

## **Praktisches Einweisermanagement oder wie „schlafende Hunde“ geweckt werden!**

Von Prof. Bernd H. Mühlbauer/Philipp Fornefeld

Durch die Einführung der DRGs wird die Frage nach dem richtigen Marketing immer wichtiger. Zentrale Fragestellungen beziehen sich auf die Rolle der Einweiser und ihr Einweiserverhalten, ferner ihre Einstellungen zum Krankenhaus, das Image des Krankenhauses sowie des Benchmarking zwischen verschiedenen Krankenhäusern im Einzugsgebiet. Natürlich ist auch die Wahrnehmung der Patienten, der Angehörigen und anderer Kundengruppen für einen Marketing-Mix relevant. Im Folgenden konzentrieren sich die Ausführungen aber auch die Analyse der Daten über Einweiser und Nichteinweiser eines Krankenhauses.

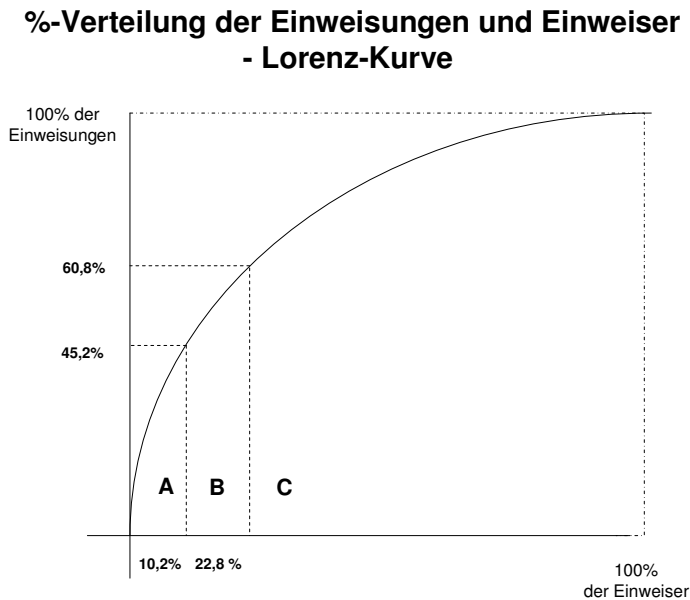
### **Das eigene Datenmaterial nutzen!**

Jedes Krankenhaus verfügt über eine Einweiserstatistik, die die Grundlage jeder Marketing-Analyse sein muss. Zunächst einmal sind die Einweiser nach der Häufigkeit ihrer Einweisungen zu klassifizieren. Ferner ist aufgrund des Datenmaterials das Einzugsgebiet der Fachabteilungen und damit das Potenzial der möglichen Patientenzahl herauszuarbeiten. Durch einen Abgleich der einweisenden Ärzte mit einem Verzeichnis aller niedergelassenen Ärzte des Einzugsgebietes kann das Einzugsgebiet insgesamt erfasst und statistisch aufbereitet werden. Nach der Nähe zum Krankenhaus und der Bedeutung entlang der Zahl der Einweisungen sowie der vermutlichen Beziehung zu anderen Krankenhäusern können auch die nicht einweisenden Ärzte nach Relevanz und Fachrichtungen klassifiziert werden.

### **Verteilung der niedergelassenen und einweisenden Ärzte**

Die einweisenden Ärzte können nach ihrem Einweiserverhalten in Form einer Lorenz-Kurve verteilt werden (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung niedergelassener Ärzte in Form einer Lorenz-Kurve



Die Abbildung 1 zeigt eine solche Verteilung, die das aktuelle Bild eines Krankenhauses wiedergibt, das im Rahmen eines Projektes betreut wurde. Eine solche Verteilung ist nicht ungewöhnlich, muss allerdings für jede Fachabteilung analysiert werden.

