

Flexibilität und Differenzierung wird für Krankenkassen zur Überlebensfrage

## Die Konstante ist der Wandel

Die gesundheitspolitischen Veränderungen zum 1.1.2009 waren bahnbrechend. Gesundheitsfonds, einheitlicher Beitragssatz, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), Zusatzbeiträge. Seit dem 1.1.2010 sind zudem alle Krankenkassen insolvenzfähig, was im nächsten Jahr vielleicht schon wieder ganz anders aussehen könnte. Wie auch immer: Die Überlebenschancen einer Krankenkasse hängen im Wettbewerb von ihrer Flexibilität und ihrer Fähigkeit ab, maßgeschneiderte Versorgungsangebote zu entwickeln. Eine passgenaue informationstechnologische Unterstützung ist dabei der Schlüssel zum Erfolg.

>> Krankenkassen, die sich auf permanent ändernde Rahmenbedingungen einstellen wollen, müssen sich von ihren Mitbewerbern positiv unterscheiden. Nur dadurch verhindern sie, dass Versicherte in größerem Ausmaß abwandern, und sichern so ihr wirtschaftliches Überleben. Geeignete Lösungen sind in zwei Bereichen erforderlich: Auf der Individualebene für die Bedürfnisse der Versicherten, ihre Betreuung und Steuerung. Auf der Vertragsebene sind praktikable Selektivverträge im Beschaffungs- und Versorgungssegment das A und O.

Dabei ist modernes Versorgungsmanagement nur mit einer entsprechenden IT-Infrastruktur möglich. Sollen neue Komponenten implementiert werden, ist auf einen individuellen Kassenzuschnitt zu achten und auf eine bereits bestehende IT-Landschaft in der Kasse Rücksicht zu nehmen. Um die Beziehungen zu ihren Versicherten zu pflegen, mit ihnen zu kommunizieren, ihre Situation zu analysieren und ihren Bedürfnissen entsprechende Leistungen anzubieten, nutzen viele Krankenkassen heute schon ausgeklügelte Customer-Relationship-Management-Systeme (CRM-Systeme). Aber nicht nur das Kundenbeziehungsmanagement, auch das Versorgungsmanagement muss der CRM-Logik folgen. Kunden können im Versorgungsmanagement nur dann angemessen angesprochen und gesteuert werden, wenn je-

derzeit Aktualität und Transparenz gegeben sind. Eine entsprechende CRM-Anwendung wird damit zum erfolgskritischen System einer modernen Krankenversicherung.

Wie die Lösung letzten Endes auch aussehen mag: Sie muss in der Lage sein, die Welten der Kostenträger und Leistungserbringer gemeinsam abzubilden. Nur so sind notwendige Versorgungsleistungen zielgenau, am richtigen Patienten, zur richtigen Zeit und am richtigen Ort möglich (s. S. 18: Beitrag „Lücken schließen, Neues integrieren“ von Hartmut Scholz).

### Versicherte schauen heute nicht nur auf das Geld

Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, geht das nicht als Abzug irgendwo auf der Gehaltsabrechnung unter, sondern wird vom Versicherten unmittelbar über eine Sollbuchung auf dem Girokonto wahrgenommen. Das Risiko, dass der eine oder andere über eine Alternative zu seiner Krankenkasse nachdenkt, ist deshalb nicht gerade gering (s. S. 17f: „Vernetzte IT-Infrastruktur ein Muss“ von Grit Klickermann).

Eine Krankenkasse, die mehr

>> **60 Prozent** der Versicherten würden bei der Erhebung eines Zusatzbeitrags oder bei der Einschränkung des Leistungsangebotes die Kasse wechseln.

(vgl. Terra Consulting Partners (TCP) und spectrum|K, Studie „Versorgungsmanagement wird zur Arena des Wettbewerbs in der Krankenversicherung – und Kommunikation ist die Speerspitze“ vom Juli 2009).

Geld benötigt, als ihr aus den fixen Beitragszuweisungen vom Gesundheitsfonds und den gedeckelten Zusatzbeiträgen zusteht, läuft Gefahr, insolvent zu werden, ohne etwas dagegen tun zu können. Nach den derzeitigen Plänen der Bundesregierung könnte sich das schon im nächsten Jahr wieder ändern. Ein weiter entwickelter Zusatzbeitrag könnte den Kassen mehr Finanzautonomie und damit eine größere finanzielle Flexibilität im Wettbewerb verschaffen.

Ob diese Pläne allerdings realisiert werden, ist unklar. Und selbst wenn: Ob die nächste Regierung dem Ganzen nicht wieder einen Strich durch die Rechnung macht, steht in den Sternen. Gerade das in der Politik vorherrschende Denken in Legislaturperioden erfordert von den Krankenkassen, mindestens alle vier Jahre die Strategiediskussion neu zu führen. Welche Rolle spielen zum Beispiel künftig Hausarztverträge? Wird die Steuerungs- und Lotsenfunktion des Hausarztes weiter ausgebaut oder wieder zurückgefahren? Aussagen darüber dürften ähnlich zuverlässig sein wie Wetter- oder Börsenprognosen für das Jahr 2014.

Wirtschaftliche Überlebensfähig-

**SCHWERPUNKT:**  
IT-gestützte Services im Versorgungsmanagement von Krankenkassen

> S. 1-30

### Terminspiegel November 2010

Datum	Wer	Ort
03.11.20	1. Nat. Fachkongress Telemedizin	Berlin
13.11.10	Netzstrategien	Nürnberg
17.11.10	Medica 2010	Düsseldorf
29.11.10	15. Handbellsblatt Jahrestagung Health	Berlin

Von „Versorgungsmanagement Kompakt“ (vm-k) empfohlene Termine.

>> **54 Prozent** der Versicherten stehen Premium-Angeboten, die mehr kosten, aufgeschlossen gegenüber (vgl. TCP/spectrum|K-Studie 2009).

higkeit setzt auch ein effektives Finanzmanagement voraus. Das bedeutet im Grunde nichts anderes, als auf der Einnahmenseite die Mechanismen des Morbi-RSA zu verstehen und zu versuchen, die Ausgaben unter dieser Marke zu halten. Und einzuschätzen, ob die Morbi-RSA-Krankheiten von heute auch noch die Krankheiten von morgen sind. Aussagekräftige Datenanalysen zu betreiben, ist damit die erste große Herausforderung einer Kasse (s. S. 9f: „Eine Herausforderung multidimensionaler Art“ von Peter Braasch und S. 13f: „Keine Therapie ohne Diagnose“ von Zeynep Kania).

Die zweite große Herausforderung besteht darin, vor dem Hintergrund eines hohen Ausgabendrucks dem Versicherten den Mehrwert seiner Kasse zu erklären, insbesondere dann, wenn die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu rechtfertigen ist.

>> >> Lesen Sie weiter auf Seite 2

08/10 2. Jahrgang

# Kompakt **versorgungs-** & IT **management** Kompendium

Fortsetzung von Seite 1

>> >> Im BKK-System, das sich bis 2008 vor allem durch günstige Beiträge definiert hat, kommt dies einem Paradigmenwechsel gleich. Ein Zusatzbeitrag muss daher mit besseren Leistungen begründet werden, die der Versicherte woanders nicht bekommt. Zusätzliche Leistungen zu einem angemessenen Preis, die ihm deutlich machen, dass sich seine Kasse um ihn kümmert. Das senkt die Neigung des Mitglieds zu einem Kassenwechsel deutlich.

## Inhalt

### Editorial

**IT wird zum Enabler** 20

Peter Stegmaier, Herausgeber von „Versorgungsmanagement Kompakt“

### Redaktion

**Die Konstante ist der Wandel** 1-3

Flexibilität und Differenzierung wird für Krankenkassen zur Überlebensfrage

**Voraussetzung und Treiber von Versorgungsqualität** 4-6

Interview: Ingo Werner, Geschäftsführer der spectrum|K GmbH, Berlin/Essen

**„Klassiker im Selektivvertragsgeschäft** 7-8

Die gesamte Dienstleistungskette im Arzneimittelbereich

**Eine Herausforderung multidimensionaler Art** 9-10

Finanzorientiertes Risikomanagement als Garant der Wettbewerbsfähigkeit

**Hausarzt und Kasse steuern den Versicherten** 11-12

Hausarztzentrierte Versorgung und Disease-Management-Programme

**Keine Therapie ohne Diagnose** 13

Beratungsbedarf im Vertrags- und Fallmanagement

**Selektivverträge als Teile des Gesamtkonzeptes** 14-15

medaktiv ExtraCheck Diabetes Auge und chronischer Rückenschmerz

**Unterstützung ganz nah am Versicherten** 15-16

Pflegeberatung und Telefoncoaching

**Vernetzte IT-Infrastruktur ein Muss** 17-18

Die Zukunft des Beitragseinzugs in der gesetzlichen Krankenversicherung

**Lücken schließen, Neues integrieren** 18-19

IT-Unterstützung für das Versorgungsmanagement

**IT-Dienstleister stellen sich vor** 21 ff.

>> **Knapp 50 Prozent** der Versicherten erwarten von ihrer Kasse eine aktive Lotsenfunktion (vgl. *TCP/spectrum|K-Studie 2009*), 46 Prozent der Versicherten empfinden einen persönlichen Ansprechpartner vor Ort als sehr wichtig (vgl. *BKK Bundesverband, Bevölkerungsumfrage, November 2009*).

Versichertenbefragungen und Kundenzufriedenheitsanalysen zeigen, dass sich Krankenkassen nicht nur mit Zusatzleistungen um ihre Versicherten kümmern sollten. Auch einen Heilungsprozesses im Krankheitsfall zu steuern und zu begleiten, kann für Versicherte einen enormen Mehrwert darstellen. Die Versicherten sollten wissen, an wen sie sich bei Bedarf wenden können, wenn der Kontakt mit den Leistungserbringern nicht ausreichend sein sollte. Eine „Versorgerkasse“ vermittelt diesen Eindruck und das nachvollziehbare Gefühl, gut aufgehoben zu sein. „Wenn mal etwas passiert, dann machen die das schon.“

## Impressum **versorgungsmanagement kompakt** - Entscheiderinformationen für Leistungsträger

**versorgungsmanagement kompakt**  
Entscheiderinformationen für Leistungsträger  
2. Jahrgang

**Herausgeber**  
Peter Stegmaier, Bonn  
stegmaier@vm-k.de

**Chefredaktion**  
Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49-(0)228-76368-0  
Fax +49-(0)228-76368-01  
stegmaier@vm-k.de

**Redaktion**  
Olga Gnedina  
gnedina@vm-k.de  
**Verlag**  
eRelation AG - Content in Health  
Vorstand: Peter Stegmaier  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
www.ereRelation.org  
mail@ereRelation.org  
**Verlagsleitung**  
Peter Stegmaier  
**Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo**  
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49-(0)228-76368-0

Fax +49-(0)228-76368-01  
heiser@vm-k.de  
**Marketing**  
Boris Herfurth  
herfurth@vm-k.de

**Abonnement**  
„versorgungsmanagement kompakt“ erscheint unterschiedlich oft pro Jahr. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 60 EUR. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 45 EUR. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 9,21 EUR; Ausland 36 EUR.

Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.  
**Layout**  
eRelation AG, Bonn  
**Druck**  
Kössinger AG  
Fruehaufstraße 21  
84069 Schierling  
info@koessinger.de  
Tel +49-(0)9451-499124  
Fax +49-(0)9451-499101

Printed in Germany  
**Urheber- und Verlagsrecht**  
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten

Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.  
**Auflage**  
mehr als 1.000 Exemplare  
**Leserzielgruppe**  
Entscheider in Krankenkassen  
**Portal**  
www.vm-k.de

„Die“, das sind die geschulten und mit speziellen kommunikativen Fähigkeiten ausgestatteten BKK-Fallmanager, die mit den Versicherten in engem Kontakt stehen und deren Krankheitsgeschichten genau so gut kennen wie die Versorgungs- und Vertragsmodalitäten.

**>> Über 60-Jährige** empfinden Service-Angebote überdurchschnittlich häufig als sehr wichtig (vgl. BKK Bundesverband, Bevölkerungsumfrage, November 2009).

Unterstützungsbedarf besteht vor allem bei dauerhaften Problemen, die durch die besondere Situation im eigenen Umfeld noch erschwert sein können. Ob es ein pflegebedürftiger Angehöriger ist oder eine ernste, plötzlich eintretende Erkrankung diagnostiziert wird, derentwegen man schnell ins Krankenhaus muss: Gemeint ist im Grunde alles, was an Hilfe und Assistenzleistung um die eigentliche medizinische oder pflegerische Leistung herum erbracht werden kann. Krankenkassen sollten sich bereits jetzt darauf einstellen, dass ihre Versicherten auf Dauer immer älter werden und immer weniger familiäres Pflegepotenzial zur Verfügung steht. Dass möglicherweise künftig die Leistungen zum Versicherten kommen müssen, weil der nicht mehr dazu in der Lage ist, den Arzt aufzusuchen. Dies erfordert mehr Koordination und Hilfe durch die Kasse. Eine Kasse, die hier Versorgungsmanagement als inhaltlich fundiertes, substanzielles Thema nutzt, kann Versicherte zuverlässig an sich binden (s. S. 15f: „Unterstützung ganz nah am Versicherten“ von Thomas Nöllen).

Die besonderen Herausforderungen für einen Dienstleister wie spectrum|K bestehen darin, die Kasse auf diese sich ständig ändernden Rahmenbedingungen einzustellen, ohne zu wissen, welche Veränderungen konkret in welchen Zeitabständen auf sie zukommen. Eine zweifellos sehr

anspruchsvolle Aufgabe.

### Selektivverträge: Chance und Risiko zugleich

Eine Möglichkeit zur Profilierung und Differenzierung von Wettbewerbern im Kassenmarkt besteht darin, Selektivverträge abzuschließen.

Während Beschaffungsverträge, wie Arznei- oder Hilfsmittelverträge kurzfristig greifen, bieten Versorgungsverträge eher mittel- und langfristige Perspektiven (vgl. s. S. 7f: „Klassiker im Selektivvertragsgeschäft“ von Dr. Stefan Fetzer, S. 9f: „Hausarzt und Krankenkasse steuern den Versicherten“ von Birgit Schauenburg, Anja Schmitz und Sebastian Härtel sowie S. 14f: „Selektivverträge als Teile des Gesamtkonzepts“ von Sascha Mentner und Detlef Chruscz).

Das Verhältnis von Selektiv- zu Kollektivverträgen ist ähnlich dem von Aktien zu Sparbüchern: Chancen gehen immer auch mit Risiken und Sicherheit mit Langeweile einher. So können Kassen über Selektivverträge durch bessere Leistungen oder besseren Service Wettbewerbsvorteile realisieren und sind grundsätzlich frei in der Auswahl geeigneter Vertragspartner auf Leistungserbringenseite. Auf der anderen Seite drohen nicht gedeckte Mehrausgaben, wenn das Vertragsrisiko unter- und der Nutzen überschätzt wurden. Hier wird der umfassenden Erfolgsmessung von Selektivverträgen zukünftig eine wichtige Bedeutung zukommen. Außerdem sehen sich die Kassen mit teilweise unübersichtlichen Angeboten im Selektivvertragsdickicht konfrontiert. Die Versicherten auf der anderen Seite haben durch die Teilnahme an selektivvertraglichen Angeboten mehr Wahlmöglichkeiten und eventuell - über den Wettbewerb der Leistungserbringer - auch eine bessere Versorgungsqualität. Sich einen Überblick zu verschaffen und die vielen Angebote zu sondieren und zu bewerten, darum kommen sie allerdings nicht herum.

Kollektivverträge dienen

Kollektivverträge	Selektivverträge
Innovationen: eng umgrenzte Verfahren	Innovationen: komplexere Versorgungsformen
Entscheidung ist formalisiert (G-BA) eher Produktinnovationen	Entscheidung ist individualisiert eher Prozessinnovationen
Umsetzung ist geregelt	Umsetzung erfolgt in Parallelsystemen mit hohem Aufwand
Managementfähige Strukturen von Leistungserbringern sind allgegenwärtig	Managementfähige Strukturen von Leistungserbringern sind vereinzelt vorhanden
Inanspruchnahme durch Patienten ist etabliert	Inanspruchnahme und Patientensteuerung müssen organisiert werden
Kosten zusätzlicher Leistungen treffen alle Kassen	Kosten zusätzlicher Leistungen treffen die Einzelkasse

**Selektivverträge sind Kostenrisiko und Differenzierungschance zugleich**

Abb.: Kollektiv- und Selektivvertragssystem – Konsequenzen für die Praxis

hauptsächlich dazu, eine Basisversorgung auf einem standardisierten Niveau im ambulanten und stationären Bereich sicherzustellen. Die Befriedigung der individuellen Bedürfnisse einzelner Versicherter und auch einzelner Kassen ist damit nicht möglich. Jede Kasse hat eine andere Ziel- und Versichertengruppe im Visier. Selektivverträge bieten gerade einem so vielfältig aufgestellten System wie der betrieblichen Krankenversicherung die Chance, für Versicherte notwendige Leistungen zu organisieren, die vom Standard abweichen, auf diesem aufsetzen oder darüber hinaus Leistungen abbilden. Eine einzelne Betriebskrankenkasse hat im Regelfall nicht die für das Selektivvertragsgeschäft notwendige Versichertenanzahl. Nur durch die Verbindung mit anderen Betriebskrankenkassen kann sie eine Stärke erreichen, die ein durchsetzungsfähiges und ökonomisch sinnvolles Vertragsmanagement ermöglicht.

