

Einweiser-Management

## Wege zum professionellen Einweiser-Management

von Dr. Reinhard Wichels, Dipl. Kaufmann Benjamin Behar, Prof. Dr. Rainer Salfeld, McKinsey, München

In den letzten 15 Jahren hat der Druck auf die Krankenhäuser, ihre Kostenstruktur zu verbessern, kontinuierlich zugenommen. Erstmals 1992 sahen sich die Krankenhäuser auf Grund der vom Gesetzgeber vorgenommenen Begrenzung des Pflegesatzbudgets gezwungen, anfallende Kostensteigerungen durch Rationalisierungen aufzufangen. Seit 2004 wurde die Gangart mit der schrittweisen Einführung des pauschalierten Entgeltsystems weiter verschärft. Krankenhäuser, deren individueller Fallwert oberhalb des Landesbasisfallwertes liegt, müssen zum Teil erhebliche Erlösverluste kompensieren.

**Krankenhäuser haben auf wirtschaftliche Zwänge flexibel reagiert**

Als Gruppe betrachtet haben die Krankenhäuser auf die wirtschaftlichen Zwänge mit bemerkenswerter Flexibilität reagiert: Sektorweit ist es ihnen gelungen, ihre Produktivität Jahr für Jahr um durchschnittlich vier Prozentpunkte zu steigern. Ermöglicht wurden diese Produktivitätssteigerungen – in Zeiten „gedeckelter“ Budgets – vor allem durch Kosteneinsparungen. Die Konsequenzen für alle Beteiligten waren schmerzhaft. Ein Teil der Krankenhausmitarbeiter hat inzwischen seinen Arbeitsplatz verloren. Für die übrigen sind Leistungsverdichtungen und eine immer höhere Arbeitsbelastung während der Dienstzeiten inzwischen zur alltäglichen Erfahrung geworden. Auch für Chefarzte war es nicht einfach, ihren Mitarbeitern die Erforderlichkeit der Maßnahmen und Einschnitte zu vermitteln.

**Statt Dauersparen jetzt Leistungsausweitung**

2005 erfolgte mit der zuletzt verabschiedeten Gesundheitsreform erfreulicherweise eine grundlegende Wende: Mittlerweile sind Fallzahlensteigerungen ein probates Mittel zur Einnahmensteigerung geworden – auch wenn sie derzeit den Krankenhäusern nur anteilig vergütet werden. Damit erhalten die Krankenhäuser erstmals die Chance, ihre Produktivität weiter zu steigern, ohne zusätzliche Kostensenkungen vornehmen zu müssen. Statt Dauersparen ist jetzt Leistungsausweitung angesagt.

**Möglichkeiten der Integrierten Versorgungsformen ausloten**

Allerdings sind Fallzahlensteigerungen alles andere als ein Selbstläufer: Um die neuen Freiheitsgrade offensiv zu nutzen, muss man zum einen intern für die nötige Akzeptanz sorgen, zum anderen in der Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich die bestehenden Stellhebel konzertiert einsetzen. Darüber hinaus sind die auf den ersten Blick äußerst attraktiven Möglichkeiten der Integrierten Versorgungsformen frühzeitig, aber auch mit großer Bedachtsamkeit auszuloten.

## 1. Fallzahlsteigerung – alle Beteiligten profitieren

Mit Fallzahlsteigerungen verbinden sich vielfältige positive Effekte – sowohl aus Perspektive der Ärzte als auch des Managements.

Aus ärztlicher Sicht lässt sich damit ein breiteres klinisches Spektrum abdecken, ohne dass die geforderten Mindestfallzahlen in Einzelindikationen unterschritten werden. Insofern ermöglichen höhere Fallzahlen eine breitere Ausbildung und Weiterbildung. Überdies ist eine arbeitszeitkonforme – für alle erträgliche – Dienstplanung einfacher umsetzbar, wenn die Abteilungsgröße die Mindestbesetzung deutlich überschreitet. Auch die chronisch knappen Investitionsmittel lassen sich leichter vertreten, womit beispielsweise die Anschaffung eines differenzierteren Geräteparks ermöglicht wird.

**Ärztliche Sicht:  
breiteres klinisches  
Spektrum**

Aus Sicht der Pflege ermöglichen steigende Fallzahlen eine höhere Standardisierung der Abläufe und damit häufig auch ein rationelleres Arbeiten. Am erfreulichsten ist dabei, dass aus Fallzahlsteigerungen resultierende Produktivitätsverbesserungen dem ständigen Abbau von Arbeitsplätzen entgegenwirken.

