

Winfried Zinn/Thomas Messner

Wie müssen Krankenhäuser ihre Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten in Zukunft gestalten?

Einweiserbefragung als strategisches Element der Marktsondierung

Als „Wegweiser“ sichern die einweisenden niedergelassenen Ärzte die Auslastung eines Krankenhauses und sind ohne Zweifel dessen wichtigste „Lieferanten“. Zugleich konkurrieren Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte unter anderem beim ambulanten Operieren um dasselbe Stück Kuchen des Gesundheitswesens. Krankenhausmanager und Chefärzte, die hier strategische Maßnahmen ergreifen wollen, benötigen valide Informationen über die Erwartungen und die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit dem Krankenhaus. Die Befragung der Einweiser kann solche zielgruppenspezifischen Stärken und Defizite eines Krankenhauses aufzeigen. Die Befragung als solche ist bereits ein Signal der Veränderung.

Niedergelassene Ärzte steuern direkt und indirekt die Patientenströme zu den Krankenhäusern. Untersuchungen der Forschungsgruppe Metrik belegen, dass die Krankenhauswahl des Patienten maßgeblich vom niedergelassenen Arzt beeinflusst wird. Als Beispiel sind in Tabelle 1 Ergebnisse einer Patientenbefragung dargestellt. Die Patienten wurden gefragt, welche Aspekte bei der Wahl des Krankenhauses für sie entscheidend sind (Mehrfachnennungen waren möglich):

Für über 50 Prozent der Patienten ist die Empfehlung des Haus- bzw. Facharztes der entscheidende Aspekt bei der Krankenhauswahl. Eine Wegweiserfunktion für die stationäre Versorgung („Gatekeeper“) muss die Politik den niedergelassenen Ärzten nicht mehr zuweisen: sie besitzen bereits die Schlüsselposition bei der Steuerung der Patientenströme. Die Praxisärzte sind „Hauptlieferanten“ für

Tabelle 1: Aspekte der Krankenhauswahl für Patienten

Ich entscheide mich für das Krankenhaus, weil	Prozentwert
mein Arzt es mir empfohlen hat.	56
Bekannte oder Verwandte es mir empfohlen haben.	20
der hohe medizinische Standard mir besonders wichtig war.	40
die gute pflegerische Versorgung mir besonders wichtig war.	35
die Standortnähe mir besonders wichtig war.	34
für eine christliche Atmosphäre gesorgt wird.	12
für eine menschliche Atmosphäre gesorgt wird.	32

die Kliniken. Unter den zukünftigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ist dies aufgrund der Konkurrenzsituation keine einfache Ausgangslage für die Krankenhäuser. Mit den im Internet zu veröffentlichen strukturierten Qualitätsberichten erhalten die Einweiser ab 2005 ein zusätzliches Informationsinstrument.

■ Kunde-Lieferant-Konkurrent

Das Krankenhaus ist bei der Einweisung Kunde und bei der Entlassung des Patienten Lieferant des niedergelassenen Arztes und zugleich sein Konkurrent um finanzielle Anteile der Patientenversorgung. Das deutsche Gesundheitssystem generiert damit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten eine schlecht steuerbare Grundsituation mit erheblichem Konfliktpotenzial, vor allem wenn man bedenkt, dass es sich hierbei um langfristige Beziehungen handelt, die in der Regel aus zufälligen oder KV-gesteuerten regionalen Gegebenheiten entstehen und nicht freiwillig gewählt wurden.

Es gibt stillschweigende Übereinkünfte zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, um das Konfliktpotenzial im beiderseitigen Interesse zu minimieren, beispielsweise die konsequente Rücküberweisung der Patienten in die Praxis des Einweisers. Die Veränderungen der Finanzierungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem lassen die bisher verdeckten Konflikte offenkundiger werden und belasten das Verhältnis zwischen den beiden Parteien sehr viel nachhaltiger als in der Vergangenheit.