Der Erfolg von Selektivverträgen hängt vor allem von drei Faktoren ab: Passt der Vertrag zu den bestehenden primären Vertrags- und Versorgungsstrukturen, wird er von den beteiligten Partnern richtig und konsequent umgesetzt und nehmen ihn die Versicherten tatsächlich auch an? Einen Selektivvertrag irgendwo zu implementieren oder in einer bestimmten Region etwas ganz Neues zu machen, wird nicht funktionieren. Selektivverträge sollten mit Augenmaß geschlossen werden. Sie repräsentieren immer eine Art

Politik der kleinen Schritte, die als Hebel dazu dienen, an der einen oder anderen Stelle Veränderungen herbeizuführen. Passt der Vertrag in die Region, kann es dennoch an der Umsetzung scheitern. Für erfolgreiche Veränderungen sind Leistungserbringer notwendig, die auch managementfähig sind. In der Kollektivversorgung werden Managementaufgaben in der Regel von der Kassenärztlichen Vereinigung übernommen. Für Selektivverträge muss eine Parallelstruktur erst organisiert werden. Als Maxime gilt: Lieber einfache Verträge erfolgreich umsetzen als komplexe Verträge scheitern lassen. Häufig stoppt das Vertragsmanagement nach dem Vertragsschluss. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass der Vertragsschluss zwar oft schwierig ist, der Weg danach aber erst so richtig steinig wird. Hier ist Ausdauer gefragt, um Widerstände im Alltag zu überwinden. Jeder Selektivvertrag ist nur so gut wie die Zahl der Versicherten, die sich für ihn begeistern. Jede Kasse muss also Anreize dafür setzen, dass die Versicherten den Vertrag auch in Anspruch nehmen. Ansonsten gibt es viele Hunderte, wenn nicht Tausende von Selektivverträgen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen werden, aber nur auf Wenige richtig wirken. Die Entscheidung, welches Vertragsthema man angehen und umsetzen möchte, sollte also gut überlegt sein. <<

von:  
**Dr. Dirk Sunder-Plassmann\***,  
**Holger Wannewetsch\*\***

\* Leiter der Abteilung Versorgungs- und Beschaffungsmanagement der spectrum|K GmbH in Berlin  
 \*\* Referent in der Abteilung Vertragspolitik der spectrum|K GmbH in Berlin

Interview: Ingo Werner, Geschäftsführer der spectrum|K GmbH, Berlin/Essen:

# „Die beste Referenz ist ein Kunde, der wiederkommt“

Das Jahr 2010 ist für den Dienstleister spectrum|K ein Jahr der Veränderungen. Das Unternehmen hat die Umstellung von Umlage- auf Nutzerfinanzierung vollzogen. Zudem soll eine umfassende Reorganisation die Bedürfnisse der Kunden noch besser abbilden. Zukunftsfähigkeit durch ein effektives Versorgungsmanagement, das ist das Angebot von spectrum|K. Von der Analyse der individuellen Kassensituation bis zu konkreten Lösungsstrategien im Fall- und Vertragsmanagement bietet das Unternehmen Krankenkassen eine komplette Dienstleistungskette. Mal alleine, mal in Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern. Wie das im Detail aussieht, weiß Ingo Werner, Geschäftsführer von spectrum|K.

**>> Herr Werner, Versorgungsmanagement wird oft ganz unterschiedlich definiert. Was versteht spectrum|K darunter?**

Versorgungsmanagement ist ein sehr umfassender Begriff. Grundsätzlich geht es darum, für Versicherte eine optimale, das heißt ihre individuellen Bedürfnisse treffende, kostengünstige Versorgung zu organisieren. Was heißt das konkret für unsere Leistungen? Als Erstes helfen wir der Kasse dabei, die Bedürfnisse ihrer Versicherten kennen zu lernen. Dies geschieht auf einer qualitätsgesicherten Datengrundlage, einer Analyse ihrer Versicherten- und Versorgungssituation. Dann entwickeln wir Lösungsstrategien und beraten die Kasse bei der Umsetzung. Das können ganz individuelle Fallmanagement-Ansätze sein. Das kann auch die Implementierung von Versorgungsansätzen zusammen mit Leistungserbringern sein. Unser Werkzeugkoffer beinhaltet sowohl ausgesprochen individuelle Hilfestellungen als auch den Abschluss oder die Umsetzung von Selektivverträgen. Die Ziele des Versorgungsmanagements habe ich am Anfang definiert. Wir helfen dabei, diese Kette zu organisieren.

**Versorgungsmanagement ist ohne IT-Unterstützung nicht denkbar. Wie kann spectrum|K die Kassen hier unterstützen?**

Versorgungsmanagement lässt sich nicht in einer Excel-Tabelle abbilden. Das funktioniert nur mit hochkomplexen IT-Tools. Wir schlagen den Kassen keine bestimmten Lösungen vor. Aber wir kennen den Markt und unterstützen die Kassen bei der Auswahl entsprechender Dienstleister. Das heißt, wir erörtern mit den Kassen, wo genau ihre Bedürfnisse liegen und nennen ihnen dann Anbieter, die diese Wünsche befriedigen. Mit einigen davon haben wir Verträge abgeschlossen, mit anderen sind Kooperationen geplant.

**Wie hoch ist der Prozentsatz der Leistungsausgaben einer Kasse, der durch ein effizientes Versorgungsmanagement beeinflussbar ist?**

Jeder Vertrag ist nur so gut wie das Umsetzungsmanagement. Manchmal ist schon viel erreicht, wenn das Versorgungsmanagement es schafft, dass die Kosten nicht weiter steigen, sondern sich auf einem akzeptablen Niveau stabilisieren lassen. Manchmal sind aber auch Einsparungen möglich. Hier allerdings konkrete Zahlen zu nennen, wäre unseriös, weil das auch von Indikation zu Indikation sehr verschieden ist. Dienstleister sagen Kassen immer gerne: Die Kosten unserer Dienstleistung spart ihr auf jeden Fall ein. Aber da wird oft mit Zahlen jongliert, und das nicht immer zum Vorteil des Kunden. Was hat denn eine Kasse mit 100.000 Versicherten davon, wenn sie bei der Dialyse 30 Prozent einsparen kann, dafür aber nur 20 Versicherte in Frage kommen und die Einsparungen deshalb nur 0,2 Prozent der Gesamtausgaben ergeben?

**spectrum|K wirbt mit 360°-Dienstleistungen für Krankenkassen. Warum sollten die Kassen gerade spectrum|K als Dienstleister wählen?**

Im Gegensatz zu anderen Dienstleistern unterstützen wir Kassen in der Tat umfassend und nicht nur in einzelnen Nischen. Ob es um die Datenanalytik, das Datenclearing, bestimmte IT-Tools oder die Hilfsmittel- und Arzneimittelbeschaffung geht: Mit spectrum|K hat die Kasse einen einzigen Ansprechpartner für alle Herausforderungen. Wir analysieren für die Kasse, was sie in ihrer individuellen Situation an Dienstleistungen braucht und organisieren das für sie. Entweder lösen wir ihr Problem dann selbst oder beauftragen andere, kompetente Fachkräfte. Wenn wir einen Auftrag nach außen geben, sorgen wir dafür, dass er ordentlich erledigt wird. Das ist Alleinstellungsmerkmal und Leistungsversprechen von spectrum|K zugleich: Wir decken alle wesentlichen Teile der gesamten, für die Kasse notwendigen Dienstleistungskette ab.

Das können Sie aber nur dann anbieten, wenn Sie einen guten Überblick darüber haben, was eine Kasse heute schon hat und was sie morgen braucht. Bei den Arzneimitteln ist es heute die Ausschreibung, aber schon morgen wird man möglicherweise günstige Arzneimittel für Kassen ganz anders beschaffen. Es geht nicht um ein bestimmtes Produkt, sondern um die dahinterstehende Lösung.

spectrum|K hat auch ein Netz von 300 Pflegeberatern aufgespannt, das ist bisher einmalig in Deutschland. Das Beispiel zeigt auch, dass ein Dienstleister geeignetes Personal nicht unbedingt selbst stellen muss. Es genügt, wenn er das für die Kassen organisieren kann. Der Pflegeberater kennt die örtlichen Verhältnisse, weiß, welche Ärzte, Krankenhäuser oder andere Leistungserbringer er ansprechen muss. Die Kasse kann das nicht leisten, weil sie gar nicht mehr vor Ort ist, sondern lediglich ihre Versicherten dort wohnen.

**Gibt es aus dieser umfangreichen Produktpalette Dienstleistungen, die spectrum|K für Kassen besonders interessant machen?**

Da fällt mir zuerst das Thema Arzneimittelausschreibung ein. Wir waren mit die ersten im BKK-System, die sich dieser neuen Beschaffungsmöglichkeit bedient haben. Und wir waren die allerersten in der gesetzlichen Krankenversicherung, die dafür eine elektronische Vergabeplattform genutzt haben. Das ging einfacher und effizienter als bisher, weil zum Beispiel die Antworten auf Anfragen von Bietern direkt allen Bietern zur Verfügung gestellt werden konnten und man sich den Versand von zig Briefen oder Mails sparen konnte. Wir sind dort aktiv geworden, wo noch kein anderer aktiv war. Dabei kam uns zugute, dass der BKK Bundesverband zuvor schon bei den Generika die Arzneimitteladministration gemacht hat. Für die Generikaausschreibung 2010

„Jeder Vertrag ist nur so gut wie das Umsetzungsmanagement.“

Ingo Werner

wurde spectrum|K nicht nur von 73 Betriebskrankenkassen, sondern auch von der kompletten landwirtschaftlichen Krankenversicherung und mehreren Innungskrankenkassen und Ersatzkassen beauftragt.

Bei interessanten Dienstleistungen denke ich aber auch an den Zusatzbeitrag. Der ist deshalb so spannend, weil dabei die Kooperation von sieben Dienstleistern technisch umgesetzt werden muss. Dafür hat eine IT-Firma eine sogenannte Datendrehscheibe gebaut. Diese Drehscheibe sorgt dafür, dass die von den Dienstleistern gelieferten Informationen in die Kernsysteme einer Kasse eingespielt und mit den ISKV-Daten synchronisiert werden. Gerade beim Zusatzbeitrag brauchen Sie einen minutengenauen Abgleich, müssen die eingespielten Informationen sofort zur Verfügung stehen. Damit können Sie keine Woche warten. Jeder kann sehen, was der andere eingestellt hat, jeder ist auf dem aktuellen Stand. Arbeitet eine Kasse also mit mehreren Dienstleistern zusammen, muss sie sich nicht mit allen separat abstimmen, das erledigt das intelligente Synchronisierungsmodul. Das eröffnet ganz neue Perspektiven, auch für andere Prozesse. Man könnte diese Datendrehscheibe auch als eine Art Gesundheitskarte auf der Ebene des Versorgungsmanagements bezeichnen.

**spectrum|K ist noch nicht mal zwei Jahre so richtig am Markt. Woher wollen Sie da so genau wissen, was die Kassen brauchen?**

Wir haben in dieser Zeit ausreichend Erfahrung sammeln und einen guten Marktüberblick gewinnen können. Das schaffen wir vor allem dadurch, dass wir bei vielen Produkten den intensiven Austausch mit der Fachebene der Kassen suchen, um zu erkennen, wo genau die Bedürfnisse liegen. Und wie ein Produkt konfiguriert sein muss, damit es diese Bedürfnisse exakt trifft. Deshalb kommen ja schon Beratungsunternehmen auf uns zu und möchten Auskunft darüber, was unsere Kunden möglicherweise von ihnen wollen könnten. Das zeigt doch deutlich, dass sie uns eine große Markt- und Kundennähe zutrauen.

**Allerdings ändern sich die Kassenbedürfnisse doch im Laufe der Zeit?**

Diese Bedürfnisse ändern sich eigentlich ständig. Aber das ist ja auch kein Wunder, wenn man sich überlegt, was alleine zum 1.1.2009 alles anders geworden ist: Gesundheitsfonds, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, einheitlicher Beitragssatz, Zusatzbeitrag. Das hat die strategische Ausrichtung der Kassen wieder einmal gründlich über den Haufen geworfen. Und dieser Prozess wird niemals abgeschlossen sein. Deshalb bin ich auch immer so skeptisch bei Kassenbefragungen. Das sind allenfalls Bestandsaufnahmen zum Zeitpunkt X. Wenn Sie heute eine Umfrage machen, ist die in einem halben Jahr möglicherweise schon wieder Makulatur.

**Welche Referenzen können Sie konkret vorweisen?**

Ob es sich um Angebote des Finanzmanagements, des Finanzcontrollings, der Analytik, um Versorgungs- und Beschaffungs- oder IT-Themen handelt: Unsere Referenzen entstehen täglich neu durch zufriedene Kunden. Die beste Referenz ist für mich, wenn ein Kunde mich nicht nur einmal beauftragt, sondern auch noch ein zweites oder drittes Mal. Oder wenn er nicht nur einen Vertrag mit mir hat, sondern mehrere Verträge, weil er zum Beispiel mit einer Dienstleistung zufrieden ist und dann davon ausgeht, dass der Dienstleister auch in anderen Bereichen gut ist.

Eine Referenz ist für mich aber auch, dass wir den Wechsel von einer hauptsächlich umlagefinanzierten Gesellschaft zur Nutzerfinanzierung mittlerweile erfolgreich vollzogen haben. Dass wir es geschafft haben, Betriebskrankenkassen davon zu überzeugen, eine Herausforderung



Ingo Werner, Geschäftsführer von spectrum|K

mit uns anzugehen und uns nicht einfach als Dienstleister zu akzeptieren, weil das ja ohnehin durch eine Umlage über den Bundes- oder Landesverband abgedeckt ist. Dass wir Betriebskrankenkassen dafür gewinnen konnten, ihre Unterschrift unter einen Vertrag zu setzen. Nur uns das Vertrauen zu geben, das hat einen sehr hohen Wert. Alle unsere Dienstleistungsverträge sind Vertrauensbeweise unserer Kunden. Dies zeigt auch, dass spectrum|K längst kein Start-up mehr ist, das sich am Gesundheitsmarkt positionieren muss, sondern ein moderner Dienstleister, der seinen Platz im Wettbewerb gefunden hat.

**Die Zahl der Betriebskrankenkassen nimmt aufgrund von Fusionen seit Jahren stetig ab. Laufen ihnen nicht langfristig die Kunden weg?**

spectrum|K ist zwar ein Unternehmen, das aus dem BKK-Umfeld entstanden ist. Mittlerweile haben wir aber auch Dienstleistungsverträge mit Vertretern anderer Kassenarten. So geben uns auch Ersatz-

und Innungskrankenkassen ihre Daten. Das zeigt deutlich, dass wir als Dienstleister eine Vertrauensbasis auch außerhalb des BKK-Umfelds aufbauen konnten. Besonders klar hat sich dies bei unserer Arzneimittelausschreibung gezeigt: Die Kassen, die nicht aus dem BKK-System kommen und die sich letztes Mal beteiligt hatten, tun das jetzt wieder. Offensichtlich haben wir das in uns gesetzte Vertrauen gerechtfertigt. Je mehr dieser Kassen wir von uns überzeugen, desto breiter unsere Kundenbasis.

**spectrum|K stellt sich derzeit neu auf. Verschiedene Tochtergesellschaften sollen ausgegliedert werden, auch im Bereich Versorgungsmanagement. Wird sich diese Reorganisation auf das Dienstleistungsangebot auswirken?**

Die Geschäftsführer der Tochtergesellschaften werden die Verantwortung für das inhaltliche und wirtschaftliche Ergebnis haben. Und das wird nur stimmen, wenn es ihnen gelingt, die Bedürfnisse der Kassen zu befriedigen. Wenn das, was ich den Kassen anbiete, auch wirklich das ist, was die Kassen haben wollen. Und was sie auch abnehmen. Das kann für unsere Kunden nur gut sein. Da alle Tochtergesellschaften aber auch über die spectrum|K-Unternehmensgruppe miteinander verbunden sind, ist die Kontinuität des kompletten Dienstleistungsprozesses gesichert, so dass wir nach wie vor von einem umfassenden Serviceangebot aus einer Hand reden können. Aufgaben können verteilt und die Zusammenarbeit geregelt werden. Es muss allerdings immer klar sein, wer die Federführung hat und für das Endprodukt verantwortlich ist. Die Tochtergesellschaften werden sich also noch stärker auf die Bedürfnisse der Kassen konzentrieren, auf die von ihnen gewünschten Produkte. Auch dazu dient die Reorganisation von spectrum|K.

**Im Frühjahr nächsten Jahres veranstaltet spectrum|K seine vierte Tagung zum Versorgungsmanagement. Welche Schwerpunkte sind denn geplant?**

Bei unserer ersten Tagung im Dezember 2008 in Erkner ging es darum, sich einen Gesamtüberblick über das Thema und seinen Markt zu

verschaffen. Wir haben damals auch anderen Dienstleistern die Möglichkeit gegeben, ihre Ansätze darzustellen und gleichzeitig kommuniziert, dass spectrum|K diese Ansätze im Interesse der BKK zusammenführen wird. Dann wurde Anfang 2009 das Projekt Versorgungsmanagement aufgesetzt. Die zweite Tagung im Juli 2009 präsentierte erste Erkenntnisse zur Ist-Situation im BKK-System, die vor allem aus dem Teilprojekt Analytik gewonnen werden konnten. Die Tagung „Versorgungsmanagement & IT“ im November 2009 war dann der dritte Schritt. Da haben wir Anbieter von IT-Dienstleistungen vorgestellt, ein bisschen den Markt der Möglichkeiten

ausgelotet und unsere eigenen Produkte präsentiert. In der vierten Veranstaltung wird es darum gehen, die Brücke zwischen Versorgungs- und Kundenbeziehungsmanagement zu schlagen, indem wir den speziellen Aspekt der Kundenbindung durch Versorgungsangebote in den Vordergrund stellen. Zudem wollen wir an Hand des anstehenden Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes die sich hier anbahnenden Veränderungen zum Beispiel für die Arzneimittelbeschaffung deutlich machen und zeigen, wie wir im Interesse unserer Kunden darauf reagieren. Im Vordergrund steht für mich immer wieder, den Kassen dabei zu helfen, für ihre Versicherten ganz konkrete Angebote zu machen.