**Pflege: höhere  
Standardisierung  
der Abläufe**

Aus ökonomischer Sicht ist es vorteilhaft, dass die zusätzlichen Fälle in der Regel zu Grenzkosten erbracht werden können – was zu einer merklichen Verbesserung der wirtschaftlichen Situation des Hauses insgesamt beiträgt.

**Ökonomische Sicht:  
Fallzahlsteigerung  
zu Grenzkosten**

Diese positiven Effekte gilt es deutlich zu machen – und aufzuzeigen, dass eine nachhaltige Fallzahlensteigerung de facto eine „Win-Win“-Situation für alle Beteiligten schafft. „Nachhaltig“ heißt, dass sich die Behandlungsleistung/Produktivität des eigenen Hauses relativ zu den anderen Krankenhäusern verbessert – messbar in einem Anstieg der regionalen Marktanteile. Nicht gemeint sind damit Pseudo-Effekte – wie sie zum Beispiel durch eine Steigerung der Fehlbelegungsquote erreichbar sind. Dabei werden lediglich ambulant behandelbare Patienten in den stationären Bereich verlegt, um über künstlich aufgeblähte Fallzahlen höhere Erlöse zu generieren.

## 2. Die Einweisung durch Niedergelassene forcieren, ohne andere Stellhebel zu vernachlässigen

Es gibt vier Wege, auf denen Patienten in den stationären Bereich eines Krankenhauses gelangen. Drei davon können nur in beschränktem Umfang zur Steigerung der Fallzahlen benutzt werden:

- Die Überstellung aus den Privat- und Ermächtigungsambulanzen der Krankenhäuser zur stationären Belegung: Erstellt man „Hit“-Listen mit den größten Überweisern, so finden sich – wenig verwunderlich – die Chefarzte des eigenen Hauses häufig in der Spitzengruppe. Gleichwohl lässt sich eine Ausweitung des Ambulanzbetriebs durch weitere Ermächtigungen in aller Regel

nur in wenigen KV-Bezirken erreichen. Denn die Versorgung durch Niedergelassene ist vor allem in Großstädten schon dicht. Zudem bieten auch Privatpatienten zwar ein attraktives – jedoch nur begrenztes zusätzliches – Fallpotenzial für die stationäre Belegung.

**Elektive Fälle lassen sich deutlich leichter steigern als Notfälle**

- Die Überweisung aus der Notfallaufnahme: Ein beachtlicher Teil der Patienten wird aus der eigenen Notfallaufnahme überstellt. In der Regel handelt es sich um Patienten, die sich eigenständig in eine notfallmäßige Behandlung begeben. Allerdings ist dieses Potenzial begrenzt, da solche Patienten erfahrungsgemäß zu 60 bis 80 Prozent nach der ambulanten Versorgung nach Hause entlassen werden können und keiner stationären Aufnahme bedürfen. Überdies erweist sich die Abrechnung dieser Patienten nach EBM aus Krankenhaussicht regelmäßig als nicht kostendeckend.
- Die Einlieferung von Notfällen durch die Rettungsdienste: Auch hier sind einer Fallzahlerhöhung enge Grenzen gesetzt. Rettungswagen können nicht beliebig das Krankenhaus ihrer Wahl anfahren, in dem sowohl der Patient als auch die Mannschaft des Rettungswagens jeweils die beste Versorgung erwarten können. Vielmehr sind sie gehalten, stets das nächstgelegene Krankenhaus anzusteuern, das eine medizinisch akzeptable Versorgung für den Patienten sicherzustellen vermag.

**Die wichtigste Gruppe: Die Niedergelassenen**

Damit verbleibt als mit Abstand wichtigstes Instrument die Steigerung der von den niedergelassenen Kollegen überwiesenen Fälle. Sie gilt es gezielt zu forcieren, ohne allerdings die anderen Stellhebel zu vernachlässigen.

Schon heute entfällt im Durchschnitt mehr als die Hälfte des Patientenaufkommens auf die Überweisung durch niedergelassene Kollegen. In den meisten Krankenhäusern sind die Einweisebeziehungen historisch gewachsen und über längere Zeiträume relativ stabil. Dies hat den Vorteil, dass auch bei Diskontinuitäten (zum Beispiel bei einem Chefarztwechsel) die Patientenzahlen nicht gleich zusammenbrechen. Kehrseite der Medaille ist, dass sich die Fallzahlen nicht ohne Weiteres steigern lassen. Vielmehr ist überlegtes und planvolles Handeln des Krankenhauses und seiner Ärzteschaft unerlässlich. Hierfür hat sich ein Vorgehen in drei Schritten bewährt.