- Die Beteiligten haben jeweils ein eigenes Budget; beide Budgets sind gedeckelt. Es besteht ein Interesse, „überschüssige und teure Fälle“ in den Budgetbereich des jeweils anderen zu schieben. Dieser Effekt ist zum Beispiel im Bereich der Inneren Medizin verstärkt am Ende des Kalenderjahres zu beobachten, ebenso in der Orthopädie.
- Die Beziehung zwischen Chefärzten und niedergelassenen Ärzten kann sehr angespannt sein. So ist der Chefarzt nicht nur Angestellter des Krankenhauses, sondern hat in den meisten Fällen eine Ambulanz, die der Praxis des niedergelassenen Arztes gleichgestellt sein kann; beide sind hier unmittelbare Konkurrenten. Auch der Vertragsarzt kann als Belegarzt mit dem klassischen Chefarzt direkt konkurrieren.
- Die Rücküberweisung aus dem Krankenhaus kann für den niedergelassenen Arzt zum Problem werden, wenn die Klinik den Patienten auf teure Medikamente eingestellt hat, die in der Praxis üblicherweise nicht verordnet werden können.
- Beim ambulanten Operieren existiert eine direkte Konkurrenzsituation, wenn der niedergelassene Arzt ambulante Operationen selber erbringt oder mit einem ambulanten Anbieter kooperiert. Die neuen Regelungen zu § 115 b SGB V beleben dieses Segment erneut.

Die im GMG enthaltenen Öffnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen sowie der einsetzende Wettlauf um Integrationsverträge sorgen im Beziehungsgeflecht Krankenhaus – niedergelassener Arzt für neue Aspekte. Bei den Integrationsverträgen ist durch die einprozentige Rechnerkürzung erstmals ein gemeinsamer Budgettopf entstanden mit entsprechenden Anreizwirkungen.

Kundenaspekt fokussieren

Angesichts der veränderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ist davon auszugehen, dass die traditionelle Klimapflege von Chefarzten zur vermehrten Zuweisung von Privatpatienten an ihre Grenzen stößt. Dies gilt vor allem nach Chefarztwechseln, wenn nachrückende leitende Ärzte die bewährten und gepflegten Netzwerke ihrer Vorgänger nicht lückenlos weiterführen können. Wenn Krankenhäuser die ambivalente Beziehung zu den niedergelassenen Ärzten zukunftsorientiert gestalten wollen, stellt sich vorrangig die Möglichkeit, die Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten unter dem Kundenaspekt zu konzentrieren. Dies ist sowohl für die vorhandenen wie auch für die angestrebten oder bereits in die Wege geleiteten kooperativen Strukturen mit niedergelassenen Ärzten (Netzwerke, Gesundheitszentren) wichtig.

Krankenhäuser müssen in Zukunft

- besser als heute wissen, an welchen Punkten der Kunde „einweisender Arzt“ mit dem Krankenhaus zufrieden bzw. unzufrieden ist und was ihm wichtig erscheint,
- mit Hilfe dieser Ergebnisse gezielt Verbesserungen in die Wege leiten,
- den Dialog mit den Einweisern kontinuierlich gestalten und intensivieren.

Die Befragung der Einweiser ist der erste systematische Arbeitsschritt, um den niedergelassenen Arzt als Kunden in den Mittelpunkt zu stellen; zugleich wird ein Signal für die einweisenden Ärzte gegeben, dass dem Krankenhaus ihre Meinung wichtig ist und der Wunsch einer guten Zusammenarbeit besteht.

Einweiserbefragung ist bereits Intervention

Im Gegensatz zur Patientenbefragung, bei der die Angesprochenen ständig wechseln und Verbesserungen als Ergebnisse der Befragung in der Regel nicht selbst oder jedenfalls nicht sofort erleben, sind die Einweiser ständige Kunden des Krankenhauses, die umgehend nachvollziehen können, ob ihre Anregungen gehört und zeitnah umgesetzt werden. Die Befragung weckt die Erwartung, dass sich danach „etwas bewegt“; ansonsten wäre die Beantwortung des Fragebogens für einen niedergelassenen Arzt verschwendete Zeit. Kommt es im An-

schluss an die Befragung zu keinen oder nur zu unzureichenden Verbesserungen, wächst aus der enttäuschten Erwartung schnell Unzufriedenheit. Die Beschäftigung mit dem Krankenhaus kann so zur Manifestation einer bereits latenten Frustration führen, weil diese erstmals bewusst wird. Eine Einweiserbefragung ist somit nicht nur ein Diagnoseinstrument, sondern bereits eine Intervention mit Folgen.

Es muss deshalb davor gewarnt werden, eine Einweiserbefragung als ausschließliches Marketinginstrument oder nur zur Qualitätsmanagement-Pflichterfüllung einzusetzen. Nur wenn ein Krankenhaus sich der Bereitschaft seiner Chefarzte, aktiv aus den Befragungsergebnissen Konsequenzen zu ziehen, sicher ist, macht der Einsatz dieses Instrumentes Sinn. Die Chefarzte sind für die Einweiser die primären Ansprechpartner; nur hier kann „auf gleicher Augenhöhe“ gesprochen werden.