**Ingo Werner**

ausgelotet und unsere eigenen Produkte präsentiert.

In der vierten Veranstaltung wird es darum gehen, die Brücke zwischen Versorgungs- und Kundenbeziehungsmanagement zu schlagen, indem wir den speziellen Aspekt der Kundenbindung durch Versorgungsangebote in den Vordergrund stellen. Zudem wollen wir an Hand des anstehenden Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes die sich hier anbahnenden Veränderungen zum Beispiel für die Arzneimittelbeschaffung deutlich machen und zeigen, wie wir im Interesse unserer Kunden darauf reagieren. Im Vordergrund steht für mich immer wieder, den Kassen dabei zu helfen, für ihre Versicherten ganz konkrete Angebote zu machen.

**Warum sollten sich die Kassen diese Veranstaltung keinesfalls entgehen lassen?**

Weil wir ihnen damit die Möglichkeit geben, ein Austauschforum zu nutzen und für sich selbst mal wieder neu zu definieren, welche Dinge sie brauchen, wo sie Partner brauchen und wo sie schon gut unterwegs sind. Ich würde eine solche Tagung gerne jedes Jahr machen. Den Leuten muss klar sein: Wenn sie einmal im Jahr zu spectrum|K gehen, dann wissen sie, was im Bereich Versorgungsmanagement so läuft, was es Neues auf dem Markt gibt und was spectrum|K dazu anbietet. So eine Art CeBit im Bereich Versorgungsmanagement. Nur dass wir im Gegensatz zur CeBit nicht nur Messeveranstalter, sondern in erster Linie direkter Ansprechpartner und Dienstleister für alle Fragen rund ums Thema sind. <<

# VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK Jahresabonnement & iPod sichern!

Lesen Sie 6 Ausgaben Monitor Versorgungsforschung für 90€. Unter den ersten 100 Bestellern verlosen wir 10 iPod Shuffle!  
www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement abo@m-vf.de Fax: 0228-7636801

Die gesamte Dienstleistungskette im Arzneimittelbereich

# Klassiker im Selektivvertragsgeschäft

Mit etwa 30 Milliarden Euro sind die Ausgaben für Arzneimittel nach den Ausgaben für die Krankenhäuser der zweitgrößte Kostenblock in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Gegensatz zu anderen Leistungsbereichen ist die Möglichkeit, Selektivverträge abzuschließen und flächendeckend umzusetzen, schon seit einigen Jahren fest etabliert. Der Arzneimittelbereich von spectrum|K beschäftigt sich daher vorrangig mit wettbewerblichen Fragestellungen und Dienstleistungen. Zwei Hauptaufgaben stehen im Mittelpunkt: Die operative Umsetzung von Arzneimittelrabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V und die Beschaffung von Verträgen. Mit der Arzneimittel-Analyse wird zudem ein ganz neues Produkt entwickelt.

>> Wer nutzerfinanziert arbeiten möchte, muss mögliche Nutzer zunächst überzeugen. Im Arzneimittelbereich bietet spectrum|K mittlerweile fünf Produkte an, die von Krankenkassen rege nachgefragt werden. Das sind im Rahmen der operativen Umsetzung von Arzneimittelrabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V die Arzneimitteladministration und die Meldung für die Hausarztzentrierte Versorgung sowie bei der Beschaffung von Verträgen das Basisprodukt „Arzneimittelbeschaffung“ und die Generikaausschreibungen 2009 und 2010 (zu den Arbeitsfeldern vgl. Abb. 1).

Aus der operativen Umsetzung der Arzneimittelrabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V ergibt sich unmittelbar das Produkt „Arzneimitteladministration“: Für etwa 80 Krankenkassen mit rund neun Millionen Versicherten übernimmt spectrum|K die monatliche Meldung der Rabattverträge und später deren Abrechnung sowie das Controlling. Dabei werden die Rabattinformationen pharmazeutischer Unternehmen und der Kassen zusammengeführt und über den GKV-Spitzenverband an die ABDA weitergeleitet (vgl. Abb.2). ABDA Pharma-Daten-Service ist

ein Unternehmensbereich der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH, der sich mit der Entwicklung und Produktion von Arzneimitteldaten befasst und die rabattierten Arzneimittel in der Apothekensoftware kennzeichnet. Insgesamt werden monatlich etwa 1.500 verschiedene Vertragsbeziehungen zwischen Herstellern und Kassen operativ umgesetzt. Darüber hinaus findet jährlich eine Rabattprognose für die Haushaltsplanung der Kassen und eine Aufbereitung der Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte statt.

Seit 2010 meldet spectrum|K

zusätzlich regelmäßig Daten für die Arztsoftware im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung („Meldung HzV“). Dabei werden die Rabattinformationen aus der Meldung um wichtige Strukturmerkmale ergänzt. Dazu zählen beispielsweise der ATC-Code (Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem für pharmazeutische Wirkstoffe) und die Information, ob ein Arzneimittel patentgeschützt ist oder biotechnologisch hergestellt wurde. Um die Konsistenz der Daten innerhalb der Betriebskrankenkassen zu gewährleisten, komplettiert spectrum|K

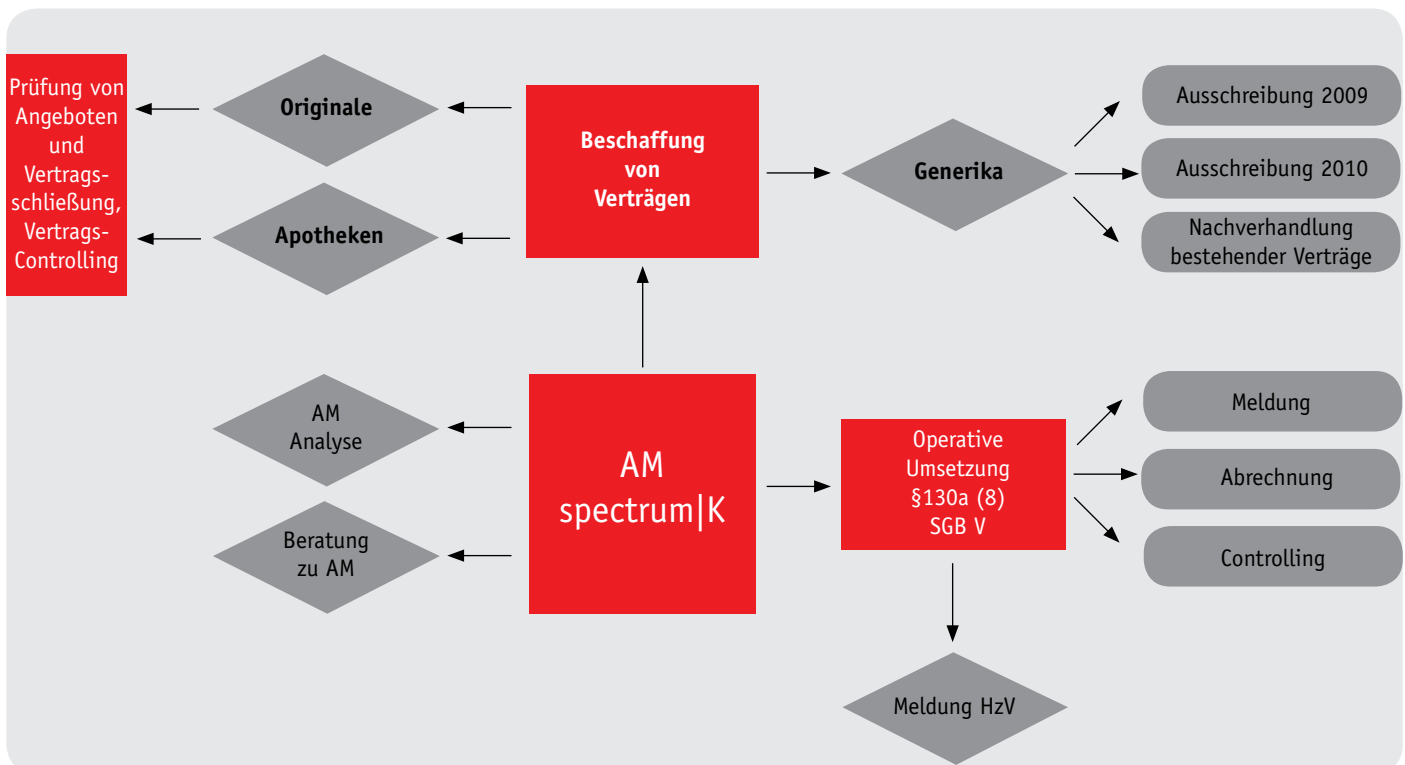


Abb. 1: Arbeitsfelder des Bereichs Arzneimittel

zugleich die Datenmeldung der GWQ Serviceplus AG. Für Kassen, die an der Generikausschreibung 2009 durch spectrum|K teilgenommen haben, werden zudem die in der Ausschreibung mit einem Zuschlag versehenen Pharmazentralnummern (PZN) nach Wirtschaftlichkeit priorisiert. Für das Arzneimittelmodul in Baden-Württemberg wurden bei der letzten Datenlieferung für 36 Kassen insgesamt 382.541 rabattierte Pharmazentralnummern an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) gemeldet.

Grundlage für die operative Umsetzung der Rabattverträge bildet für spectrum|K eine Vertragsdatenbank und ein sehr leistungsfähiges Data-Warehouse von Terradata, welches auch Daten aus den Apothekenabrechnungszentren und alle aktuellen wirtschaftlichen Daten für Arzneimittel (zum Beispiel Pharmazentralnummern, Preise, Packungsgrößen, ATC-Codes) historisiert enthält.

### Krankenkassen profitieren auch von der Expertise als Vertragsvermittler

Im zweiten Hauptaufgabenbereich, der Beschaffung von Verträgen, fungiert spectrum|K als Vermittler zwischen Krankenkassen und Anbietern auf dem Arzneimittelmarkt, insbesondere zwischen Krankenkassen und Herstellern oder Apotheken. Durch Bündelung von etwa 90 Kassen, hinter denen je nach Produkt zwischen sieben und neun Millionen Versicherte stehen, können Verträge abgeschlossen werden, die im Volumen mit den Verträgen großer Ersatzkassen vergleichbar sind. Damit sparen sowohl Krankenkassen als auch Anbieter auf dem Arzneimittelmarkt erhebliche Informations- und Transaktionskosten. Und über die Bündelung können einzelne, auch kleinere Kassen von Konditionen auf dem Niveau großer Ersatz- oder Ortskrankenkassen profitieren.

Basisprodukt in diesem Aufgabengebiet ist die „Arzneimittelbeschaffung“. Hier geht es im

Wesentlichen darum, den Arzneimittelmarkt zu analysieren, sinnvolle Selektivvertragsoptionen auszuloten, Vertragsangebote zu sondieren und letztendlich Verträge zu schließen. Für diese Aufgabe hat spectrum|K eine monatlich tagende Expertenkommission gebildet. So können Entscheidungen über den Abschluss sinnvoller Verträge schon in einem möglichst frühen Stadium an den Interessen der Kassen ausgerichtet und ein möglichst großes Expertenwissen genutzt werden.

Die durch spectrum|K geschlossenen Verträge reichen von Rabattverträgen mit Originalherstellern bis zu Verträgen mit Versandhandelsapotheken und Zentralen Arzneimittelbeschaffungsstellen. Gerade im Bereich der Originalpräparate werden häufig Verträge von Pharmafirmen offeriert, die eher einseitig dem Interesse der Industrie dienen. Da sollen günstigere Reimporte zurückgedrängt, die Marktposition durch sogenannte Risk-Sharing-Verträge verbessert oder Produktzyklen verlängert werden, indem man den Kassen Verträge kurz vor dem Auslaufen des Patentschutzes anbietet. spectrum|K achtet beim Vertragsschluss darauf, dass die Krankenkassen hier nicht benachteiligt werden.

Bereits geschlossene Verträge sollten zudem immer wieder auf geänderte Markt- und Gesetzesverhältnisse überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

Beispielsweise sind, nachdem das GKV-Änderungsgesetz zum 1.8.2010 in Kraft getreten ist, sind nur noch Rabattverträge mit Originalherstellern sinnvoll, die einen zusätzlichen Rabatt zum gesetzlichen Herstellerrabatt nach § 130a Abs. 1a SGB V generieren.

Auch die Produkte „Generikausschreibung 2009“ und die „Generikausschreibung 2010“ gehören zur Vertragsbeschaffung. Das Angebot von spectrum|K an die Krankenkassen umfasste je-

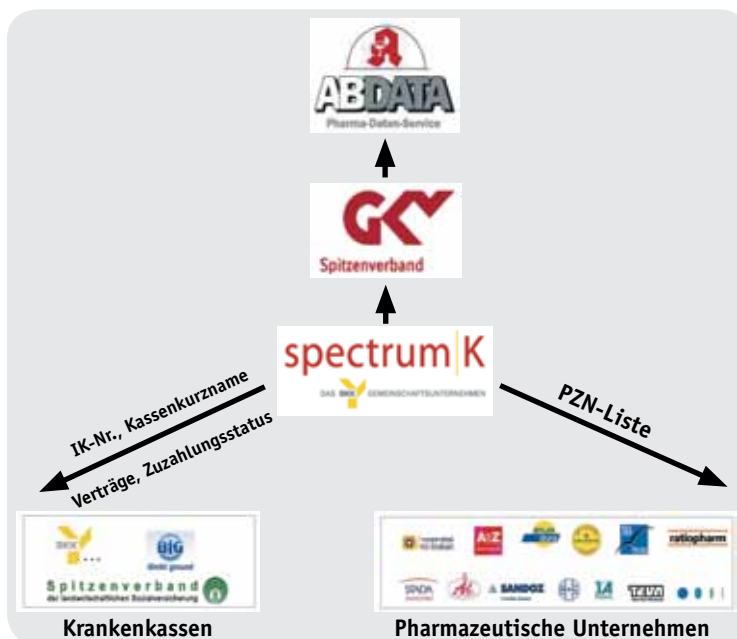


Abb. 2: Meldeweg der Rabattverträge

weils ein Komplettpaket mit dem gesamten Prozess der Ausschreibung, dem Vertragsschluss und der späteren operativen Umsetzung der Rabattverträge zu Generika für 52 Wirkstoffe im Jahr 2009 und weiteren 131 Wirkstoffen im Jahr 2010.

Den Hintergrund dieser Produkte bilden die Rechtsprechung und Gesetze aus den Jahren 2007 bis 2009. Dort wurde klargestellt, dass Krankenkassen öffentliche Auftraggeber und Rabattverträge als öffentliche Lieferaufträge zu klassifizieren sind. Dadurch kann bei Rabattverträgen auf einem Markt mit mehreren Anbietern letztendlich nur ein öffentliches Vergabeverfahren Exklusivverträge generieren. Entsprechend können seit März 2010 die an der Arzneimittel-ausschreibung 2009 teilnehmenden Kassen von rechtssicheren Verträgen mit sehr guten Konditionen profitieren. Darüber hinaus leisteten die Ausschreibungen einen Beitrag zur Anbieterpluralität auf dem Generikamarkt. So erhielten bei der Arzneimittelausschreibung 2009 insgesamt 37 verschiedene Pharmahersteller einen Zuschlag.

### Arzneimittelanalyse als nächstes auf dem Plan

spectrum|K beabsichtigt, Ende 2010 ein neues Produkt, die

„Arzneimittel-Analyse“, auf den Markt zu bringen. Detaillierte, zielgerichtete Arzneimittelauswertungen sollen die Versorgung mit Arzneimitteln analysieren, mögliche Stärken und Schwächen in der Versorgung aufzeigen und den Arzneimittelbereich strategisch optimieren. Die Vorbereitungen zu diesem neuen Tätigkeitsfeld sind bereits in vollem Gange.

Der Arzneimittelbereich von spectrum|K deckt die gesamte Dienstleistungskette im selektiven Arzneimittelgeschäft ab: die Marktanalyse und Sondierung, den Vertragsschluss, die operative Umsetzung und kontinuierliche Fortführung der Rabattverträge. Für diese Aufgaben ist bei spectrum|K ein etabliertes Expertenteam aus Pharmazeuten, Gesundheitsökonomern, Mathematikern, Informatikern und Kaufleuten verantwortlich. Diese Mitarbeiter haben bei allen Fragen zum selektiven Arzneimittelgeschäft immer ein offenes Ohr für ihre Kunden. Und verstehen es auch, durch kurzfristige Rückmeldungen und ein klares Feedback für Neukunden attraktive Einstiegs-voraussetzungen zu schaffen. <<

von: Dr. Stefan Fetzer\*

\* Referent in der Abteilung Versorgungs- und Beschaffungsmanagement der spectrum|K GmbH in Essen



Finanzorientiertes Risikomanagement als Garant der Wettbewerbsfähigkeit

# Eine Herausforderung multidimensionaler Art

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds zu Beginn des Jahres 2009 muss sich das Finanzmanagement einer Krankenkasse immer wieder sehr komplexen Herausforderungen stellen. Der in diesem Rahmen um die Morbidität erweiterte, bisher eher „eindimensionale“ Risikostrukturausgleich hat sich zu einem wegweisenden Faktor für das strategische Handeln der Gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt. Vielfältige Wechselwirkungen und Abhängigkeiten zwischen Einnahmen und Ausgaben einer Krankenkasse sind die Folge. Damit beeinflusst er deren Wettbewerbsfähigkeit und entscheidet über Erfolg oder Misserfolg auf dem Markt.

>> Multidimensionale Herausforderungen verlangen nach multidimensionalen Lösungen. Mit anderen Worten: Das interne Finanzmanagement einer Krankenkasse muss sich zu einem Risikomanagement wandeln, das der Komplexität schneller regulatoriver Veränderungsprozesse gerecht wird und so mittelfristig das Überleben einer Krankenkasse sicherstellt.