**Verständnis der regionalen Marktausschöpfung ist elementar**

**Die Identifizierung von Einweisern mit hohem Fallzahlpotenzial**

Viele Krankenhäuser verfügen über detaillierte Statistiken zu den Wohnorten, aus denen ihre Patienten stammen. Die geografische Darstellung liefert einen guten Überblick über das Einzugsgebiet des Krankenhauses. Gleichwohl sind diese Analysen nur bedingt hilfreich, wenn es darum geht, zu verstehen, wo zusätzliche Patientenpopulationen für das eigene Krankenhaus gewonnen werden können. Denn sie setzen nicht die Fallzahl des eigenen Hauses ins Verhältnis zur Inzidenz jeder Indikation, woraus sich ein entsprechender Marktanteil für jeden Postleitzahlbezirk ermitteln lässt.

Eine derartige Analyse kann mittels eines Marktausschöpfungsinstrumentes (McKinsey MAT®) durchgeführt werden.

Im Prinzip kann man davon ausgehen, dass ein Krankenhaus typischerweise für sein unmittelbares Einzugsgebiet Marktanteile von über 60 Prozent anstrebt. Für einzelne Abteilungen mit überregionaler Reputation dürften zudem Marktanteile von 10 bis 30 Prozent in einem Radius von bis zu 100 km erreichbar sein.

Von besonderem Interesse sind nun die „weißen Flecken“, die sich innerhalb der jeweils abteilungsspezifisch erreichbaren Einzugsgebiete identifizieren lassen – das heißt Zonen, aus denen nur vergleichsweise wenige Überweisungen ins eigene Haus erfolgen. Anzunehmen ist, dass die niedergelassenen Ärzte in solchen Zonen vorzugsweise andere Krankenhäuser für die stationäre Behandlung ihrer Patienten präferieren. Damit lohnt es sich auf jeden Fall, das Gespräch mit ihnen zu suchen und herauszubekommen, warum das eigene Haus als nicht wettbewerbsfähig genug erscheint.

### **Lücken in der regionalen Einweiserstruktur erkennen**

#### **Drei Typen von Niedergelassenen**

Segmentiert man die Einweiserlandschaft insgesamt, so lassen sich drei Typen von Niedergelassenen unterscheiden, die unterschiedliche Potenziale in Sachen Fallzahlsteigerungen aufweisen:

- Niedergelassene ohne klares Einweiserprofil: Am attraktivsten erscheinen Niedergelassene ohne klares Einweiserprofil, die gelegentlich ins eigene Haus, häufig aber auch zur Konkurrenz überweisen. Meist geschieht dies aus Unkenntnis über das volle Leistungsspektrum des eigenen Hauses; weniger aufgrund negativer Erfahrungen in der Zusammenarbeit. Verstärkte und kontinuierliche Kommunikation kann hier Informationsdefizite ausräumen und zu einer nachhaltigen Fallzahlsteigerung führen.
- Niedergelassene mit fester Einweiserbindung zur Konkurrenz: Schwieriger, aber durchaus potenzialträchtig ist der Dialog mit Niedergelassenen mit fester Einweiserbindung, die bisher grundsätzlich nur an Konkurrenzkrankenhäuser überwiesen haben. In der Regel haben sie dafür einen triftigen Grund; nicht selten sind es negative persönliche Erfahrungen aus der Vergangenheit.

### **Niedergelassene ohne klares Einweiserprofil**

### **Niedergelassene mit fester Einweiserbindung zur Konkurrenz**

Auch wenn spontane Verhaltensänderungen zunächst kaum zu erwarten sind, lohnt doch der gelegentliche Austausch mit diesen niedergelassenen Kollegen. Man erhält zumindest eine aufschlussreiche Darstellung der Außenwahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit – gemessen an der Konkurrenz – sowie die eine oder andere Anregung, wie sich die Zusammenarbeit zwischen den Niedergelassenen und der Ärzteschaft im eigenen Haus weiter verbessern lässt.

**Niedergelassene Stammkunden**

■ Niedergelassene Stammkunden: Vergleichsweise geringe Fallzahlsteigerungen resultieren in der Regel aus dem laufenden Gedankenaustausch mit niedergelassenen Stammkunden, die ausschließlich oder überwiegend ins eigene Haus überweisen. Gleichwohl sind sie für den Erfolg im Einweiserwettbewerb unerlässlich. Denn die Pflege der Beziehungen und die vertiefte Zusammenarbeit ermöglichen es, das Patienten-Aufkommen auf hohem Niveau abzusichern.