GeoCon

Dienstplan SQL

www.geocon.de

Was soll eine Einweiserbefragung leisten?

Standort bestimmen

Mit Hilfe externer Vergleiche kann eine exakte Standortbestimmung in Bezug auf die derzeitige Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten erreicht werden. Die Werte anderer Krankenhäuser dienen als Maßstab, um die eigenen Stärken und Verbesserungspotenziale erkennen zu können.

Abbildung 1 verdeutlicht individuelle Stärken und Verbesserungspotenziale eines Beispielkrankenhauses. Die Stärken liegen im Bereich der Zimmerausstattung, der Freundlichkeit

Abbildung 1: Externer Vergleich

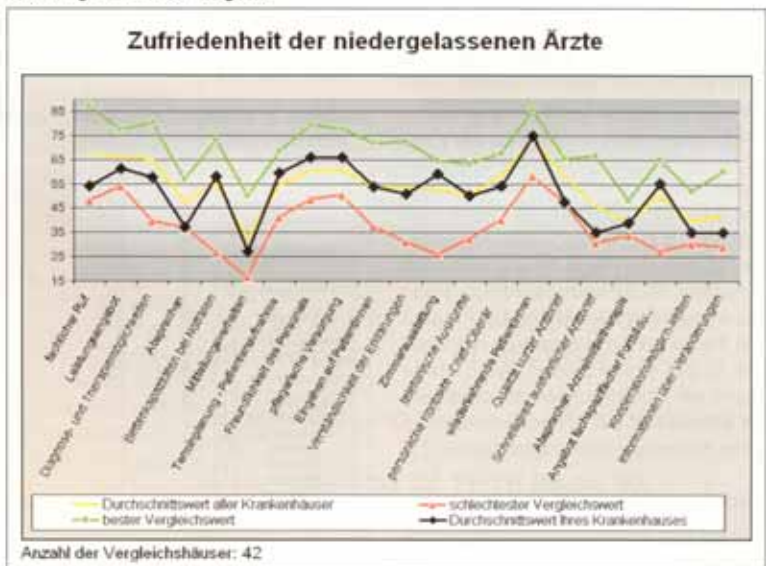


Tabelle 2: Mittelwerte im externen Vergleich

Überblick: Externer Vergleich

Differenz in Punkten	Punktwert		Fragen zur Zufriedenheit
	Wert der Stichprobe	Vergleichswert	
6	59	53	12. Die Zimmerausstattung ist ...
5	66	61	8. Die Freundlichkeit des Personals ist ...
5	59	54	7. Die Terminplanung für die Patientenaufnahme ist ...
5	66	61	9. Die pflegerische Versorgung ist ...
5	55	50	19. Das Angebot an fachspezifischen Fortbildungen durch das Krankenhaus ist ...
3	58	55	5. Die Bettenkapazitäten bei Notfällen sind ...
1	75	73	15. Die Anzahl der wiederkehrenden Patientinnen in meine Praxis nach Entlassung
0	54	54	10. Das Eingehen auf Ängste, Fragen, Wünsche der Patientinnen ist ...
0	50	50	13. Die telefonischen Auskünfte über Patientinnen während der Behandlung sind ...
-1	39	40	18. Die Absprachen zur rationalen Arzneimitteltherapie bei entlassenen Patienten
-3	51	54	11. Die Verständlichkeit der Erklärungen zur Krankheit und zur Therapie ist ...
-4	54	58	14. Die persönlichen Kontakte zu den Chef- und Oberärzten sind ...
-5	61	66	2. Das Leistungsangebot ist ...
-5	35	40	20. Die Gespräche über Kooperationsmöglichkeiten sind ...
-5	27	33	6. Das Mitteilungsverhalten, daß eine Patientin als Notfall aufgenommen wurde, ist ...
-7	35	42	21. Die Informationen seitens des Krankenhauses über aktuelle Veränderungen
-8	56	65	3. Die vorhandenen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sind ...
-10	37	48	4. Die Absprachen zur Vermeidung einer Doppeldiagnostik sind ...
-11	35	46	17. Die Schnelligkeit der Zusendung des ausführlichen Arztbriefes ist ...
-11	48	59	16. Die Qualität des kurzen Arztbriefes ist ...
-14	54	68	1. Der fachliche Ruf ist ...

des Personals, der Terminplanung bei der Patientenaufnahme und der pflegerischen Versorgung; hier liegen die Werte über dem Durchschnitt der anderen Häuser. Verbesserungspotenziale sind beim fachlichen Ruf, bei der Qualität des kurzen Arztbriefes und bei der Schnelligkeit der Zusendung des ausführlichen Arztbriefes zu erkennen (unterdurchschnittliche Werte). Deutlich wird, dass die einzelnen Zufriedenheitswerte nicht additiv zu einer Gesamtzufriedenheit zusammengefasst werden dürfen. Notwendig ist vielmehr eine detaillierte Betrachtungsweise.