## Vom Finanz- zum Risikomanagement

Je eher eine Krankenkasse ihre Strategie und ihre unternehmerischen Prozesse auf die sich rasch ändernden Wettbewerbsbedingungen einstellen kann, desto eher partizipiert sie an den heute nur noch zeitlich begrenzten finanziellen Differenzierungsvorteilen. Das kann sie allerdings nur, wenn sie ihre eigene Ausgangssituation kennt und ein differenziertes Verständnis der gesetzlichen Rahmenbedingungen und deren Wirkung auf ihre Finanzen und die der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt entwickelt. Und wenn sie die Managementwerkzeuge eines multidimensionalen Risikomanagements, das heißt die Prognosen, Simulationen, Analytik, datenorientierte Qualitätssicherung und das Benchmarking, gezielt kombiniert und mit geeigneter Software unterstützt (Abb. 1).

Auch das klassische Finanzmanagement und das Liquiditätsmanagement sind mit dem Risikomanagement vernetzt und stehen in unmittelbarer Wechselwirkung mit dem morbiditätsorientierten

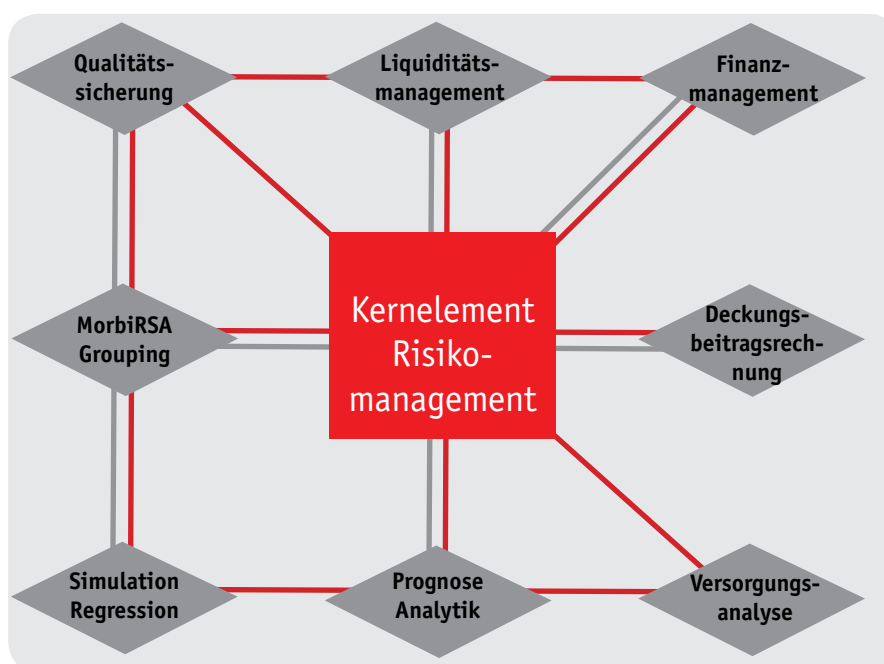


Abb. 1: Finanz- und Risikomanagement - Anforderungen unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds und MorbiRSA, Quelle: spectrum|K

Risikostrukturausgleich sowie den risikoadjustierten Pauschalzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Der Risikofaktor einer Krankenkasse ist im Zusammenspiel mit Prognosen und Simulationen die für die Bestimmung der voraussichtlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds maßgebende Größe. Er gibt Auskunft darüber, wie sich Versichertenstruktur und Krankheitslast der Kasse darstellen und im Rahmen einer Zeitreihenbetrachtung im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt entwickeln.

## Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

In diesem Kontext bestimmt das spectrum|K MorbiRSA Fore-

cast-Prognosemodell die voraussichtlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die zu ermittelnde Zielgröße ist der Risikofaktor des entsprechenden Betrachtungsjahres. Darüber hinaus werden die kassenindividuellen Struktur- und Morbiditätsmerkmale sowie Veränderungsfaktoren berechnungsorientiert einbezogen. Dies erfolgt mit Hilfe von Bestandsanalysen und unter gezielter Nutzung lernender Simulationsmodelle. Da eine konkrete finanzielle Zielgröße ermittelt werden soll, werden mit dem prognostizierten Risikofaktor und den aktuellen Rahmendaten der Gesetzlichen Krankenversicherung die voraussichtlichen Zuweisungshöhen in Euro und Cent bestimmt. Bevor jedoch prognostiziert

und interpretiert werden kann, stehen Klassifikationsalgorithmen und Groupingprozesse im Mittelpunkt. spectrum|K hat hier bereits frühzeitig in exklusiver Kooperation mit den Gesundheitsforen Leipzig einen frei skalierbaren spectrum|K-MorbiGrouper als Kernbestandteil in seine MorbiRSA-Produktreihe integriert und dafür gesorgt, dass dieser variabel im Rahmen der zukünftigen Analytikanforderungen einsetzbar ist. Die Schaffung einer derart offenen Variabilität ist gerade wegen des sich von Jahr zu Jahr ändernden Klassifikationsmodells notwendig. Auch relativ überschaubare Anpassungen des Bundesversicherungsamts können zu deutlichen Verschiebungen der Finanzströme innerhalb des Gesundheitsfonds

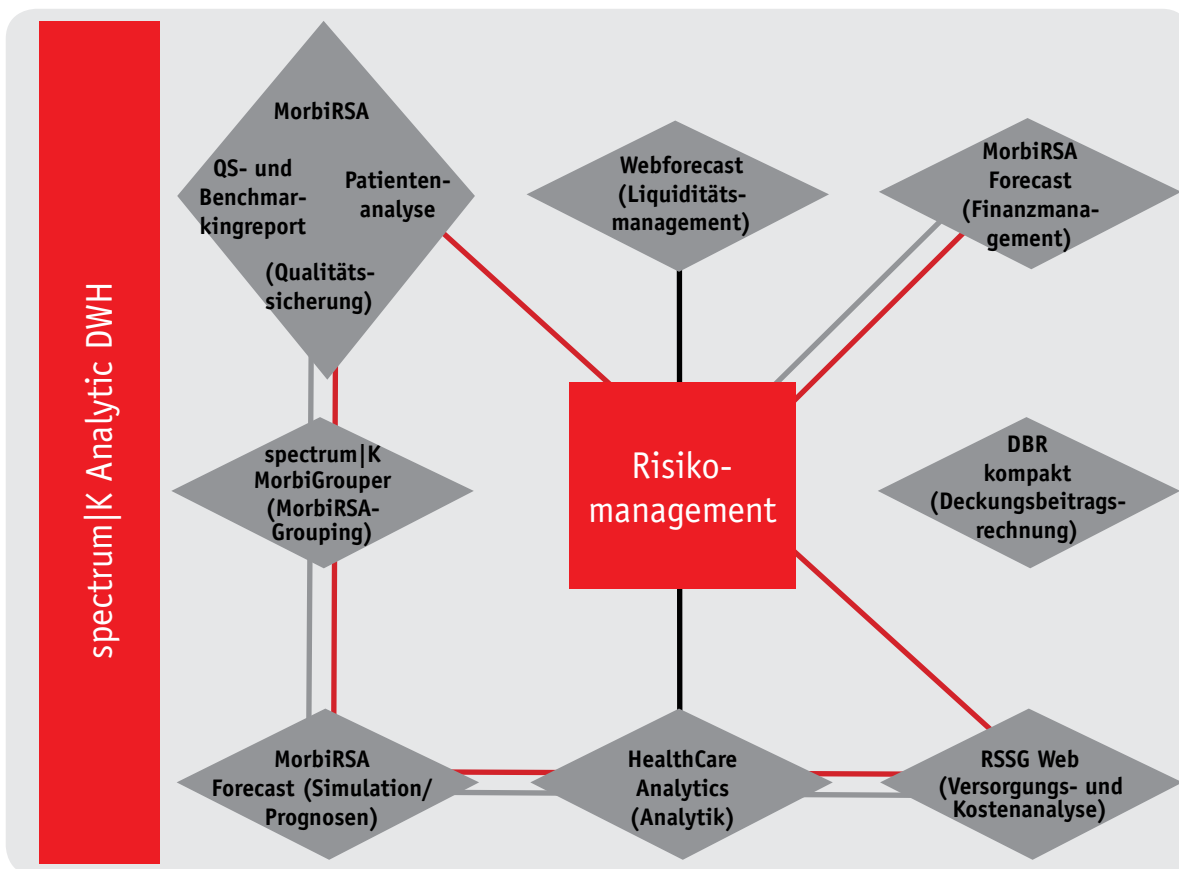


Abb. 2: Finanz- und Risikomanagement - Produkte und Lösungen von spectrum|K, Quelle: spectrum|K

führen. spectrum|K kann mit seinem MorbiGrouper bereits auf Basis der Vorveröffentlichungen des Bundesversicherungsamts erste Ergebnisse, Trends und ein Benchmarking bestimmen. Die Kunden von spectrum|K werden so in die Lage versetzt, sich frühzeitig strategisch auszurichten und die Unternehmensprozesse auf den neuen Finanzrahmen einzustellen.

### Qualitätssicherung und Benchmarking

Prognose-, Simulations- und Klassifikationsmodelle sowie die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds können nur genau sein, wenn die zugrundeliegenden Datengrundlagen vollständig, valide und konsistent sind. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich hat es den Krankenkassen in den letzten Jahren nicht leicht gemacht. Er erfordert, eine fast schon unüberschaubare Anzahl von Daten und Informationen zu

erheben und zu verarbeiten, und dies auch noch in einer sehr guten Qualität. Die Optimierung der Datenqualität und die Ausschöpfung neuer Zuweisungspotenziale stehen damit in direktem Zusammenhang mit der Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse.

Vor diesem Hintergrund bietet spectrum|K den neuen MorbiRSA QS- und Benchmarkingreport an. Umfangreiche Struktur-, Plausibilitäts- und Morbiditätskennzahlen werden kassenindividuell ermittelt und einem Benchmarking unterzogen. Die Kunden erhalten für weit mehr als 60 Betrachtungsfelder einer Krankenkasse aussagekräftige Kennzahlen, und zwar für den aktuellen Betrachtungszeitraum und vorangehende Zeiträume. Die Analysebereiche umfassen insbesondere die Versichertenstruktur, Morbiditätsgruppen, Morbiditätsdaten und -hinweise sowie Potenziale aus dem Groupingverfahren. Im Ergebnis erhalten die Kassen Kennzahlen und Erkenntnisse, die

eine analytische Betrachtung der eigenen Stärken und Schwächen ermöglichen. Dies ist eine wichtige Ausgangsbasis für mögliche Interventionen und Ansätze zur Optimierung von Strategien oder Prozessen.

### Analyse des Krankheitsgeschehens

Neben der Einschätzung der Einnahmeseite darf aus betriebswirtschaftlicher Sicht die Betrachtung der Ausgabensituation nicht fehlen. Mit der spectrum|K-exklusiven RSSG Web, einer online- und volldatenintegrierten Version der bekannten Risk Smart Suite Germany, stehen hier insbesondere Ausgabenentwicklungsprognosen und erweiterte Versorgungsanalysen im Fokus. Unter „volldatenintegriert“ versteht man eine komplette Datenanbindung. Eine normale RSSG benötigt dagegen immer noch zusätzliche Daten, die manuell eingeladen werden müssen. Der große Vorteil für eine

Krankenkasse ist, dass dabei das ganze Krankheitsgeschehen in der Krankenkasse analysiert wird und die eingeschränkte Sicht auf die 80 Krankheiten aus dem Risikostrukturausgleich entfällt. Außerdem können weitere Dimensionen, wie zum Beispiel regionale Unterschiede, in die Analyse einbezogen werden (Abb. 2).

Die ersten zwei Wirkungsjahre von Gesundheitsfonds und morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich haben für die Finanzstrukturen des Krankenversicherungssystems vielfältig geprägte und mehrdimensionale Veränderungsprozesse mit sich gebracht, deren Schlagzahl nicht ab-, sondern beständig zunimmt. Nur eine vorausschauende Finanzanalytik kann eine gewählte Strategie sinnvoll anpassen, kann Spielräume nutzen, die Herausforderungen eines multidimensionalen Risikomanagements annehmen und damit die Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse sicherstellen. <<

von: Peter Braasch\*

\* Referent im Geschäftsbereich Finanzmanagement der spectrum|K GmbH in Berlin

## Hausarztzentrierte Versorgung und Disease-Management-Programme

# Hausarzt und Kasse steuern den Versicherten

Das Bild vom Hausarzt als Lotsen hat in den letzten Jahren immer konkretere Formen angenommen: Er soll Arznei- und Hilfsmittel verordnen, ins Krankenhaus einweisen, Maßnahmen zur Pflege veranlassen sowie Versicherte in maßgeschneiderte strukturierte Behandlungsprogramme einschreiben. Gerade am Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der Disease-Management-Programme (DMP) nach § 137 f SGB V wird seine zentrale Rolle für Versicherte deutlich. Aber auch die Krankenkassen haben neue Aufgaben zu bewältigen.

>> Nach der Neufassung des § 73b SGB V zum 01.01.2009 durch das GKV-OrgWG müssen Krankenkassen bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften von Ärzten schließen, um die hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend sicherzustellen (sogenannte HzV-Verträge). Vertragspartner können Ärztgemeinschaften nur dann sein, wenn sie mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.

### Ein Monopol wird durch ein anderes ersetzt

HZV-Verträge sollten - neben Verträgen nach § 73c SGB V (besondere Versorgungsformen) - als Selektivverträge mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen - eigentlich ein Wettbewerbsselement in das ansonsten von Kollektivverträgen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen geprägte Arztrecht bringen. Letztlich hat der neue § 73b SGB V aber nur ein Monopol durch ein anderes, das des Hausärzterverbandes, ersetzt. HzV-Verträge sind verpflichtend. Wenn keine Einigung auf dem Verhandlungswege zustande kommt, kann ein Schiedsverfahren beantragt werden. Der Schiedsspruch ist für Kassen und Leistungserbringer bindend.

Nach der aktuellen politischen Diskussion soll der § 73b SGB V zwar im Grundsatz bestehen bleiben. Allerdings ist beabsichtigt, die Honorare der Hausärzte nach oben zu begrenzen oder sie an die

der Vertragsärzte im Kollektivvertragssystem anzupassen. Für bereits geschlossene oder durch ein Schiedsverfahren gelaufene Verträge ist ein Bestandsschutz geplant.

### Der Zusatznutzen besteht vor allem in einer effektiven Versorgungssteuerung

Trotz dieser eher nachteiligen Rahmenbedingungen bieten Hausarztverträge Chancen für die Kassen. Ein Plus an Versorgungsqualität entsteht schon allein dadurch, dass die hausärztliche Versorgung eine Reihe von Schnitt- oder besser Nahtstellen zu anderen Leistungsanbietern und Versorgungsbereichen und auch zum Versorgungsmanagement der Kasse abdeckt. Nutzt man die Steuerungsfunktion des Hausarztes über die hausarztzentrierte Versorgung und daran gekoppelte Versorgungsmodelle (insbesondere gemäß § 73c SGB V) konsequent aus, sind darüber hinaus minimierte Kosten und optimierte Zuweisungen aus dem MorbiRSA möglich.

Für die umfassende Betreuung durch den Hausarzt gibt es im Falle von Vollversorgungsverträgen in der Regel eine pauschalierte Vergütung, die die Krankenkassen an die Hausärzte oder an eine von ihnen gegründete Dienstleistungsgesellschaft zahlen. Diese direkten Vertrags- und Vergütungsbeziehungen bringen neue Herausforderungen für die Kassen mit sich: So müssen die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung organisiert und die kollektivvertraglich an die KV gezahlte Gesamtvergütung arzt- und versichertenbezogen bereinigt werden.

Die im BKK-System geschlossenen oder ein Schiedsverfahren durchlaufenden Vollversorgungsverträge sind in den verschiedenen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen zwar ähnlich, aber nicht identisch. Die Ähnlichkeiten zeigen sich zum Beispiel in der Vergütungsstruktur, wo auf Grundlage des sogenannten „Bierdeckelmodells“ kontakunabhängige Grundpauschalen, kontaktabhängige Behandlungs- und Chronikerpauschalen sowie diverse Zuschläge und Einzelleistungen vereinbart wurden. Ähnlich sind auch die Leistungsinhalte, die im Wesentlichen das hausärztliche Versorgungsspektrum über einen EBM-Ziffernkranz abbilden. Letzten Endes beinhalten alle Verträge auch ein Arzneimittelmodul, das auf eine rationale Pharmakotherapie abzielt, in dem insbesondere kassenspezifische Rabattverträge berücksichtigt werden sollen. Unterschiede in den Verträgen bestehen dagegen bei den Teilnahmevoraussetzungen, bei den Vergütungsmodulen und -begrenzungen sowie in der Umsetzung der einzelnen Verträge.

### Refinanzierung über Gesamtvergütungsvereinbarung

Grundlage der Bereinigung für das Jahr 2010 sind die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 und vom 26.3.2010 sowie regionale Vereinbarungen der jeweils zuständigen Gesamtvertragspartner. Bereinigt wird quartalsweise, versichertenbezogen und ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die denen der Morbiditätsbedingten Ge-

samtvergütung (MGV) entsprechen. Grundsätzlich sind bereinigungsrelevante Daten sechs Wochen vor Beginn des Bereinigungsquartals an die Kassenärztliche Vereinigung zu liefern. Der Bewertungsausschuss hat zu Dateninhalten und -formaten konkrete Vorgaben gemacht. Die regionalen Vereinbarungen zwischen den Gesamtvertragspartnern orientieren sich im Wesentlichen an den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses, weichen zum Teil aber auch hiervon ab und beinhalten bestimmte Regelungen zu Sachverhalten, welche von den Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht umfasst sind.

