zeitnah erkannt und korrekt nachgeführt werden,
- die Beziehung zwischen Arzt und zugewiesenen Patient eindeutig dokumentiert und korrekt erfasst wird. So muss die Patientenadministration bei der Patientenaufnahme nicht nur nach den Hausarzt, sondern auch explizit den zuweisenden Arzt erfragen und erfassen. Diese sind nur gelegentlich identisch, die «Vermischung» kann zu fehlerhaften Schlussfolgerungen führen. So könnte z.B. ein bestimmter Hausarzt fälschlicherweise als besonders guter Zuweiser eingestuft werden, obwohl dieser keine oder nur wenige Patienten direkt zuweist. Auch dürfen nur externe Ärzte als Zuweiser erfasst werden, hausinterne Zuweisungen sind für das Zuweiserbeziehungsmanagement nicht relevant.

Dynamische Effekte beachten

Während bei klassischen Einarzt-Praxen die Adressdaten in der Regel über einen sehr langen

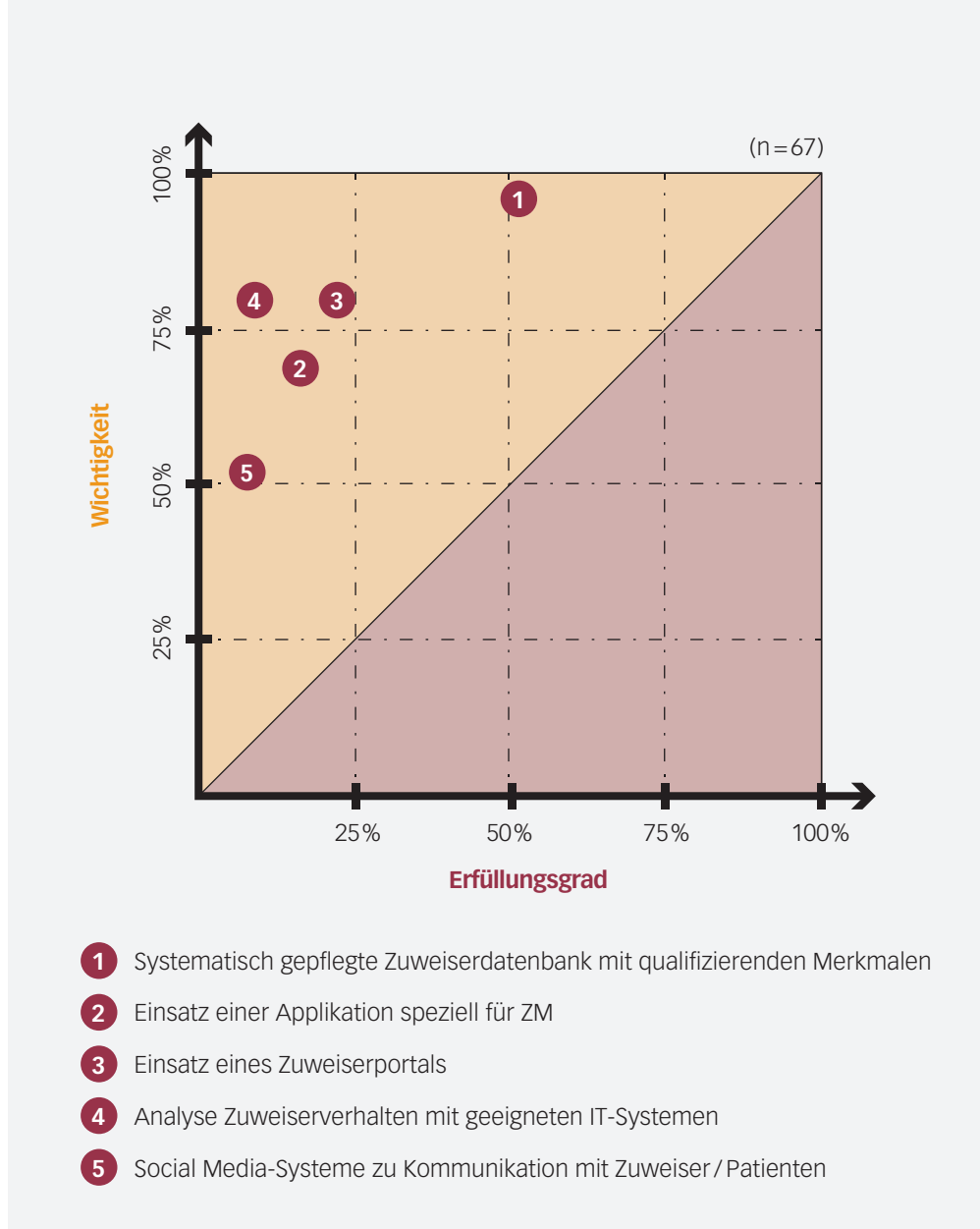


Abbildung 2: Zuweiserbarometer Schweiz – IT-Unterstützung des Zuweisermanagements (Quelle: FHS Hochschule für Angewandte Wissenschaften St.Gallen)