Individuelle Zufriedenheitswerte erhalten ihre Aussagekraft nur durch den Vergleich zum Durchschnittswert anderer Häuser: Bei Frage 12 und bei Frage 7 hat das Beispielkrankenhaus einen Punktwert von 59 erreicht; bei Frage 3 mit 58 nur einen geringfügig niedrigeren. In den ersten beiden Fällen wurde damit ein überdurchschnittliches und im letzten Fall ein unterdurchschnittliches Ergebnis erzielt (siehe Tabelle 2).

Wichtigkeit einordnen

Neben der Erhebung der Zufriedenheitswerte der Einweiser ist es wichtig,

deren Erwartungen in Erfahrung zu bringen und auch hier die Ergebnisse mit den Werten anderer Krankenhäuser zu vergleichen. In der Wichtigkeits-Zufriedenheitsmatrix in Abbildung 2 werden auf der X-Achse die erreichten Punktwerte der abgefragten Themen und auf der Y-Achse die Abweichungen zum Durchschnittsergebnis der Vergleichskrankenhäuser skaliert. Deutlich wird, dass für die Einweiser des Beispielkrankenhauses die Freundlichkeit des Personals, der fachliche Ruf, die pflegerische Versorgung und das Eingehen auf die Patienten die höchste Priorität haben. Die deutliche Differenz zum Durchschnittswert zeigt, dass die Verbesserung des fachlichen Rufs einen hohen Stellenwert in der Strategie dieses Krankenhauses haben sollte; die 3 anderen Nennungen (Nr. 5, 8, 9) können bereits jetzt im Marketing eingesetzt werden.

Zielgruppen unterscheiden

Ein Vergleich nach dem Häufigkeitsgrad der Einweisungen ist sinnvoll, um gezielt Aussagen über die Kooperation mit den spezifischen Gruppen machen zu können. Das Bei-

Tabelle 3: Interner Vergleich nach Häufigkeit der Einweisung

Gruppenvergleich nach Häufigkeit der Einweisungen	Anzahl:	Anzahl:		
		16	10	18
Für die Frage: Zufriedenheit	Gesamt	Nicht-Kooper. Einweiser	Wenig-Einweiser (<20)	Viel-Einweiser (>20)
1. Der fachliche Ruf ist ...	54	60	67	43
2. Das Leistungsangebot ist ...	61	64	63	57
3. Die vorhandenen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sind ...	58	62	63	52
4. Die Absprachen zur Vermeidung einer Doppeldiagnostik sind ...	37	43	37	33
5. Die Bettenkapazitäten bei Notfällen sind ...	58	53	59	61
6. Das Mitteilungsverhalten, daß eine Patientin als Notfall aufgenommen wurde, ist ...	27	36	38	18
7. Die Terminplanung für die Patientenaufnahme ist ...	59	64	58	56
8. Die Freundlichkeit des Personals ist ...	66	60	78	67
9. Die pflegerische Versorgung ist ...	66	64	62	69
10. Das Eingehen auf Ängste, Fragen, Wünsche der Patientinnen ist ...	54	67	62	38
11. Die Verständlichkeit der Erklärungen zur Krankheit und zur Therapie ist ...	51	56	52	46
12. Die Zimmerausstattung ist ...	59	53	50	67
13. Die telefonischen Auskünfte über Patientinnen während der Behandlung sind ...	50	60	50	41

Abbildung 2: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Matrix im externen Vergleich