Diese regionalen Unterschiede bei der Umsetzung von Verträgen stellen die Krankenkassen vor große Herausforderungen. spectrum|K möchte daher bundesweit einheitliche Strukturen und Prozesse bei der Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung für die Betriebskrankenkassen sicherstellen. Dafür hat spectrum|K eine Paketlösung entwickelt, die alle wesentlichen Anforderungen und Leistungsinhalte umfasst. Das Angebot beinhaltet insbesondere ein einheitliches Datenmanagement, ein zentrales Abrechnungsverfahren sowie die monatliche Meldung der Arzneimittelrabattverträge für die Praxissoftware der teilnehmenden Hausärzte.

In Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein wurde die Bereinigung durch spectrum|K für mehr als 30 Betriebskrankenkassen erfolgreich durchgeführt. Für das 2. und 3. Quartal 2010 wurden insgesamt etwa fünf Millionen bereinigungsrelevante

Datensätze für über 70.000 Versicherte verarbeitet. Die Datengrundlagen bestehen aus einem Bereinigungsziffernkranz (dem konkreten selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechende Gebührenordnungspositionen auf Grundlage des EBM 2008), den Teilnahmeverzeichnissen von Versicherten und Ärzten und dem historischen Leistungsbedarf für die Versicherten aus dem Jahr 2008. spectrum|K prüft diese Daten, verarbeitet sie weiter, ermittelt den zu bereinigenden Leistungsbedarf und berechnet daraus das kassenspezifische Bereinigungsvolumen. Diese Daten werden verschlüsselt und fristgerecht entsprechend den Datenschutzbestimmungen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt. spectrum|K übernimmt für die Kassen auch die Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über das endgültige Bereinigungsvolumen. Gegebenenfalls begleitet spectrum|K die Kassen ins Schiedsverfahren.

Zudem meldet spectrum|K regelmäßig Rabattinformationen für die Arztsoftware im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung. Die Meldung führt Rabattinformationen der pharmazeutischen Unternehmen und der Kassen zusammen und ergänzt sie um wichtige Strukturmerkmale. Dazu zählen beispielsweise der ATC-Code und die Information, ob ein Arzneimittel patentgeschützt ist oder biotechnologisch hergestellt wurde. Für Kassen, die an der Generikaausschreibung 2009 durch spectrum|K teilgenommen haben, werden zusätzlich die in der Ausschreibung mit einem Zuschlag versehenen

Pharmazentralnummern (PZN) nach Wirtschaftlichkeit priorisiert. Für das Arzneimittelmodul in Baden-Württemberg wurden bei der letzten Datenlieferung für 36 Kassen insgesamt 382.541 rabattierte PZN an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft gemeldet.

### Abrechnung & Controlling: weitere Herausforderungen

Die für den BKK-Bereich geltenden Vollversorgungsverträge müssen ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung abgewickelt werden. Dies erfordert die Konzeption und Implementierung neuer und vom Kollektivvertragswesen unabhängiger Prozesse und Strukturen. Vor allem müssen neue Datenschnittstellen und -formate zwischen den Beteiligten definiert und umgesetzt werden. Eine weitere schwierige, aber notwendige Aufgabe ist die Einführung eines selektivvertraglichen Prüfwesens, um Abrechnungsfehler mit eigenen Prüfkriterien und -routinen festzustellen und zu vermeiden.

Auch hier bietet spectrum|K den Krankenkassen umfassende Dienstleistungen zur Umsetzung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung. Prüfkriterien sowie Abrechnungs- und Prüfroutinen entsprechend den Vertragsvorgaben werden erarbeitet und umgesetzt, Leistungs- und Abrechnungsdaten auf Vertragskonformität und Plausibilität geprüft. spectrum|K unterstützt die Krankenkassen darüber hinaus bei der Kommunikation mit Leistungserbringern und der Steuerung der Zahlungsflüsse entsprechend der Prüfergebnisse.

### DMP als Steuerungsinstrumente

Ein weiteres Modell, das die Lotsenfunktion des Hausarztes propagiert, gibt es schon länger. Bereits im Jahr 2001 beschloss der Gesetzgeber die Einführung von Disease-Management-Programmen. Versicherte, die eine chronische Erkrankung, wie Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, Asthma, COPD oder Brustkrebs haben, sollen damit besser versorgt werden. Für die vertragliche Umsetzung der DMP wurden auch die Regelungen des § 73a und c SGB V genutzt. Innerhalb dieser Programme ist die Koordinationsfunktion des Hausarztes als wesentlicher Bestandteil festgeschrieben. Er ist erster Ansprechpartner und übernimmt die gezielte Steuerung der Patienten über alle Versorgungsebenen hinweg. Verbindlich definierte Überweisungskriterien und die auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft basierenden medizinischen Anforderungen an das DMP unterstützen ihn bei der individuellen Behandlung des Patienten. Durch die Lotsenfunktion werden Doppeluntersuchungen vermieden und die Schnittstellenkommunikation verbessert. Eine standardisierte Dokumentation hilft zudem, den Krankheits- und Behandlungsverlauf kontinuierlich zu erfassen und Veränderungen schnell wahrzunehmen.

Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten, der an einem DMP teilnimmt, eine gesonderte Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds, derzeit in Höhe von insgesamt 180 Euro pro Jahr. Diese Zuweisung dient anteilig zur Finanzierung der

erhöhten ärztlichen Leistungsausgaben und des erhöhten Verwaltungsaufwandes bei den Krankenkassen, der zum Beispiel aus der von den Krankenkassen verpflichtend durchzuführenden Qualitätssicherung resultiert.

### DMP führen nachweislich zu einer Versorgungsverbesserung bei den teilnehmenden Versicherten

So zeigten die für alle Programme verbindlichen Evaluierungen, dass zum Beispiel bei der großen Gruppe der an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Patienten der Blutdruck (und damit das Herzinfarktrisiko) gesenkt und die Lebensdauer verlängert werden konnten.

Als Begleiteffekt ermöglicht die standardisierte Dokumentation auch, das ambulante Versorgungsgeschehen besser darzustellen. Die in den DMP vorgesehenen regelmäßigen Arzt-Patientenkontakte (mindestens jedes zweite Quartal) erleichtern die Einordnung von Patienten in eine Morbiditätsgruppe und ermöglichen eine bessere Abbildung der Morbiditätsstruktur. Auswertungen zeigen, dass bei bis zu 97 Prozent der DMP-Teilnehmer eine entsprechende Diagnosecodierung für die jeweilige Erkrankung vorliegt. So können für die Krankenkassen überlebenswichtige Zuweisungen aus dem Morbi-RSA gesichert werden. <<

von: Birgit Schauenburg\*  
Sebastian Härtel\*\*  
Anja Schmitz\*\*\*

\* Abteilungsleiterin Vertragspolitik \*\* Referent in der Abteilung Vertragspolitik  
\*\*\* Referentin der Abteilung Versorgungs- und Beschaffungsmanagement / alle: spectrum|K GmbH in Berlin

# VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK

6 Ausgaben lesen & iPod sichern!

6 Ausgaben für 90€.  
Bis zum 31.10.2010 verlosen wir unter den ersten 100 Bestellern 10 iPod Shuffle! Bestellung über: [abo@m-vf.de](mailto:abo@m-vf.de) • Fax: +49 228 76 36 8 01  
[www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnament](http://www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnament)



Foto © Matthieu Riegler, CC-BY, Wikimedia Commons

## Beratungsbedarf im Vertrags- und Fallmanagement

## Keine Therapie ohne Diagnose

Versorgungsmanagement braucht Vorarbeit: Krankenkassen müssen ihre Daten zunächst einer umfassenden Analyse unterziehen, wobei Krankheitsgruppen (DxGroups) und übergeordnete Krankheitskategorien (HCCs, Hierarchical Condition Categories) gebildet werden müssen. Erst danach kann das RSSG-Tool (RiskSmart Suite Germany) für die Krankheitsgruppen Erlöse aus dem Morbi-RSA sowie Leistungskosten prognostizieren und daraus für jede Gruppe den Deckungsbeitrag errechnen. Diese Analyseergebnisse liefern den Krankenkassen einen Überblick über die Morbidität ihrer Versicherten und damit über die Krankheitslast der Kasse.

>> Unter den häufigsten Krankheitskategorien einer Kasse werden die ersten 20 ermittelt. Für eine Intervention entscheidend ist dann, ob eine Erkrankung – wie schwer sie auch immer sein mag – steuerbar ist oder nicht. Eine zielgenaue Steuerung setzt eine detaillierte Auswertung voraus, die an den Kriterien Diagnose, Alter und bei Bedarf Geschlecht ansetzt. Nicht steuerbare Erkrankungen, zum Beispiel akute Erkrankungen wie ein Knochenbruch oder eine Blinddarmentzündung, die eine schnelle Intervention erfordern, eignen sich nicht für eine Intervention. Zu den steuerbaren Kategorien werden jeweils die zehn häufigsten Komorbiditäten herausgesucht. Die Komorbiditäten geben einen Hinweis darüber, wie „krank“ ein Versicherter ist. So ist zum Beispiel nicht jeder Diabetiker gleich schwer krank. Die Analyse der Krankheitslast ist ein Teil der Kassenstrukturanalyse durch spectrum|K.

## Analyse von Krankheitslast und Versorgungsstruktur

Den anderen Teil bildet die Analyse der internen und externen Versorgungsstruktur einer Krankenkasse. Für die interne Struktur bewertet spectrum|K die bestehenden Versorgungsverträge der Kasse, einschließlich ihres Nutzungsgrades - der Einschreibequote der Versicherten - und erstellt einen Abgleich zur Morbiditätsstruktur. Auch Beschaffungsverträge, wie Arzneimittelrabatt- und Hilfsmittelverträge, und die DMP-Einschreibequote werden in die Analyse einbezogen. Zur internen Struktur

gehört weiterhin eine Analyse der Abläufe und der Organisationsstruktur. Dabei wird erörtert, ob überhaupt ein Fall- und Vertragsmanagement vorhanden ist, mit welchen Instrumenten in welchen Bereichen (ambulant, stationär) gearbeitet wird, ob Aufgreifkriterien entwickelt und Ziele definiert wurden.

Unter der externen Struktur dagegen versteht man Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, die in räumlicher Nähe zur Kasse liegen. Dazu gehören zum Beispiel Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Gesundheitsnetzwerke. Hier fragt der spectrum|K-Berater nach den Fachrichtungen dieser Einrichtungen, ob die Morbiditätsstruktur der Kasse dazu passt und ob möglicherweise schon Verträge mit diesen Einrichtungen bestehen. Dann wird geprüft, ob sich neue Verträge passend zur Morbiditätsstruktur und Fachrichtung des MVZ implementieren lassen. Gibt es Krankenhäuser in der Umgebung, möchte der spectrum|K-Berater vor allem Informationen über bestehende Selektivverträge und deren Nutzungsgrad. Interessant ist auch, ob bereits bestimmte Absprachen mit dem Krankenhaus bestehen. Häufig handelt es sich dabei um mündliche Vereinbarungen, die noch nirgendwo kodifiziert worden sind. Jeder Berater nimmt darauf Rücksicht, dass sich Versorgungsbesonderheiten immer regional abbilden, auch wenn eine Kasse bundesweit präsent ist.

Die Finanzanalyse über das RSSG-Tool und die Kassenstrukturanalyse ergeben Hinweise auf mögliche Optimierungspotenzi-

ale in einer Krankenkasse. Diese können im Vertrags- und/oder im Fallmanagement liegen.

## Optimierungspotenziale und Handlungsbedarf

So passen im Vertragsmanagement die bestehenden Verträge möglicherweise nicht zur Morbiditätsstruktur der Versicherten. Oder es besteht ein zusätzlicher Bedarf an Versorgungsprodukten, angepasst an die externe Versorgungslandschaft und die Morbiditätsstruktur. Beim Fallmanagement besteht vielleicht die Gefahr, dass bestehende, zur Morbiditätsstruktur passende Verträge nicht so umgesetzt werden, wie es erforderlich ist. Zum Beispiel weil Defizite in der Steuerung vorliegen oder falsche Aufgreifkriterien verwendet wurden. Auch an einer mangelhaften Qualifikation der Fallmanager oder einer fehlenden Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen kann es scheitern. Ein weiteres Ergebnis der Analysen könnte sein, dass die Service- und Präventionsleistungen nicht zur Versichertenstruktur passen.

Finden sich bei einer Krankenkasse Optimierungspotenziale, besteht Handlungsbedarf. Die Kasse hat dann die Möglichkeit, sich selbst darum zu kümmern oder eine Lösung einzukaufen. Besteht Handlungsbedarf lediglich im Vertragsmanagement, kann spectrum|K kurzfristig entweder bereits entwickelte Produkte anbieten oder aber mittelfristig neue, individuell auf die Kasse zugeschnittene generieren. spectrum|K

unterstützt auch bei der Implementierung von Verträgen, zum Beispiel bei Kontaktaufnahme und Gesprächen mit den Leistungsanbietern oder bei Preisverhandlungen. Besteht hingegen Handlungsbedarf im Fallmanagement, scheiden kurzfristige Lösungen aus, weil in der Regel zunächst die Prozesse in einer Kasse im Sinne eines Change Managements grundlegend geändert werden müssen. Dazu definiert und systematisiert spectrum|K zunächst die bisherigen Prozesse im Fallmanagement, sofern die Kasse über eines verfügt. Dann definiert es neue Abläufe auf Basis der Finanz- und Kassenstrukturanalyse. Schließlich werden die neuen Prozesse in die Organisationsstruktur der Kasse eingebettet.

Die meisten Kassen bündeln derzeit Prozesse thematisch nach Sektoren im Gesundheitswesen. Damit werden Krankenhausfälle, ambulante Fälle und Rehabilitationsfälle getrennt voneinander bearbeitet. Ein Informationsaustausch zwischen den zuständigen Abteilungen findet in der Regel nicht statt. Weil jedoch die Versorgung der Versicherten vor Sektoren nicht halt macht, muss ein effizientes Versorgungsmanagement die gesamte Prozesskette sektorenübergreifend berücksichtigen.

Jede aktive Unterstützung einer Krankenkasse muss sich individuell an Art und Umfang des Bedarfs orientieren. Jeder Einzelfall ist zunächst zu analysieren. Erst dann kann im Dialog mit der Krankenkasse formuliert werden, wie ein Hilfsangebot konkret aussehen könnte. <<

von: Zeynep Kania\*

\* Referentin in der Abteilung Versorgungs- und Beschaffungsmanagement der spectrum|K GmbH in Berlin

medaktiv ExtraCheck Diabetes Auge und chronischer Rückenschmerz

# Selektivverträge als Teile des Gesamtkonzeptes

Der Gesetzgeber sieht für die Gestaltung von Selektivverträgen verschiedene Rechtsgrundlagen vor. Die wichtigsten sind die Integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V), Strukturverträge (§ 73a SGB V), Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) und die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V). Für einige sogenannte Volkskrankheiten, zum Beispiel Diabetes mellitus, wurden strukturierte Behandlungsprogramme, die Disease-Management-Programme (§ 137f SGB V), eingeführt. spectrum|K versteht Versorgungsmanagement als Gesamtkonzept. Selektivverträge sollen an die bestehende Vertragslandschaft angekoppelt werden, um bei bestimmten, meist chronischen Krankheitsbildern ein intensives, umfassendes oder spezielles Versorgungsmanagement zu ermöglichen. Der „ExtraCheck Diabetes Auge“ und die Schmerztherapie bei chronischen Rückenerkrankungen sind Beispiele aus dem Angebot von spectrum|K.

>> Diabetesbedingte Folgeerkrankungen stellen für Versicherte vermeidbare Beeinträchtigungen der Lebensqualität dar. Durch erhöhte Blutzuckerwerte können systemische Organschäden auch an den Augen auftreten (diabetische Retinopathie), die unbehandelt zur Erblindung führen können. Um diese Folgeerkrankungen bereits im Frühstadium zu diagnostizieren und adäquat zu behandeln, hat spectrum|K im Namen der Krankenkassen mit dem Berufsverband der Augenärzte e.V. (BVA e.V.), einen Versorgungsvertrag nach § 73c SGB V geschlossen, den ExtraCheck Diabetes Auge. In dem Verband sind rund 4.500 Augenärzte, das sind 90 Prozent aller Augenärzte, bundesweit organisiert.

## 20 Krankenkassen und ein Potenzial von zwei Millionen Versicherten

Ziel dieses Versorgungsvertrages ist es, in einer Art „datengeschütztem Screening“ relevante Folgeerkrankungen frühzeitig zu entdecken, zu vermeiden, und damit mittel- und langfristige Behandlungskosten zu verringern. Zudem können nur rechtskonform verarbeitete und organisierte Daten beim Bundesversicherungsamt eingereicht werden. Nur so kann sich die verbesserte Versorgung für die Krankenkassen zugleich in optimierten Zuweisungen aus dem Morbi-RSA auswirken.

spectrum|K bietet den teilnehmenden Kassen dazu zwei

Dienstleistungsmodulen an, die Abrechnung (obligatorisch) und die Implementierung (optional). Diese Angebote sind „Rundum-sorglos-Pakete“ für die Krankenkassen zur Umsetzung des gesamten Selektivvertrages. Beim Modul Abrechnung übernimmt spectrum|K das komplette Management für die Krankenkassen, um Daten ohne großen Verzug und rechtskonform in das ISKV-System einzuspielen.

Die ärztliche Managementfähigkeit wird durch einen Dienstleister sichergestellt, der für alle teilnehmenden Augenärzte eine „Briefkastenfunktion“ wahrnimmt und die papiergebundenen Daten elektronisch aufbereitet. Über die Konfiguration eines korrespondierenden „Flaschenhalses“ zwischen ärztlicher und kassenseitiger Managementgesellschaft können das Datenmanagement, der Zahlungsverkehr und Absprachen verfahrenssicher, effizient und eindeutig organisiert werden.