**Die Kommunikation eines überzeugenden Wertversprechens**

Ein niedergelassener Kollege wird Patienten vor allem dann in ein bestimmtes Krankenhaus überweisen, wenn er sie dort klinisch hervorragend betreut sieht und alles dafür spricht, dass auch der Aufenthalt aus Patientensicht angenehm verlaufen dürfte. In der Regel fällt es niedergelassenen Ärzten schwer, nach eigenem Ermessen einzuschätzen, welches Krankenhaus sich für welche Indikationen klinisch besonders eignet.

**Klare Positionierung des eigenen Hauses wichtig**

Deshalb ist eine klare Positionierung des eigenen Hauses vorrangig: Aus ihr muss klar hervorgehen, in welchen Bereichen Spitzenmedizin geboten wird und in welchen Bereichen lediglich eine Erst- und Notfallversorgung erfolgt, die Patienten aber dann an stärker spezialisierte Häuser weiterverwiesen werden. Letzteres ist durchaus akzeptabel, denn angesichts der heute breit ausdifferenzierten Medizin können nur noch sehr große Krankenhäuser mit universitärem oder Maximalversorgungscharakter in wirklich jedem Fachbereich ein gleich hohes Kompetenzniveau vorhalten. Alle übrigen Krankenhäuser werden über kurz oder lang klare klinische Schwerpunkte setzen müssen, um eine tatsächlich überlegene Diagnose- und/oder Therapieleistung zu erbringen.

**Großer Einfluss: Unterbringungsqualität und pflegerische Zuwendung**

Ebenso haben Unterbringungsqualität und pflegerische Zuwendung großen Einfluss auf die Krankenhauswahl. Patienten schenken der Freundlichkeit und Aufmerksamkeit des Personals, der Qualität des Essens sowie der räumlichen Ausstattung häufig viel größere Aufmerksamkeit als der eigentlichen medizinischen Leistung. Ist hier die Angebotsqualität unzureichend, muss der niedergelassene Kollege jedem Patienten mühsam erklären, warum hervorragende Diagnostik und Therapie letztlich doch wichtiger sind als die vermeintlichen Betreuungsdefizite aus Patientensicht. Dies ist zeitaufwendig und veranlasst die Einweiser häufig, den Patienten in ein „schöneres“ Krankenhaus zu überweisen, welches den Betreuungskomfort möglicherweise stärker betont als die klinische Qualität.

**Den Niedergelassenen Daten und Fakten liefern**

Am überzeugendsten wirkt es auf niedergelassene Kollegen, wenn die klinische Betreuungsqualität nicht nur verbal übermittelt, sondern auch mit Daten und Fakten unterfüttert wird. Vor allem Daten zu Struktur- und Prozessqualität werden zunehmend über den Qualitätsbericht hinaus ausgewiesen. Gleichsam wächst der Anspruch, auch die letztlich entscheidende Ergebnisqualität auszuweisen.

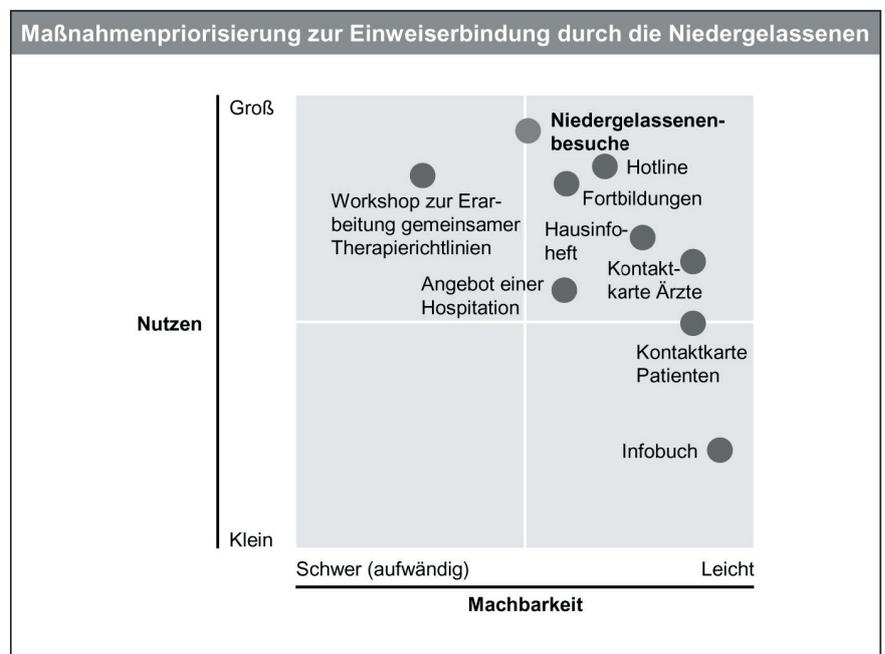
**Arbeitsabläufe zwischen Krankenhaus und Niedergelassenen**