Zeitraum konstant bleiben und sich bestenfalls bei einem Umzug der Praxis verändern, entsteht durch die zunehmende Zahl an Gruppen- und Gemeinschaftspraxen sowie Permanenzen eine gewisse Dynamik. So arbeiten in Gruppenpraxen angestellte Ärzte häufiger Teilzeit und haben daher naturgemäss ein geringeres Zuweisungspotenzial. Auch wechseln sie, vor allem zu Beginn ihrer ärztlichen Karriere, häufiger den Arbeitgeber. Aus Sicht des Zuweisungsmanagement ist es daher wichtig zu wissen, in welcher Praxis mit welchem Arbeitspensum ein Arzt arbeitet und ob sie bzw. er im Angestelltenverhältnis oder als Miteigentümer tätig ist. Nur so ist es möglich, den «Wert» und das Potenzial einer Gruppenpraxis und die Bedeutung eines dort angestellten Arztes für das eigene Spital zu ermitteln.

Die beschriebenen Informationen über aktuelle und potenzielle Zuweiser bilden dann die Basis für die Klassifizierung von Zuweisern in homogene Gruppen (Segmentierung) und der Entwicklung oder Adaption von gruppenspezifischen Kommunikationsstrategien bzw. -massnahmen.

Gutes CRM hilft gewaltig

Ein leistungsfähiges Adress- oder Customer-Relationship-Management-System kann das Management von Zuweiseradressen mit deren qualifizierenden Merkmale sehr wirksam unterstützen. Wie die vom Institut für Informations- und Prozessmanagement an der FHS St. Gallen (IPM-FHS) durchgeführte Studie «Zuweiserbarometer – Zum Stand des Zuweiserbeziehungsmanagements in der Schweiz» zeigt, sind aktuell aber nur in wenigen Häusern geeignete Systeme im Einsatz, obwohl deren «Wichtigkeit» für das Zuweisermanagement nicht bezweifelt wird (vgl. Abbildung 2, Punkt 1).

Hier besteht prinzipiell grosses Verbesserungspotenzial. Doch auch hier gilt der Merksatz «a fool with a tool ist still a fool»: Das beste IT-System bleibt wirkungslos, wenn die entsprechenden Prozesse zur Informationserfassung und -pflege sowie die damit verbundenen Verantwortlichkeiten nicht hinreichend genau definiert, die beteiligten Personen ungenügend geschult und sensibilisiert sind oder die Anwendbarkeit

des Systems nicht den Erwartungen entspricht. Entsprechend ist die Einführung eines geeigneten IT-Werkzeugs primär ein Organisations- und kein Informatikprojekt, die Projektverantwortung muss daher in den entsprechenden Fachabteilungen liegen.

Mit Konsequenz zum Erfolg

Ein Erfolg versprechendes Vorgehen könnte daher wie folgt aussehen (vgl. Abbildung 3):

2015
info
society
days

InfoSocietyDays 3. bis 6. März 2015

Die InfoSocietyDays positionieren sich als führende Plattform für Innovation und Wandel in der Informationsgesellschaft. Jährlich treffen sich rund 1000 Interessierte aus Verwaltung und Gesundheitswesen in Bern. Der 4-tägige Kongress besteht aus dem «Swiss eGovernment Forum» und dem «Swiss eHealth Forum».

Integrierte Versorgungsmodelle – Rahmen, Erfolgsfaktoren und Umsetzung

Welches sind die strategischen Erfolgsfaktoren? Welches sind fortschrittliche Modelle und welchen Beitrag kann eHealth leisten? Welche Leitplanken bietet das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier? Wie lässt sich der Workflow vom Eintritt bis zum Austritt organisieren? Wo liegen die Potenziale im Überweisungs- und Zuweisungsmanagement? Welche Rolle spielen der Master Patient Index, ein durchgängiges Stammdatenmanagement und Standards? Wie baut man Gemeinschaften?

Antworten auf diese Fragen geben die Plenumsreferate. Sie zeigen was heute und morgen möglich ist, geben einen Erfahrungsbericht anhand von Praxisbeispielen und erlauben einen Ausblick auf die Perspektiven für die Zukunft. Am Nachmittag bieten Solution-Präsentationen eine vertiefte Behandlung der Thematik. Leistungserbringer legen Erfahrungsberichte vor, sprechen über Erwartungen, Hemmnisse und realisierten Nutzen. Der zweite Tag bietet einen speziellen IHE-Thementrack.

«Swiss eHealth Forum» 5./6. März 2015

Prof. Dr. Rainer Endl hält am «Swiss eHealth Forum» eine Präsentation zum Thema dieses Artikels.

- Think Big (1): Initiale Analyse bestehender und potenzieller Zuweiser und, darauf aufbauend, deren Einteilung in Klassen mit gleichen oder zumindest ähnlichen Eigenschaften (Segmentierung)
- Think Big (2): Grobe Definition möglicher Strategien zur «Bearbeitung» der einzelnen Segmente
- Start Small: Konsolidierung und Bereinigung der unterschiedlichen Zuweiser-Adressstämme im Spital, Aufbau einer zentralen Zuweiserdatenbank, Gestaltung der entsprechenden Prozesse zur Bewirtschaftung der Zuweiserinformationen.