Im darüber hinaus optional angebotenen Modul Implementierung selektiert spectrum|K Versicherte für die Kassen. Diese können zwischen verschiedenen Selektionsgraden wählen: Entweder entscheiden sie sich für eine größere Versichertengruppe mit voraussichtlich mehr potenziell erkrankten Versicherten, aber auch höheren Eingangskosten. Oder für eine „kleinere“ Variante mit absolut geringeren Eingangskosten, nicht alle potenziell Erkrankten zu erfassen und ansprechen zu können. In diesem Modul erhalten

die Kassen weitere Unterstützung, zum Beispiel durch eine Versichertenbroschüre, durch Workshops und Mustertexte für Mailings und Internetauftritte.

Derzeit nehmen mehr als 1.150 Augenärzte am ExtraCheck Diabetes Auge teil. Somit wurde bisher eine bundesweite Abdeckung von nahezu einem Viertel der im Berufsverband der Augenärzte organisierten Ärzte erreicht. Regional verteilt liegt dieser Prozentsatz teilweise deutlich höher. Die verstärkte Akquisition in den Gebieten, in denen die teilnehmenden Kassen schwerpunktmäßig ihre Versicherten haben, trägt damit bereits Früchte, wird darüber hinaus aber weiter intensiv betrieben.

Im Juni 2010 konnten erste Zwischenergebnisse zum ExtraCheck Diabetes Auge vorgestellt werden. Dabei wurden die anfänglich gehegten Erwartungen noch übertroffen: Die Prognose vor

Vertragsstart von 30 Prozent gesicherter Diagnosen wurde durch die Auswertungen der Abrechnungen eines halben Jahres bestätigt. Von allen abgerechneten Augenuntersuchungen ergaben zudem 25 Prozent eine neue gesicherte Diagnose „Diabetische Retinopathie“ (Abb.) Der weitaus größte Teil der Versicherten mit positivem Befund war im Jahr zuvor nicht beim Augenarzt, so dass hier von einem echten „Screening-Erfolg“ mit Mehrwert für Versicherte und Kassen gesprochen werden kann.

## Die Vorselektion von Versicherten stellt beim Rückenschmerz hohe Anforderungen

Chronischer Rückenschmerz ist ein bedeutendes Gesundheitsproblem, das nicht nur die Krankenkassen als Kostenträger betrifft. Es hat auch Auswirkungen auf

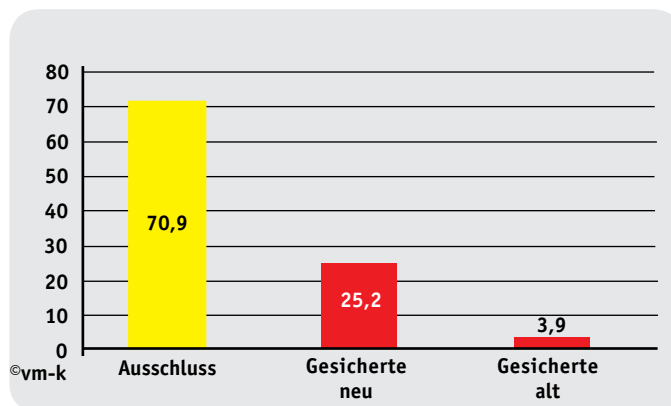


Abb.: Vergleich Befundergebnis zwischen Augencheck und Arztdaten (n=838), Quelle: spectrum|K

Arbeitgeber, Rentenversicherung und die Versicherten selbst. Der chronische Rückenschmerz wurde deshalb auch in einem systematischen Rankingprozess unter Beteiligung von Krankenkassen am höchsten priorisiert. Die hier zugrunde gelegten Kriterien waren ökonomische Relevanz (Beeinflussbarkeit der Kosten, Relevanz für den Morbi-RSA), Krankheitslast (Inzidenz und Prävalenz), Über-, Unter-, Fehlversorgung, Steuerbarkeit der Versicherten und Leistungserbringer sowie Öffentlichkeitswirksamkeit.

Nur Patienten mit einem hohen Chronifizierungsgrad – das sind etwa fünf Prozent der Rückenschmerzpatienten – verursachen hohe Behandlungskosten. Diese rühren teilweise aus einer Überversorgung mit bildgebenden Verfahren und invasiven Maßnahmen. Gleichzeitig besteht aber auch eine Fehl- und Unterversorgung, dadurch dass zu viele passive Therapien, wie Massagen, verordnet werden und eine multimodale Schmerztherapie für Patienten mit hohem Chronifizierungsrisiko kaum vorhanden ist.

Eine adäquate, schweregradorientierte Versorgung dieser chronischen Rückenschmerzpatienten wurde im „Gesundheitspfad

Rücken“ der Bertelsmann-Stiftung (2007) beschrieben. Diese umfasst, ausgehend von einem interdisziplinären Assessment, kurative und rehabilitative Maßnahmen an speziellen Zentren sowie die Überleitung in die Regelversorgung oder in eine spezifische Nachsorge. Vertraglich wurde das Konzept der multimodalen Schmerztherapie in Hamburg, Berlin, sowie in Teilen Niedersachsens, Bremens, Schleswig-Holsteins, Bayerns und Nordrhein-Westfalens mit geeigneten Vertragspartnern von Vertragsarbeitsgemeinschaften der Betriebskrankenkassen und einzelnen Betriebskrankenkassen selektivvertraglich umgesetzt. Entscheidend für die Wirksamkeit dieses Ansatzes ist die Auswahl der Versicherten. Diese erfolgt im ersten Schritt durch eine kontinuierliche Sekundärdatenanalyse bei der Krankenkasse. Hier werden Versicherte mit typischen Rücken Diagnosen ein bis zwei Wochen vor dem Krankengeldbezug, also nach vier bis fünf Wochen Arbeitsunfähigkeit, herausgefiltert.

Im zweiten Schritt findet ein strukturiertes Interview in der Krankenkasse oder per Telefon mit dem Versicherten statt. Damit soll geprüft werden, ob sich der Versicherte für ein interdisziplinäres As-

essment in einem Rückenzentrum eignet. Ist das der Fall, wird ein solches Assessment mit einem spezialisierten Arzt, einem Psychologen und einem Physiotherapeuten durchgeführt und dann eine Empfehlung für ein Rückenprogramm (zwei Intensitätsstufen à 60 oder 120 Behandlungsstunden) oder für andere Maßnahmen (Operation, weitere Diagnostik ...) abgegeben.

Das Rückenprogramm umfasst neben der ärztlichen Therapie und einer Patientenschulung (teilweise in der Gruppe) eine Physio-, Trainings-, Bewegungs-, Ergo- und Physikalische Therapie, ein „Work Hardening“ (dem Patienten wird dabei durch physische Konditionierung und Arbeitssimulation ermöglicht, seine Fähigkeiten hinsichtlich kritischer Arbeitsanforderungen zu steigern), eine psychologische Therapie einschließlich Entspannungsverfahren und unter Umständen eine interventionelle Schmerztherapie. Nach Abschluss des Rückenprogramms wird über die Nachsorgeplanung der Therapieerfolg nachhaltig gesichert.

Bei den Versorgungsverträgen zu chronischen Rückenschmerzen sind die Anforderungen an ein Versorgungsmanagement der Krankenkasse hoch. So muss sie die routinemäßige maschinelle Selektion

sowie die strukturierten Interviews zur Steuerung der Versicherten sicherstellen. Entscheidend für die Genauigkeit, mit der hochgradig betroffene Rückenschmerzpatienten selektiert werden, ist daher die Vor-selektion durch die Krankenkasse. spectrum|K zielt mit Dienstleistungen zur routinemäßigen Selektion, zur Mitarbeiterschulung und zur Versichertensteuerung darauf ab, die Kompetenz der Kassenmitarbeiter zu steigern, damit diese die richtigen Versicherten identifizieren und in die Versorgungsverträge steuern können.

Zunächst noch begrenzt auf Berlin bietet die CONVEMA GmbH in Kooperation mit spectrum|K das komplette Abrechnungsmanagement zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse an. Dabei wird sichergestellt, dass auch im interdisziplinären Assessment gewonnene relevante Morbi-RSA-Diagnosen – die Depression ist die häufige Nebendiagnose bei chronischen Rückenerkrankungen – zuschlagssicher dokumentiert werden. spectrum|K stellt in diesem Fall die Erfolgsmessung des Programms sicher. <<

von: Sascha Mentner\*  
Detlef Chruscz\*

\* Referenten in der Abteilung Versorgungs- und Beschaffungsmanagement der spectrum|K GmbH in Berlin.

## Pflegeberatung und Telefoncoaching

# Unterstützung ganz nah am Versicherten

Die Entwicklung ist so bekannt wie Besorgnis erregend: Während im Jahr 2005 noch 2,1 Millionen Menschen im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig waren, wird diese Zahl von aktuell 2,4 Millionen auf 2,9 Millionen im Jahr 2020 und 3,4 Millionen im Jahr 2030 steigen, wenn man unterstellt, dass die künftigen altersspezifischen Pflegequoten identisch mit denen von heute sind. Das entspricht in 25 Jahren einem Anstieg von etwa 60 Prozent. Seit dem 1. Januar 2009 gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. spectrum|K unterhält dazu ein Netz von etwa 300 Pflegeberatern, die Betroffenen und ihren Familien vor Ort ihre Hilfe anbieten. Ein weiteres Produkt von spectrum|K, das unmittelbar am Versicherten ansetzt und kurz vor der Markteinführung steht, ist ein Telefoncoaching für chronisch Kranke.

>> Mit dem Angebot der „Pflegeberatung aus einer Hand“ hat sich spectrum|K das Ziel gesetzt, den Pflegemarkt und das System der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit kompetent zu unterstützen, mitzugestalten und auszubauen.

Die Aufgaben einer Pflegeberatung sind sehr vielfältig. Das beginnt damit, dass für den Einzelfall der Hilfebedarf ermittelt wird, in der Regel auf Basis eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MDK). Die Pflegeberaterin kann den Haushalt auch schon

davor aufsuchen, sie wird nicht erst aufgrund des MDK-Gutachtens tätig. Nachdem Ansprüche auf und Entscheidungen über Leistungsanträge geklärt sind, hilft die Pflegeberaterin dabei, in einem Beratungsgespräch einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, der

insbesondere den Hilfebedarf, die Ressourcen, Maßnahmen und Ziele des Versorgungsprozesses enthält. Ihre Aufgaben im weiteren Verlauf bestehen darin, die notwendigen Hilfe- und Unterstützungsleistungen zu koordinieren, zu steuern und auf Veränderungen im

Hilfebedarf flexibel zu reagieren. Bei besonders komplexen Fallgestaltungen wertet sie den Hilfeprozess aus und dokumentiert ihn. Nach seinem Abschluss evaluiert spectrum|K den Beratungsprozess und ermittelt die Zufriedenheit des Pflegebedürftigen, seiner Angehörigen und auch der Pflegeberaterin.

Der GKV-Spitzenverband hat Empfehlungen für die Anforderungen an die berufliche Grundqualifikation von Pflegeberatern ausgesprochen und dabei die Latte sehr hoch gelegt. Eine abgeschlossene Berufsausbildung als Alten-, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Sozialversicherungsfachangestellter oder ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit werden vorausgesetzt. Auch andere geeignete Berufe und Studienabschlüsse oder Personen, die vor dem 1.1.2009 bereits seit mindestens drei Jahren in der Pflegeberatung der Pflegekassen tätig waren und über die entsprechenden Kenntnisse verfügen, werden akzeptiert. Zusätzlich sollen Pflegeberater nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands Weiterbildungen in den Bereichen Recht, Pflegefachwissen und Case-Management sowie zwei Pflegepraktika absolvieren.

spectrum|K bietet bundesweit Pflegekurse für Angehörige von Pflegebedürftigen und sonstige interessierte Personen an. Diese Kurse sollen die häusliche Pflege insgesamt stärken, die Pflege qualitativ aufwerten und die Pflegekasse finanziell entlasten. Kern der Schulung ist ein Unterstützungsplan, der individuell auf die jeweilige Pflegesituation zugeschnitten ist. Neben Tipps für die tägliche Pflege, zu Hilfsmöglichkeiten und für den Umgang mit Behörden geht es vor allem darum, pflegende Angehörige zu entlasten und das gegenseitige Verständnis zwischen ihnen und den Pflegebedürftigen zu fördern. Qualifizierte Pflegeberaterinnen, die für spectrum|K tätig sind, führen die Schulungen durch. spectrum|K bietet der Pflegekasse neben der Durchführung

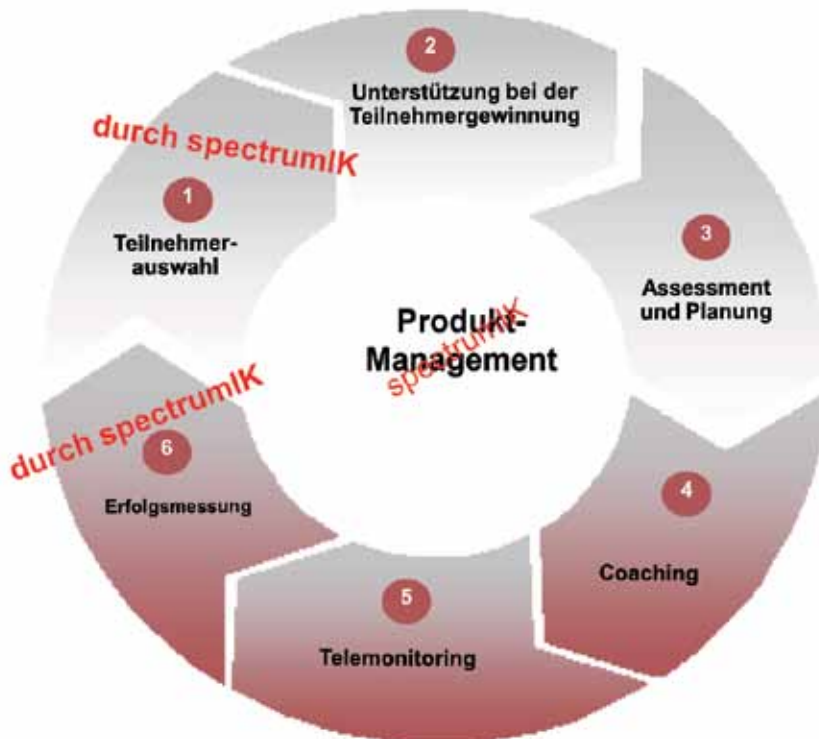


Abb.: Phasen des Telefoncoachings.  
Quelle: spectrum|K

der Schulungen auch die Abrechnung mit den Beraterinnen und die Evaluation an.

### Telefoncoaching: essenzieller Baustein des Versorgungsmanagements

Ein weiteres, unmittelbar am Versicherten ansetzendes Versorgungsprodukt von spectrum|K ist ein in Phasen ablaufendes Telefoncoaching, das zum Jahresende angeboten werden soll.

Dabei unterstützt spectrum|K die Krankenkassen in dreierlei Hinsicht: Am Anfang des Zyklus bei der Auswahl chronisch kranker Versicherter mit einem hohen Interventionspotenzial und einem mittleren oder höherem Kostenrisiko (das sind in der Regel ein bis drei Prozent der Versicherten einer Krankenkasse). Die Selektion erfolgt anhand von Daten der Kasse. spectrum|K stellt der Kasse dazu eine Kandidatenliste zur Verfügung, die jeweils am Monatsende auf Basis der tatsächlichen Leistungsdaten aktualisiert wird. Am Ende des Zyklus führt spectrum|K quartalsweise Erfolgsmessungen auf Basis der Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel durch.

Auch das Produktmanagement, das die einzelnen Phasen koordiniert, wird von spectrum|K gestellt.

Alle anderen Phasen, die zur operativen Umsetzung zählen, werden über einen Kooperationspartner von spectrum|K abgewickelt (Abb). Der unterstützt die Kasse bei der Teilnehmergebung mit seinen Erfahrungen in der Anreizpolitik, beim Assessment des Versicherten (initiale Anamnese und Bewertung der Versorgungssituation), beim eigentlichen Coaching (Schulung und Beratung des Versicherten, Anleitung zur Verhaltensänderung) sowie gegebenenfalls beim Telemonitoring (Überwachung spezifischer Vitalparameter).

Der Kooperationspartner setzt speziell in der Verhaltensmodifikation und Motivation geschultes Fachpersonal ein, das telefonisch den Kontakt zum Versicherten aufbaut und hält. Die Betreuung der Versicherten im Rahmen des Telefoncoachings ergänzt die medizinische Versorgung und umfasst ausdrücklich keine ärztliche Behandlung oder Beratung. Übergeordnetes Ziel ist es, den Erfolg einer kurativen oder rehabilitativen Behandlung zu unterstützen und zu sichern.

Telefoncoaching ist ein essenzieller Baustein des Versorgungs-

managements: Der Versicherte erhält zur Bewältigung seiner Krankheit eine Anleitung zum Selbstmanagement. Dies stärkt seine individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit und verbessert seine Therapietreue (Compliance). Die Versorgungsqualität wird erhöht durch optimierte Behandlungspfade.