Für die weitere Bearbeitung ist zunächst erforderlich zu wissen, nach welcher Indikation die niedergelassenen Ärzte ihre Patienten in die jeweilige Fachabteilung einweisen. Wenn sich das Einweiserverhalten mit dem Abteilungsprofil der Fachabteilung trifft, stimmen zumindest das Fremdbild und das Eigenbild der Abteilung überein. Den niedergelassenen Ärzten ist damit das richtige Bild über die Fachspezifik der Abteilung vermittelt worden. Die nachfolgende Abbildung zeigt zwei empirisch vorgefundene Verteilungen, die einmal ein stimmiges Eigen- und Fremdbild und im anderen Fall keine Übereinstimmung zwischen den Indikationsgebieten nach Meinung der Krankenhausärzte und der Einweiser zeigt.

Abbildung 2: Eigen- und Fremdbild müssen übereinstimmen

**Eigenbild entspricht Fremdbild**

Behandlungsschwerpunkt	Hierarchierang Selbstbild	Hierarchierang Fremdbild
Knochenbruchbehandlung	1	1
Gelenkspiegelungen des Schulter-, Knie- und Sprunggelenks (Arthroskopie)	2	2
Orthopädische Chirurgie mit Gelenkersatzoperationen an Schulter-, Hüft- und Kniegelenk	3	3
Behandlungen von Sportverletzungen, Behandlung von Meniskuserkrankungen	4	4
Stabilisierende und bandplastische Gelenk-Rekonstruktionen (z. B. arthroskopische Vordere Kreuzbandrekonstruktion)	5	5
Kindertraumatologie in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik	6	7
Ambulante Operationen	6	6
Handchirurgische Eingriffe, z. B. Karpaltunnelsyndrom	7	10
Umstellungsosteotomien (Beinachskorrekturen) und andere Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates in minimal-invasiver Technik	8	9
Fußchirurgische Eingriffe (z. B. Verfahren bei Hallux valgus)	9	8
Knorpelchirurgie mit Knorpel-Knochenverpflanzung („Mosaikplastik“) und Knorpelaufbau durch Micro-Fracture-Technik am Knie und Sprunggelenk	10	11

**Eigenbild widerspricht Fremdbild**

Behandlungsschwerpunkt	Hierarchierang Selbstbild	Hierarchierang Fremdbild
Gallenblasenentfernung (auch endoskopisch)	1	6
Leistenbruchoperationen	2	8
Operationen an den Venen (z. B. Krampfadern)	3	4
Operation an Speiseröhre, Magen, Darm (gut- und bösartige Tumore)	4	10
Hals- und Schilddrüsenoperationen	5	9
Operation an Beinschlagadern (z. B. bei „Schaufensterkrankheit“)	6	3
Operationen an Halsschlagadern bei drohendem Schlaganfall	7	5
Anlage von Gefäßzugängen bei Dialysepatienten	8	7
Operation an Bauch- und Beckenschlagadern bei Ausweitung (Aneurysma) und Engen	9	2
Gefäßerweiterungen	10	1
Leber, Bauchspeicheldrüse	11	11

Letztlich ist es für ein Krankenhaus wichtig zu wissen, wie das Einweiserverhalten dann beeinflusst werden kann. Im Fall A der obigen Abbildung muss sich das Krankenhaus ein Bild über die Kosten-Erlös-Relation der Einweisungen, bezogen auf die Einweiser verschaffen. Da in den meisten Häusern keine Kostenträgerstückrechnung vorliegt, sollten den DRG-Erlösen für alle DRG-Fälle

einer Abteilung die Deckungsbeiträge der DRGs gegenübergestellt werden. Mit Hilfe einer marktüblichen Software lassen sich die Summe der DRG-Erlöse sowie eine Verteilung der Erlösbestandteile aus den DRG-Erlösen generieren.