Gesamtsicht auf die Zuweiser beinhaltende Datenbank unabhängig von einer konkret gewählten Zuweiserstrategie eine sehr wichtige Voraussetzung.

Weitere Informationen

Institut für Informations- und Prozessmanagement (IPM-FHS)
Rosenbergstr. 59, 9000 St. Gallen
rainer.endl@fhsg.ch
www.fhsg.ch/ipm

Das IPM-FHS beschäftigt sich seit 2007 mit dem Anwendungsschwerpunkt eHealth, d.h. der Gestaltung von Prozessen und Informationssystemen im Gesundheitswesen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf dem Zuweisungs- und Überleitungsmanagement.

Die Aktivitäten zu «Think Big» und «Start Small» können durchaus auch parallel oder gar in umgekehrter Reihenfolge ausgeführt werden. Denn grundsätzlich ist eine konsolidierte, die

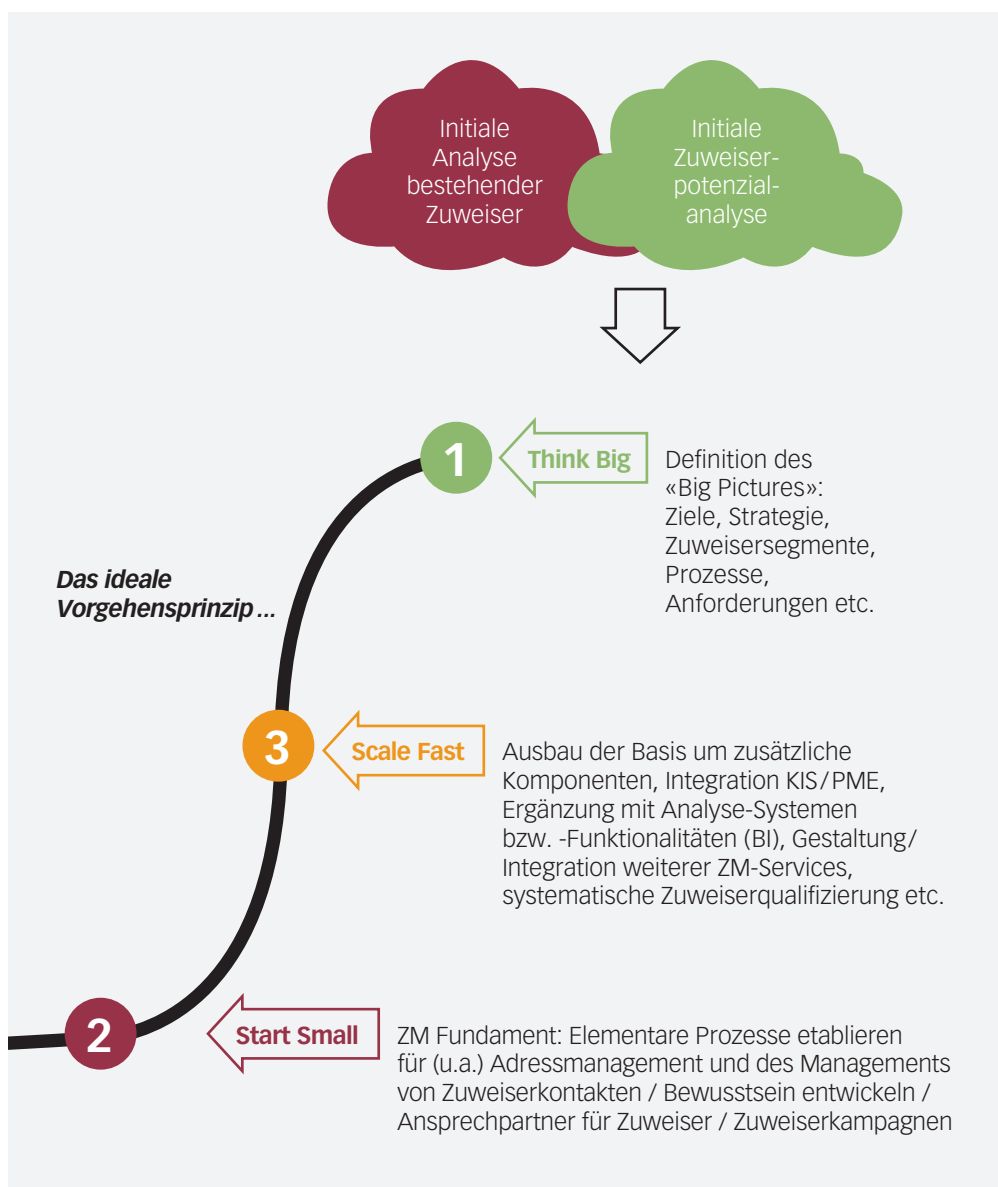


Abbildung 3: Think Big-Start Small – Vorgehen zur Einführung des Zuweiserbeziehungsmanagements (Quelle: Netpoint Consulting AG)