Die Krankenkasse optimiert durch die zielgenaue Versichertenauswahl über spectrum|K ihr Kundenbeziehungsmanagement. Sie spart Kosten, indem sie Krankenhausaufenthalte vermeidet und die Nachfrage bündelt. Außerdem reduzieren Versicherte die Gefahr von Komplikationen, wenn sie sich gesundheitsbewusst verhalten. Das finanzielle Risiko für Kassen ist durch ein RiskShare-Vergütungsmodell gegenüber dem Kooperationspartner minimal. Der Kooperationspartner wiederum spart Kosten dadurch, dass Prozesse durch die Bündelung vieler Kassen standardisiert werden können und fest definierte IT-Schnittstellen zwischen ihm und den Kassen vorhanden sind. Das Schöne am Telefoncoaching ist also, dass alle Beteiligten davon profitieren. <<

von:  
Thomas Nöllen\*

\* Referent in der Abteilung Vertragspolitik der spectrum|K GmbH in Essen



## Die Zukunft des Beitragseinzugs in der Gesetzlichen Krankenversicherung

# Vernetzte IT-Infrastruktur ein Muss

Gesetzliche Krankenversicherungen müssen ihre Finanzen und Mitgliederstrukturen ständig im Blick behalten. Insbesondere die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind aufgrund der Abhängigkeit der Zuschläge vom Alter und Krankenstand der Mitglieder ein Unsicherheitsfaktor für viele Krankenkassen. Ferner steht die Gesetzliche Krankenversicherung vor einem Defizit von elf Milliarden Euro. Dieses Defizit soll, neben einer Erhöhung der einheitlichen Beitragssätze und verschiedensten Einsparmaßnahmen, mit dem direkten Einzug von Zusatzbeiträgen bei Mitgliedern ausgeglichen werden.

>> Der Gesetzgeber hat bereits heute über den § 242 SGB V die Grundlage für die Erhebung eines Zusatzbeitrags geschaffen. Als der Zusatzbeitrag eingeführt wurde, erhielten die Krankenkassen viel Spielraum für die Ausgestaltung und Umsetzung. So können sie Erhebungszeitraum, Fälligkeit und Zahlungsweise für Ihre Mitglieder individuell regeln. Die Höhe des Zusatzbeitrages richtet sich nach dem jeweiligen finanziellen Bedarf der Krankenkasse. Um die Mitglieder vor einer Überforderung zu schützen, wurde vom Gesetzgeber festgelegt, dass der Zusatzbeitrag maximal ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahme des Mitgliedes betragen darf – das sind im Jahr 2010 maximal 37,50 Euro monatlich. Ohne eine Einkommensprüfung können die Kassen einen Zusatzbeitrag von bis zu acht Euro im Monat von ihren Mitgliedern erheben.

### Ein Zusatzbeitrag ist eine Gratwanderung zwischen Überleben und Insolvenz

Zum 1. Januar 2011 beabsichtigt der Gesetzgeber, die prozentuale Erhebung des Zusatzbeitrages und die damit verbundene Härtefallregelung abzuschaffen. Jede Krankenkasse kann dann den Zusatzbeitrag in jeder beliebigen Höhe in Euro und Cent erheben. Als Ersatz für die Härtefallregelung soll ein verwaltungsaufwändiger Sozialausgleich eingeführt werden.

Bis jedoch ein Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird, muss sich die Krankenkasse mit vielen

prozessrelevanten Fragen auseinandersetzen und sich der mit der Einführung verbundenen betriebswirtschaftlichen Herausforderung stellen. Dem finanziellen Zugewinn stehen meist ein hoher Verwaltungsaufwand, strukturelle Veränderungen sowie Mitgliederverluste entgegen.

Das Thema Zusatzbeitrag kann für einzelne Krankenkassen eine Gratwanderung zwischen Überleben und Insolvenz sein. Denn erhebt eine finanziell angeschlagene Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag, droht ihr unausweichlich die Insolvenz. Entscheidet sich eine wirtschaftlich geschwächte Krankenkasse aber für den Einzug eines Zusatzbeitrages, entgeht sie womöglich einer Insolvenz, sieht sich jedoch mit dem Problem der Mitgliederabwanderung konfrontiert. Ferner kommen teure Mahn- und Vollstreckungsverfahren auf die Kasse zu, wenn die verbleibenden Mitglieder den geforderten Zusatzbeitrag nicht bezahlen wollen oder können. Mit welchen liquiden Mitteln kann also eine Krankenkasse heute noch kalkulieren?

Fest steht: Krankenkassen müssen sich über kurz oder lang darauf einstellen, entsprechende Prozesse zu etablieren sowie zusätzlichen Verwaltungsaufwand einzuplanen. Schlanke Verwaltungs- und IT-Strukturen, Kundenbindung sowie Mehrleistungen werden für die Positionierung und den Vertrieb einer gesetzlichen Krankenkasse dadurch immer wichtiger. Langfristig war absehbar, dass eine direkte Erhebung von Beiträgen der gesetzlich versicherten Mitglieder auf die

Krankenkassenwelt zukommen wird. spectrum|K beschäftigt sich seit nunmehr über zwei Jahren ausführlich mit diesem Thema. Es hat als Dienstleister für die Gesetzliche Krankenversicherung hier frühzeitig angeknüpft und bündelt für seine Kunden Branchen-Know-how und das Angebot renommierter Vertragspartner.

### Kernelement im gesamten Prozess: die Datendrehscheibe

Aktuell bietet spectrum|K eine effiziente preisgünstige modulare Lösung über die gesamte Prozesskette, vom Beitragsbescheid bis zur Vollstreckung, zur Erhebung eines Zusatzbeitrages oder nur für Teilprozesse aus einer Hand an. Kernelement von spectrum|K ist dabei die Datendrehscheibe. Dies ist eine Plattform, die Datenströme aller beteiligten Partner intelligent steuert, Datenflüsse zwischen den Partnern mit Plausibilitätsprüfungen regelt und durch mehrfach gesicherte Server Daten optimal schützt. Hierbei erfolgt die technische Anbindung mehrerer Partner in einem Prozess, wobei jedes Unternehmen seine individuell vorhandenen EDV-Programme weiter nutzen kann. Weitere Vorteile der Datendrehscheibe sind, dass keine Daten oder Informationen verloren gehen und alle Datenströme über ein entsprechend gestaltetes Front-End (im Fall des Einzugs von Zusatzbeiträgen MS Dynamics CRM, Customer Relationship Management) sichtbar gemacht sowie je nach Zugriffs-

rechten auch verändert werden können. Diese innovative Entwicklung bietet Krankenkassen einen schnellen automatischen Datenverkehr und damit eine effiziente IT-Lösung zur Abbildung von hochkomplexen Prozessen mit minimalem Aufwand, auch über die Erhebung und den Einzug des Zusatzbeitrags hinaus.

Und die Entwicklung des Beitragseinzugs geht weiter: Derzeit kümmert sich spectrum|K intensiv um die Frage, wie Krankenkassen bei einem Sozialausgleich optimal unterstützt werden können, der zum Ende des Jahres 2011 erstmalig von den Krankenkassen durchzuführen ist. Laut Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 21.9.2010 (Kabinettsentwurf) zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) wird der Sozialausgleich für Arbeitnehmer von deren Arbeitgebern sowie für Rentner von den Rentenversicherungsträgern gewährt. Die jeweilige Krankenkasse hat den Sozialausgleich für die Mitglieder durchzuführen, die Mehrfachbeschäftigte sind, Selbstzahler, unselbstständig Beschäftigte sowie Beschäftigte in der Gleitzone (400–800 Euro monatlich).

Hier kann spectrum|K ansetzen und unterstützen. Grundlage für den Sozialausgleich bilden die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Diese können, sofern sie der Krankenkasse nicht bekannt sind, zum Beispiel durch ein Mailing erhoben werden. spectrum|K könnte diesen Vorgang abbilden - wie im aktuellen Prozessablauf bei der Erhebung des Zusatzbeitrags bereits erfolgreich umgesetzt - und die Selekti-

on der Mitglieder über die Datendrehscheibe vornehmen. Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze (zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen) wird die Krankenkasse durch ein Berechnungsprogramm in der Datendrehscheibe unterstützt. Dieses Programm vergleicht die individuelle jährliche Belastungsgrenze jedes einzelnen Mitglieds aus dem genannten Personenkreis mit dem jährlichen durchschnittlichen Zusatzbeitrag als feste Größe und ermittelt den individuellen Verrechnungsbeitrag. Für die Personengruppe der Selbstzahler ist eine Verrechnung mit dem gezahlten Krankenversicherungsbeitrag denkbar.

### Fazit

Zusammenfassend bietet spectrum|K Krankenkassen mit der Datendrehscheibe Unterstützung bei der Selektion des Personenkreises, Berechnung der individuellen Belastungsgrenze, Berechnung des Sozialausgleichs (dem Anteil des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, der über der Belastungsgrenze liegt) und bei der Erstattung dieses Betrages an die Mitglieder.

Eine vernetzte und gut funktionierende IT-Infrastruktur mit optimaler Schnittstellenanbindung ist künftig Grundvoraussetzung für jede Krankenkasse, um sich den Herausforderungen einer immer stärker abzeichnenden direkten Kunden-Kassen-Zahlungsbeziehung zu stellen und so den Anforderungen eines ganzheitlichen Beitragsmanagements gerecht zu werden. <<

von:  
Grit Klickermann\*

## IT-Unterstützung für das Versorgungsmanagement

# Lücken schließen, Neues integrieren

Eine funktionierende IT-Unterstützung ist einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren für die Umsetzung von Versorgungsmanagement-Projekten. Die Schwierigkeiten beginnen, wenn dieser Leitsatz auf die Realität in den Krankenkassen trifft. Die Vielfalt von Softwareangeboten und Systemanforderungen einerseits, die vorhandene Kasseninfrastruktur und Ressourcenknappheit andererseits, erfordern pragmatische Vorgehensweisen bei Auswahl und Nutzung der technischen Systeme. Das Projekt Versorgungsmanagement von spectrum|K hat eine Bestandsaufnahme der fachlichen Anforderungen und ein Stärken-/Schwächenprofil von IT-Systemen geliefert. Was in einigen Bereichen noch fehlt, ist eine Überwindung der Kluft zwischen neuen Anforderungen und begrenzten Ressourcen, eine wirtschaftlich vertretbare und relativ kurzfristig realisierbare Lösung. spectrum|K berät und hilft Krankenkassen bei diesem Spagat.

>> Wer Anforderungen an die IT-Unterstützung von Versorgungsmanagement-Prozessen strukturiert formulieren und daraus Schritte zur Umsetzung ableiten möchte, muss zunächst folgende Fragen beantworten: Welche Hauptkomponenten werden für die IT-Unterstützung benötigt? Wie ist der Stand der Technik und der Anwendung bei den Kunden? Was ist derzeit technologisch auf Anbieterseite möglich?

### Analytik, CRM und Prozessunterstützung heißen die Anforderungen

Aus der Prozessanalyse im Projekt Versorgungsmanagement haben sich aus IT-Sicht drei Schwerpunkte herauskristallisiert, die von den operativen Kassensystemen heute nicht unterstützt werden oder die außerhalb des Funktionsbereiches dieser Systeme liegen: die Analytik/das BI-System (Business-Intelligence), das CRM-System (Customer Relationship Management) und die Prozessunterstützung des Versorgungsmanagements mit der Bereitstellung der relevanten medizinischen Inhalte. Die einzelnen Phasen der Vorbereitung und Durchführung eines Programms zum Versorgungsmanagement erfordern unterschiedliche Funktionen dieser Systeme mit verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten. Den Beginn

eines Projektes bildet in der Regel die Potenzialanalyse, bezogen auf bestimmte Indikationen, Regionen und Leistungserbringergruppen. Ein Analyse-Tool muss die entsprechenden Anforderungen abdecken. Auch in den Phasen der Vertragskonzeption und der Vertragsverhandlungen steht die Analytik mit funktionalen Anforderungen zu Simulationen und Prognosen (Was-wäre-wenn-Szenarien) im Mittelpunkt der IT-Unterstützung. Nur so lassen sich frühzeitig unwirtschaftliche und ineffiziente Vereinbarungen vermeiden.

In den weiteren Phasen von Projekten zum Versorgungsmanagement gewinnen dann prozessunterstützende Systeme an Bedeutung. Bei der systematischen Akquisition von Teilnehmern für ein bestimmtes Programm und deren Betreuung werden zum Beispiel schwerpunktmäßig CRM-Funktionen benötigt. Die Analytik kommt wieder in den Phasen der Bewertung und Evaluation von Versorgungsmanagement-Projekten zum Zuge. Hier gilt es, qualitative und quantitative Aussagen zu Nutzen und Wirtschaftlichkeit zu liefern.

### Die Ressourcen der Krankenkassen

Will man ein Konzept entwerfen, mit dem Versorgungsmanagement effektiv gestaltet werden kann, sind die Anforderungen an die IT-Unterstützung die eine

Seite der Medaille. Ebenso wichtig ist es festzustellen, was in den fraglichen Themenbereichen an IT-Systemen schon vorhanden ist oder demnächst zum Einsatz kommen wird. Im Projekt Versorgungsmanagement wurde dazu von spectrum|K im Sommer 2009 eine Online-Umfrage bei den Betriebskrankenkassen durchgeführt. Weil sich insgesamt 51 Kassen zurückgemeldet haben, ist das Ergebnis durchaus repräsentativ. So sind für den Einsatz von Analytik mit Nutzung eines Data Warehouse in den Krankenkassen schon viele Ansätze vorhanden. Die Notwendigkeit, Werkzeuge zur Analyse und Evaluation im Versorgungsmanagement einzusetzen, wird von den meisten Befragten gesehen. Der Schwerpunkt der derzeitigen Anwendungen ist eindeutig das BKK InfoNet: Alle antwortenden Kassen (bis auf eine) aus der genannten Umfrage benutzen es als Data Warehouse. BKK InfoNet hat jedoch funktionale Defizite: Die Handhabung und die Inhalte der Analysen müssen zum effizienten Einsatz im Versorgungsmanagement neu strukturiert und verbessert werden. Deshalb gibt es besonders bei den größeren Kassen schon verschiedene Individuallösungen für DataWarehouse-Anwendungen.

Die Notwendigkeit, ein separates oder integriertes CRM zur Unterstützung von Projekten zum Versorgungsmanagement einzusetzen, wird in vielen Kassen noch

\* Referentin im Geschäftsbereich Kundenmanagement der spectrum|K GmbH in Berlin.

Weitere Informationen zu den Themen Zusatzbeitrag und Datendrehscheibe gibt es unter [www.zusatzbeitrag.de](http://www.zusatzbeitrag.de) und [www.spectrumk.de](http://www.spectrumk.de)

als eine offene Frage angesehen. Zahlreiche Kassen haben zwar ein CRM im Bereich Mitgliedergewinnung und -betreuung im Einsatz, zur Nutzung dieser Systeme im Versorgungsmanagement fehlt jedoch zumeist der entsprechende medizinisch orientierte Inhalt. So ist das Produkt CRM KV des Anbieters Comline bei vielen Kassen im Einsatz, allerdings zumeist nicht im Bereich der Versorgung.

### Auswege aus dem DataWarehouse- und CRM-Dilemma

Kassenindividuelle Lösungen bei Data Warehouse-Anwendungen führen dazu, dass separate Datenbestände regelmäßig aus verschiedenen Quellsystemen abzuziehen, zu pflegen, zu konsolidieren und für periodenübergreifende Auswertungen zu historisieren sind. Auch haben separate Tools in der Regel verschiedene Bedienoberflächen, deren Handhabung von den Mitarbeitern jeweils neu erlernt werden muss.

Hier könnten Integrationsprojekte Abhilfe schaffen, die die Datenversorgung aus den schon konsolidierten InfoNet-Datenbeständen sicherstellen oder den Nutzer über Portalzugänge eine einheitliche Anmeldefunktionalität bieten. spectrum|K bietet deshalb mehrere Ansätze für die Nutzung des BKK InfoNet an: So werden im Rahmen des RSSGWeb (Risk Smart Suite Germany) die Daten für Finanzanalysen aus dem InfoNet importiert, der Zugang erfolgt über das spectrum|K-Portal. Analysetools mit interaktiven Komponenten (OLAP, Online Analytical Processing) sind in der Entwicklung, die bei Selektivverträgen übermittelten Daten werden über ein Web-Frontend dargestellt. Außerdem versorgt das InfoNet-DataWarehouse die Tools des Versorgungsmanagements mit den erforderlichen Daten, wie zum Beispiel den „has health manager“, für dessen Vertrieb ein Rahmenvertrag mit der Firma GENEVA-ID

abgeschlossen wurde. Übergreifende regionale und bundesweite Auswertungen lassen sich immer noch am besten mit dem Gesamtbestand der Daten im BKK InfoNet machen. Außerdem gibt es gerade für kleine und mittlere Kassen keine wirtschaftlichere Lösung als die gemeinsame Nutzung des InfoNet-Datenpools.

Im Bereich CRM sind für künftige Entwicklungen drei Wege denkbar: Die Aufrüstung von CRM KV mit medizinischen Inhalten, der Einsatz eines zusätzlichen „Versorgungsmanagement-CRMs“ neben dem operativen System (Beispiel ist das „MIAMI CRM“ der Firma CompuGroup) oder die Nutzung der CRM-Funktionalität im IS21C (HCM-Modul).

Welcher Weg hier eingeschlagen wird, hängt wiederum von verschiedenen kassenspezifischen Voraussetzungen ab. Zum Beispiel davon, ob es schon ein CRM-System gibt und wie intensiv es genutzt wird. Oder davon, wann genau die Umstellung des operativen Systems von IS KV auf IS21C geplant ist, die derzeit bei den meisten Kassen im Vordergrund steht.

Dieser Umstieg wird in den nächsten zwei Jahren viele Ressourcen binden, die somit für die Implementierung einer IT-Lösung zum Versorgungsmanagement nicht zur Verfügung stehen. Unabhängig von der gewählten Variante müssen diese Systeme mit den Kundenportalen der Kassen verknüpft werden, um diesen wachsenden Kommunikationsweg direkt, etwa mit zielgruppenspezifischen Versorgungsangeboten, bedienen zu können. Das Kundencenter+ von spectrum|K mit seinen schon bestehenden Modulen Patientenquittung, Information zur Arbeitsunfähigkeit und Arzneimittelnavigator ist für solche Schnittstellen als offenes System konzipiert.