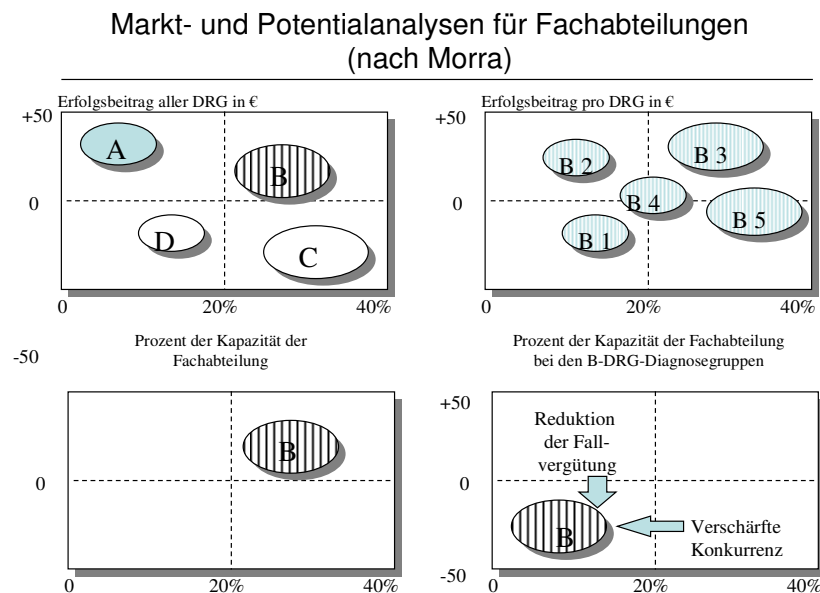
### **Einweiserverhalten und DRG-Deckungsbeiträge analysieren**

Durch die Ermittlung der Verteilung zwischen der Summe der Erlöse und den Deckungsbeiträgen im Verhältnis zur Kapazität einer Fachabteilung lassen sich nun die Deckungsgrade entlang der Kapazität bestimmen. Es nutzt überhaupt nichts, abstrakt von einer Steigerung der Fallzahlen pro Einweiser oder pro Fachabteilung auszugehen, um die DRG-Erlöse zu steigern, wenn sowohl eine Fallzahlsteigerung kontraproduktiv wäre (Deckungsbeiträge niedriger als Grenzkosten) als auch eine Fallzahlsteigerung die vorhandene Kapazität der Abteilung überfordern würde (vgl. Abbildung 3).

### **Fachabteilung der Zukunft entwerfen**

Spätestens zu diesem Zeitpunkt sollte eine Zukunftskonzeption für die Fachabteilung vorliegen. Die anvisierte Kapazität nach DRGs und nach Deckungsbeiträgen sollte das zukünftige Leistungsspektrum der Abteilung repräsentieren. Das Leistungsspektrum wird sich u. U. deutlich vom heutigen Leistungsspektrum unterscheiden. Eine Verschiebung im Leistungsprofil ist durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst, die es zu bedenken gilt. So kann durch eine sich neu im niedergelassenen Bereich bildende Konzentration von Ärzten (MVZ), durch zunehmende ambulante Operationen, durch geänderte Leistungsangebote von Konkurrenzkliniken oder allgemein durch Verschiebungen in der Mortalität und Morbidität eine gewünschte Entwicklung der Abteilung bedroht sein.

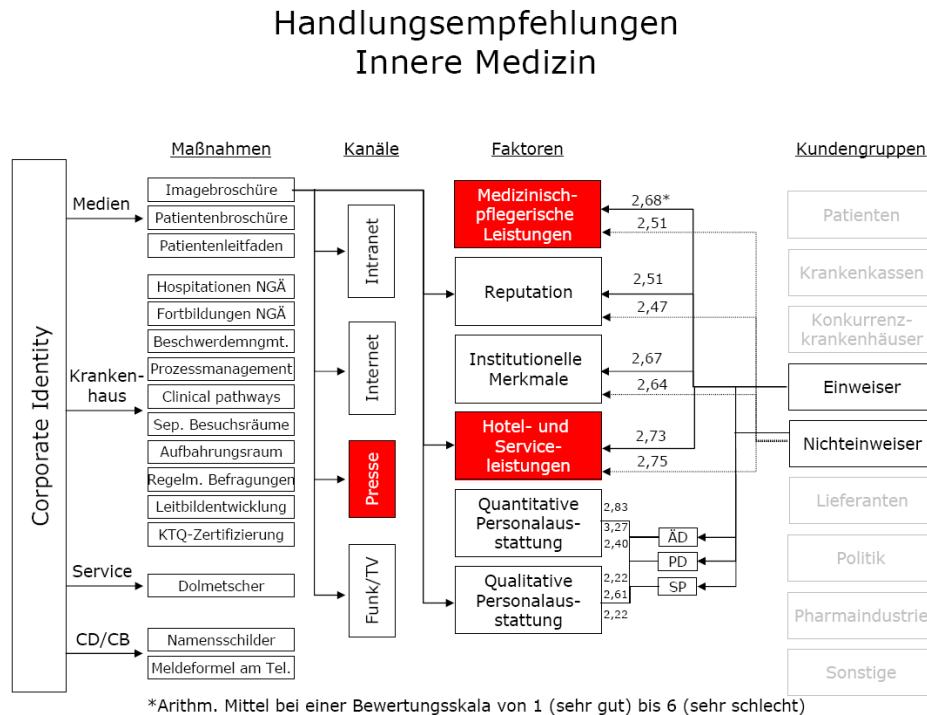
Abbildung 3: Verteilung der DRGs im Verhältnis zu den DRG-Erlösen – heute und morgen (nach Morra)