Fast alle niedergelassenen Kollegen legen großen Wert darauf, die Arbeitsabläufe zwischen dem Krankenhaus und ihrer Praxis so reibungslos wie möglich zu gestalten. Denn nur so sind sie imstande, in ihrer Praxis jeweils große Patientenzahlen in kurzer Zeit zu behandeln und zu betreuen. Wie wir anhand der Auswertungen von Besuchen bei Niedergelassenen in Großstadtlagen feststellen konnten, besteht vielfach der Wunsch nicht nur nach einem schnellen Kontakt zu den Krankenhausärzten, sondern auch nach Fortbildungsangeboten und/oder auch Möglichkeiten zur Hospitation. Für das Krankenhaus ist es häufig nur ein geringer Aufwand, entsprechende Maßnahmen zu definieren.

**Fortbildungsangebote und Möglichkeiten zur Hospitation bieten**

Nicht wenige niedergelassene Kollegen wünschen sich eine verstärkte Zusammenarbeit bei der prä- und poststationären Betreuung der Patienten. Häufig kann ein Teil der Diagnostik bereits in der Praxis erfolgen; ebenso kann die Nachbetreuung rascher als bisher von den Niedergelassenen übernommen werden. Solche Zusammenarbeitsmodelle bedürfen einer relativ großen Fallzahl, um sektorübergreifende „Behandlungspfade“ – von der Erstdiagnose in der Praxis über den gesamten stationären Aufenthalt bis hin zur Nachbetreuung in der Praxis – gemeinsam zu definieren und umzusetzen. Dieser große Aufwand lohnt sich dann, wenn die Zusammenarbeit auch zu einem gemeinsamen Auftritt und Angebot gegenüber den Kassen führt (zum Beispiel bei Integrationsverträgen).

**Verstärkte Zusammenarbeit bei der prä- und poststationären Betreuung**



Wesentliches Instrument zur Vertiefung der Zusammenarbeit sind regelmäßige Besuche bei Einweisern (siehe auch Schaubild oben). Zur Vorbereitung solcher Besuche empfiehlt sich die Einrichtung einer speziellen Einweiserdatenbank. Mit ihrer Hilfe lässt sich das Einweisungsverhalten des betreffenden Arztes über Zeitreihenvergleiche

**Einweiserdatenbank als wichtiges Monitoring-Instrument**

erfassen. Abweichungen vom „normalen“ Überweisungsverhalten können so frühzeitig identifiziert und gegebenenfalls eine direkte Kontaktaufnahmen angestoßen werden, um die Ursache zu klären. Außerdem sind detaillierte Auswertungen des Spektrums der eingewiesenen Fälle möglich, um Lücken im Überweisungsverhalten festzustellen (zum Beispiel bei bestimmten Indikationen sowie bei bestimmten Leistungsangeboten der Fachabteilungen).

**Mehrere Gespräche mit einem Niedergelassenen müssen koordiniert werden**

Sofern mehrere Fachabteilungen Einweisergespräche führen wollen, sollten diese koordiniert werden. Das verhindert, dass innerhalb kürzester Zeit verschiedene Fachrichtungen den Kontakt zum gleichen niedergelassenen Kollegen suchen. Auch lässt sich so sicherstellen, dass die Positionierung des gesamten Krankenhauses und das Wertversprechen in gleicher Form von allen Fachabteilungen übermittelt werden. So sollte auf die jeweils partielle Präsentation einzelner Fachabteilung nach Möglichkeit verzichtet werden – vor allem dann, wenn die Gelegenheit besteht, das Klinikum in seinem gesamten Leistungsspektrum darzustellen. Standardisierte Interviewleitfäden können dabei helfen, die Kommunikation auf durchgängig einheitlichem Niveau zu halten.

**Koordination verschiedener Fachabteilungen notwendig**

Wie zahlreiche Fallbeispiele belegen, lassen sich mit einem derart professionell koordinierten Einweisermanagement rasche und nachhaltige Fallzahlsteigerungen erzielen. Wie Sie dem nachfolgenden Schaubild entnehmen können, konnte ein Klinikum der Maximalversorgung mit über 40.000 Patienten pro Jahr seine stationären Fälle innerhalb von sechs Wochen um sechs Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahrs steigern. Nach zwölf Monaten waren es acht Prozent. Dabei ist erwähnenswert, dass sich das Wachstum breit über alle Fachrichtungen hinweg darstellte und nicht nur von einzelnen Fachabteilungen getrieben wurde.