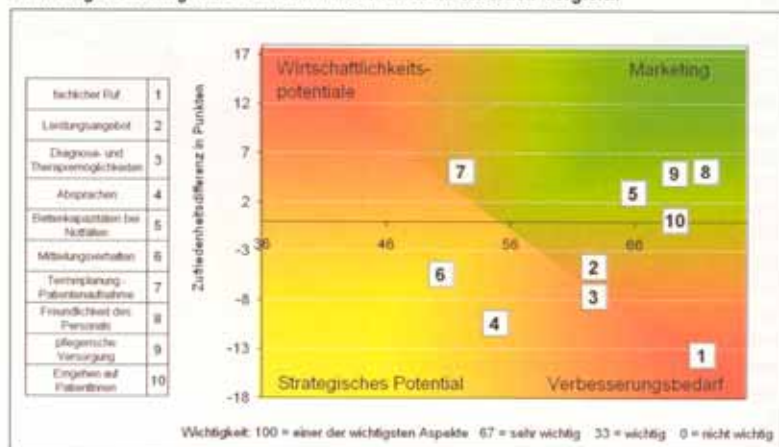


Tabelle 4: Interner Vergleich nach Fachabteilungen

Gruppenvergleich nach Fachabteilungen	Anzahl:	25	19
Für die Frage: Zufriedenheit	Gesamt	Gesamthaus	Innere
1. Der fachliche Ruf ist ...	54	64	41
2. Das Leistungsangebot ist ...	61	67	54
3. Die vorhandenen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sind ...	58	64	50
4. Die Absprachen zur Vermeidung einer Doppeldiagnostik sind ...	37	43	30
5. Die Bettenkapazitäten bei Notfällen sind ...	58	57	59
6. Das Mitteilungsverhalten, daß ein/e PatientIn als Notfall aufgenommen wurde, ist ...	27	41	10
7. Die Terminplanung für die Patientenaufnahme ist ...	59	65	52
8. Die Freundlichkeit des Personals ist ...	66	65	67
9. Die pflegerische Versorgung ist ...	66	64	69
10. Das Eingehen auf Ängste, Fragen, Wünsche der PatientInnen ist ...	54	63	40
11. Die Verständlichkeit der Erklärungen zur Krankheit und zur Therapie ist ...	51	57	43
12. Die Zimmerausstattung ist ...	59	56	63
13. Die telefonischen Auskünfte über PatientInnen während der Behandlung sind ...	50	61	37

spiel in Tabelle 3 zeigt, dass – im Gegensatz zu den Wenig-Einweisern – gerade Viel-Einweiser mit einigen Leistungen des Krankenhauses bzw. der Krankenhausärzte nicht zufrieden sind (vergleiche Fragen 1, 3, 6, 10, 11, 13).

Fachabteilungen vergleichen

Eine Unterscheidung nach Fachabteilungen macht dann Sinn, wenn die Einweisenden hauptsächlich in eine bestimmte Fachabteilung einweisen. Der interne Fachabteilungsvergleich in Tabelle 4 zeigt, dass die Zufriedenheit mit der Inneren Medizin im Vergleich zum Gesamthaus in fast allen Bereichen wesentlich niedriger ist.

Die Beurteilungen der Bettenkapazität bei Notfällen, der Freundlichkeit des Pflegepersonals und der pflegerischen Versorgung (vergleiche Fragen 5, 8, 9, 12) zeigen keine fachabteilungsspezifischen Abweichungen.

Fazit

Die konfliktreiche und schlecht steuerbare Grundsituation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten ist systemimmanent, politisch gewollt und wird angesichts des zunehmenden finanziellen Drucks und wachsender Konkurrenz noch deutlich steigen. Krankenhäuser können dieses Konfliktpotenzial verringern, wenn sie ihre Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten vorrangig unter dem Kundenaspekt gestalten. Um entsprechende strategische Maßnahmen ergreifen zu können, reichen allgemeine Erfahrungen über das Einweiserverhalten nicht aus. Einweiserbefragungen werden sich daher zu einem Standardinstrument der Qualitätssicherung und des Marketings im Krankenhaus entwickeln. Ihr Einsatz ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn das Krankenhaus aus den Ergebnissen konkrete Verbesserungen herleitet, diese umsetzt und mit den Einweisern kommuniziert.

Anschrift der Verfasser:
Winfried Zinn/Thomas Messner,
Forschungsgruppe Metrik,
An der alten Schule 16, 36355 Grebenhain-Bermuthshain ■



Sonderausgabe DRGs 2004

„Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV 2004)“

Autoren: Dr. Peter Steiner, Patricia Schilz, Stefan Koerdt, Dr. Michael Schmidt

Bestellungen:

W. KOHLHAMMER GMBH, 70549 Stuttgart

**Stichwort: „Verordnungen
Fallpauschalensystem
für Krankenhäuser“**

Einzelheft	4,20 EUR
Ab 20 Stück	3,90 EUR pro Stück
Ab 50 Stück	3,50 EUR pro Stück
Ab 100 Stück	3,10 EUR pro Stück

Inkl. MwSt. und zuzüglich Versandkosten

**Telefax 07 11/76 86-84 30,
Telefon 07 11/78 63-73 03**