### Marketing-Strategie entwerfen – Wie man „schlafende Hunde“ weckt!

Erst zu diesem Zeitpunkt, wenn also alle oben genannten Daten ausgewertet sind, lohnt sich die Entwicklung einer entsprechenden Marketing-Strategie. Das diese einerseits aus Elementen bestehen muss, die das ganze Krankenhaus betreffen, andererseits fachabteilungsbezogen konzipiert sein muss, ist dem Praktiker unmittelbar einsichtig. Zur Entwicklung einer solchen Strategie ist eine Kenntnis der Einstellungen und Meinungen niedergelassener Ärzte unverzichtbar. Üblicherweise werden Studien zum Einweiserverhalten eher in Form von einfachen Befragungen durchgeführt, die eine Erhebung aktueller Meinungen, Einstellungen und Wünsche beinhalten. Dies reicht nicht hin. Eine gute Einweiserstudie geht nach einem formativen Konzept vor. Mit Hilfe der Befragung wird bereits der Versuch unternommen, das Einweiser- und Nichteinweiserverhalten in bestimmter Weise direkt zu beeinflussen! Marketing heißt im übertragenen Sinne: **den Markt machen!** Das Ergebnis einer solchen Strategie lässt sich dann mit Hilfe verschiedener Instrumente ausarbeiten, die einen Marketing-Mix umfassen.

Abbildung 4: Marketing-Mix einer Fachabteilung nach einer formativen Marketing-Strategie (exemplarisches Beispiel)



Aus Abbildung 4 wird deutlich, dass im Rahmen einer formativen Strategie alle wesentlichen Instrumente, Kanäle und Faktoren ausgewertet bzw. gestaltet werden müssen. Im Sinne einer Gegenstromstrategie müssen die Ergebnisse aus den Bewertungen der Einweiser und Nichteinweiser dann in Bezug auf die Inhalte verarbeitet werden, die bislang als „Schwächen“ bewertet wurden. Die „Botschaften“ im obigen Beispiel einer Imagebroschüre wären dann so zu wählen, dass die scheinbaren oder wirklichen Schwächen in Stärken umgewandelt werden. In einer Vielzahl von Projekten wurde festgestellt, dass den Einweisern manche Imagemerkmale nur verdeutlicht werden müssen, weil sie bislang anders als gewünscht von ihnen wahrgenommen werden.

Übrigens entscheidet sich genau an diesem Teil der Erfolg eines Marketing-Managements im Krankenhaus. Wenn einer systematischen Analyse keine

tatsächliche Handlung und ein entsprechendes Projektmanagement folgen, kann sich ein Krankenhaus die Arbeit zum effektiven Einweisermanagement sparen und „die Hunde schlafen lassen“.

Verfasser:

**Prof. Bernd H. Mühlbauer**

Fachhochschule Gelsenkirchen,

Fachbereich Wirtschaft,

Schwerpunkt „Management im Gesundheitswesen“

**Dipl. Betriebswirt Philipp Fornefeld**

bh.m Prof. Bernd H. Mühlbauer

Krankenhaus- und Unternehmensberatung GmbH

Am Brambusch 17

44536 Lünen

[s.muehlbauer@bhm-beratung.de](mailto:s.muehlbauer@bhm-beratung.de)