Die dargestellten vorhandenen Tools decken nicht den gesamten Anforderungskatalog für die IT-Unterstützung der Prozesse im Versorgungsmanagement ab. Gerade bei den medizinischen Inhalten bietet

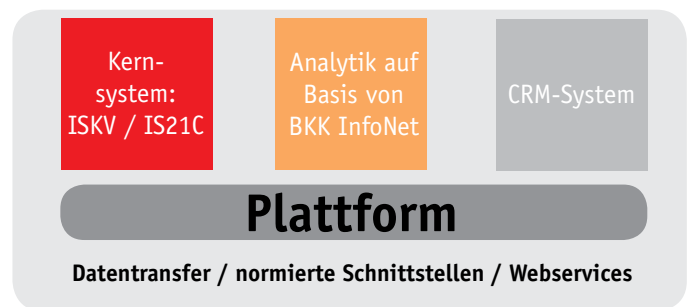


Abb.: Integrationsaspekte der verschiedenen IT-Komponenten für das Versorgungsmanagement, Quelle: spectrum|K

spectrum|K einige Zusatzbausteine an, die solche Lücken füllen können. Wichtig ist, dass sich die neuen Bausteine in die vorhandenen Anwendungen und Tools integrieren lassen. Ein Beispiel dafür ist der „has health manager“. Zusätzlich zu günstigen Vertragskonditionen bietet spectrum|K hier unterstützende Beratung bei der Implementierung und dem Einsatz des Systems an.

### Ausblick: Neue Welt oder Umbau der alten Welt?

Eine Untersuchung des Anbietermarktes durch spectrum|K im Rahmen des Projekts Versorgungsmanagement im Herbst 2009 hat ergeben, dass technologisch alles vorhanden ist, was an Analytik, CRM und Prozessunterstützung für das Versorgungsmanagement benötigt wird. Das Problem besteht in der Umsetzung der Inhalte aus dem Versorgungsmanagement in den vorhandenen technischen Rahmen. Die Integration in die existierenden Systeme, insbesondere in das operative Kernsystem, ist erforderlich, aber weitgehend ungelöst. Noch schwieriger ist es jedoch, ein IT-System komplett neu zu starten und mit Inhalt zu füllen. Dies verursacht extrem hohe Vorlaufkosten bei einem schwer zu kalkulierenden wirtschaftlichen Nutzen. Aus diesen Gründen ist ein Anfang auf der grünen Wiese kaum möglich. Die einzige Möglichkeit besteht also darin, den schon existierenden Anwendungen schrittweise neue Komponenten hinzuzufügen. Entscheidend ist dabei das Zusammenspiel dieser neuen Komponenten mit den vorhandenen Systeme-

men. Wie gut das funktioniert, hängt von der IT-Architektur ab. Von Plattformen zur Integration sprechen viele Anbieter. Nur: Jeder Anbieter meint dabei seine Plattform.

IT-Lösungen zur Unterstützung des Versorgungsmanagements müssen für jede Kasse individuell geplant und implementiert werden. Eine Bestandsaufnahme der vorhandenen IT-Landschaft macht den Anfang, eine Bewertung ihrer Tauglichkeit fürs Versorgungsmanagement schließt sich an. Die Erkenntnisse aus dem Projekt Versorgungsmanagement von spectrum|K weisen auf Stärken und Schwächen der meisten der bisher eingesetzten Tools hin. Anschließend müssen für die Prozesse und Funktionen, die durch die bestehenden Systeme nicht oder nur unzureichend abgedeckt sind, Tools oder Bausteine ausgewählt werden, die eine sinnvolle und integrierbare Ergänzung zur existierenden Systemlandschaft darstellen. Auch hier hat das Projekt Versorgungsmanagement wichtige Anhaltspunkte zur Funktionalität und Offenheit in Frage kommender Produkte geliefert. Nur ein Ansatz, der individuell vorhandene Strukturen und Bedürfnisse berücksichtigt und bestehende Lücken mit sinnvollen Standard-Tools und entsprechenden Integrationsmöglichkeiten füllt, kann Kassen qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Lösungen bieten. (Abb.) Bei anstehenden Ist-Analysen und Auswahlprozessen für adäquate Tools steht spectrum|K gerne mit Rat und Tat zur Verfügung. <<

von: Hartmut Scholz\*

\* Leiter des Geschäftsbereichs Informationsmanagement der spectrum|K GmbH in Essen



## IT wird zum Enabler

>> „Grundsätzlich geht es darum, für Versicherte eine optimale, das heißt ihre individuellen Bedürfnisse treffende, kostengünstige Versorgung zu organisieren.“ So beschreibt Ingo Werner, Geschäftsführer der spectrum|K GmbH (Berlin/Essen), den Ansatz des Versorgungsmanagements als vielleicht grundlegendste Aufgabe - einerseits von Krankenkassen, doch andererseits auch ihrer Partner, zu denen sich spectrum|K selbst sowie eine Reihe von bekannten, oder auch noch eher unbekanntem Dienstleistern zählt. Das zu ändern, hat sich die Ihnen vorliegende Ausgabe von „Versorgungsmanagement Kompakt“ verschrieben - ein Kompendium, das sich vorwiegend mit dem IT-gestützten Versorgungsmanagement auseinandersetzt.

Was Versorgungsmanagement bedeutet, wie vielfältig die Datengrundlagen sein müssen, wie exakt die Vorgehensweisen durchdacht, wie penibel und auch gesetzeskonform Verträge und Prozesse aufgesetzt und vor allem wie realitätserprobt Lösungsansätze sein können, auch das lesen Sie in der vorliegenden Sonderausgabe von „Versorgungsmanagement Kompakt“.

Dabei muss Versorgungsmanagement als Kette verstanden werden, die – so ist es nun einmal – immer nur so stark sein kann wie ihr schwächstes Glied. Dabei ist es nahezu egal, wo ein Fehler ins System kommt: Durch ständige Interaktionen, aber auch durch die hohe Komplexität des zu handelnden Systems können kleinste Kommastellen oder Ungenauigkeiten in Vertragswerken zu zukunftsgefährdenden Problemen werden.

Gleiches gilt für die IT, ohne die im Prinzip heute kein Versorgungsmanagement-Prozess mehr denkbar ist: ob klassisches Casemanagement, oder Finanz-, Liquiditäts-, Risikomanagement, Deckungsbeitragsrechnung bis hin zur Versorgungsanalyse samt Simulation, Regression, Prognose und Analytik: Ohne entsprechendes DataWarehousing, intelligente Verknüpfungen und vor allem ohne die entsprechende Software (samt best ausgebildeten Mitarbeitern) ist die Aufgabe nicht mehr zu handeln.

Das „Wie“ verraten die Autoren von spectrum|K und diverse IT-Dienstleister, die sich in dieser Ausgabe präsentieren. <<

Ihr

Peter Stegmaier  
Herausgeber vm-k

# IT-Dienstleister stellen sich vor

(alphabetisch sortiert):





Der Schlüssel zum Erfolg

# Versorgungsmanagement optimieren

<b>Unternehmen</b>	<b>InterComponentWare AG (ICW)</b>
<b>Angebot</b>	Care and Disease Manager (CDM)
<b>Einsatzgebiet</b>	Krankenkassen
<b>Referenzen</b>	BKK Hoesch, R+V BKK, BKK vor Ort
<b>Kontakt</b>	Bernhard Schmidt, Tel.: 06227 385-456, Mail: bernhard.schmidt@icw.de

Wohl das einzige Kontinuum im Gesundheitswesen sind die sich stetig ändernden Rahmenbedingungen. Das hat maßgebliche Auswirkungen auf die Wettbewerbsparameter in der Kassenwelt. Wettbewerbsvorteile lassen sich deshalb am besten erzielen, wenn Krankenkassen dauerhaft mit ihrer Versorgungskompetenz punkten. Am Ende wird die Kasse die Nase vorn haben, die ihr Versorgungsmanagement effizient plant, umsetzt und evaluiert. Gefragt ist also ein flexibles Management- und Steuerungsinstrument, das auch zukünftigen Anforderungen mit Hilfe von intelligenter Software Rechnung trägt. Der eHealth-Spezialist InterComponentWare AG (ICW) bietet mit Care and Disease Manager (CDM) eine kundenorientierte Lösung für genau diese Herausforderungen.

>> Im BKK-Lager nutzen bereits mehrere Kassen CDM. Die BKK Hoesch und die R+V Betriebskrankenkasse setzen bei der Steuerung ihrer Versorgungsprozesse auf CDM. Beispielsweise ist die Steuerung von DMP-Programmen ein komplizierter Massenprozess. Eine für diesen Zweck automatisierte Workflow- und Prozessoptimierung unterstützt CDM äußerst effektiv und schont damit den Einsatz der Ressourcen.

So erstellt CDM unter anderem vollautomatisch Qualitätsberichte. Zusätzlich gewährleistet eine kassenweit einheitliche Vorgehensweise eine reproduzierbare und gleichbleibende Arbeitsqualität bei gleichzeitiger Kostenoptimierung. Bei beiden Kassen stellte der CDM-Einsatz seinen Nutzen bereits sehr erfolgreich unter Beweis. René Thiemann, stellvertretender Vorstand der BKK Hoesch erklärt: „Der Einsatz von CDM hat sich bereits ausgezahlt. Innerhalb eines Jahres haben wir Einsparungen in Höhe von bis zu 500.000 Euro erzielt.“

Die R+V Betriebskrankenkasse hat in einer kleinen Studie im Bereich der Kundenberatung untersucht, wie CDM im Vergleich zur herkömmlich genutzten Software im Arbeitsalltag des Sachbearbeiters interne Prozessabläufe optimiert. Thomas Schaaf, Abteilungsleiter Unternehmensent-

wicklung und Marketing/Vertrieb, freut sich über das Ergebnis. „Im Durchschnitt sparen unsere Mitarbeiter 50 Prozent der Zeit bei der Bearbeitung. Gleichzeitig ist eine deutliche Vereinheitlichung der Arbeitsergebnisse und -prozesse über alle Beteiligten hinweg feststellbar.“

## Leistungsstark und flexibel

Die BKK vor Ort war auf der Suche nach einer Lösung, die auch mit steigenden Versicherungszahlen und Anforderungen zuverlässig und problemlos wächst. Ferner möchte die BKK vor Ort in großem Maßstab eigene Versorgungsprogramme selbst gestalten und unabhängig bleiben. Sie hat sich ebenfalls für den Einsatz von CDM entschieden, da diese Lösung all dies erfüllt. CDM bietet die Möglichkeit, bei höchstmöglicher Flexibilität beliebig komplexe Versorgungsangebote und -programme einfach abzubilden und zu evaluieren: von der Anlage von Versorgungsprogrammen, über die strukturierte Steuerung der Versicherten bis hin zur zielgenauen Begleitung der Leistungserbringer. Zusätzlich ermöglichen Schnittstellen sowie die Premiumpartnerschaft mit BITMARCK einen schnellen Datenimport und -austausch

zu ISKV-, CRM- und BI-Systemen. Andreas Krömer, Leiter Versorgungssteuerung, führt aus: „CDM überzeugt insbesondere durch Flexibilität, technische Leistungsstärke und Zukunftsfähigkeit. Besonders begeistert

uns, dass die Software grafisch erstellte Versorgungsprozesse ganz automatisch übernimmt. CDM ist so flexibel, sodass wir selbstständig Workflows erstellen und verschiedenste Dokumente einpflegen können.“ <<

### Terminhinweis

ICW auf der MEDICA,  
17. - 20. November 2010, Düsseldorf

#### Referenz

**René Thiemann**, stellvertretender Vorstand, BKK Hoesch  
**Web:** [www.bkk-hoesch.de](http://www.bkk-hoesch.de)



#### Referenz

**Thomas Schaaf**, Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung und Marketing/Vertrieb, R+V Betriebskrankenkasse  
**Web:** [www.ruv-bkk.de](http://www.ruv-bkk.de)



#### Referenz

**Andreas Krömer**, Leiter Versorgungssteuerung, BKK vor Ort  
**Web:** [www.bkkvorort.de](http://www.bkkvorort.de)





GENEVA-ID: Stärkung für Krankenkassen

# Praktisches Versorgungsmanagement

<b>Unternehmen</b>	<b>GENEVA-ID</b>
<b>Angebot</b>	„has health manager“, insbesondere mit dem Modul Versorgungsmanagementprogramme (VMP)
<b>Einsatzgebiet</b>	Krankenkassen
<b>Referenzen</b>	BKK Salzgitter, BIG, BKK Melitta Plus
<b>Kontakt</b>	Ralf Stransky, Tel.: 0211/ 27188-284, Mail: ralf.stransky@geneva-id.com

Der Mensch steht im Mittelpunkt. Mit diesen fünf Worten bringt Dr. Birgit Leineweber das Versorgungsmanagement auf den Punkt. Die Leiterin des MedPlus-Centers der BKK Salzgitter, der BKK TUI und der BKK Publik ist überzeugt: Die Idee eines umfassenden, initiativen und kreativen Prozesses zur Begleitung erkrankter Versicherter entwickelt sich zu einem neuen Kompetenzfeld. Aber wie klappt das in der Praxis? Schließlich müssen neue Arbeits- und Organisationsprozesse installiert werden. Gibt es dafür eine geeignete Software? Und wie sehen die Beteiligten das überhaupt?

>> Dr. Leineweber ist sich sicher: „Der Erfolg gibt uns recht: Die Patienten nehmen unser Angebot gern an und die meisten Ärzte zeigten sich schnell überzeugt.“

Die BKK Salzgitter hat ein Gesundheitsmanagement mit präventivem Charakter entwickelt. Wichtig ist der Kasse eine ganzheitliche, vernetzte Sicht auf das Krankheitsgeschehen. Beispiel Herzinsuffizienz: In regelmäßigen Abständen werden die betroffenen Kunden kontaktiert. Man bespricht mögliche Auffälligkeiten, vermittelt den sinnvollen Umgang mit der Krankheit und lotst durch das dichte Netz von Leistungsanbietern.

Das geht nur unter Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse und Strukturen der Kasse. Ohne richtige Software läuft das gar nichts. „Dafür haben wir den has health manager“, sagt Frau Dr. Leineweber. Dank guter Erfahrungen bei der Bearbeitung von Disease-Management-Fällen (DMP) hat die BKK Salzgitter das Programm gemeinsam mit dem Hersteller, der Firma GENEVA-ID, für ein erweitertes Versorgungsmanagement fit gemacht. Das System erzeugt auf Basis bestimmter Indikatoren automatisch Fallbearbeitungsaufgaben und hilft mit einem umfassenden Reporting beim Controlling. Dr. Leineweber: „Ein ideales Managementwerkzeug für komplexe Case-Management-Prozesse.“ Ähnlich sieht das auch die BIG direkt ge-

sund. Frau Ina Sinicy, Leiterin des Case-Managements, hat den „has health manager“ um Case-Management-Funktionalitäten erweitern lassen, um ihren KollegInnen ein spezielles Fallmanagement zu ermöglichen, bei dem die herkömmlichen Instrumente nicht immer ausreichen. „Nun können wir bei bestimmten Krankheitsbildern oder Unfallsituationen unserer Kunden noch besser und optimierter betreuen und unterstützen.“

Eine weitere Kasse, die sich dem Versorgungsmanagementgedanken verschrieben hat, ist die BKK Melitta Plus. Vorstandsvorsitzender Reinhard Cunardt ist überzeugt, dass sich im Gesundheitswesen ganz neue Strukturen bilden, auf die er flexibel und sinnvoll reagieren will: „Wir wollen Player bleiben, keine Payer werden.“ Als Pilotkasse für das frisch aus der Taufe gehobene iskv\_21c hat die BKK Melitta Plus den „has health manager“ und seine VMP-Komponenten an ihr neues System angebunden.

Deutlich wird: Das Versorgungsmanagement funktioniert in der Praxis. Gut sogar. Aber dafür ist die richtige Software notwendig. Um die Herausforderungen zu meistern, vor denen die Kassen in Zeiten chronisch knapper Budgets und sich ständig verändernder Rahmenbedingungen stehen, ist der „has health manager“ ein sinnvolles Tool. Denn das System kann noch mehr als Aufgaben-



Abb 1: Instrumente wie der Morbi-RSA haben offenbar Anreize in der GKV gesetzt, aktiver ins Versorgungsgeschehen ihrer Versicherten einzugreifen. Flankiert durch Erfahrungen aus dem DMP setzen immer mehr Kassen auf ein Versorgungsmanagement (VMP).

## Nachfragebündelung über spectrum|K

Der „has health manager“ und seine verschiedenen Module können auch direkt über spectrum|K angefragt werden, wobei sich bei der Nachfragebündelung über spectrum|K für die Kassen Kostenvorteile über Mengenrabatte ergeben. Neben der Vertragssoftware bietet spectrum|K den Kassen im Kontext des Versorgungsmanagement aus einer Hand eine ganze Palette kompetenter Dienstleistungen und Produkte an, die den effizienten Einsatz der Software bei den Kassen unterstützen.

steuerung und Qualitätssicherung. Als Vertragssoftware ist der „has health manager“ in der Lage, selbst komplexe Vertragswerke einfach abzubilden, ihre Inhalte

in die Prozesse zu integrieren und dabei natürlich dem gesetzlichen Rahmen zu genügen. Alles im Interesse des Versicherten - denn im Mittelpunkt steht der Mensch. <<

### Autor

**Ralf Stransky** ist Leiter Geschäftsbereich Health Care bei GENEVA-ID  
**Kontakt:** ralf.stransky@geneva-id.com  
 Web: www.geneva-id.com  
 Parsevalstr. 7a, 40468 Düsseldorf





Microsoft: Dynamics CRM - automatischer Zahlungseinzug

# Intelligente Technologie

<b>Unternehmen</b>	<b>Microsoft Deutschland GmbH</b>
<b>Angebot</b>	Plattform für automatischen Zahlungseinzug
<b>Einsatzgebiet</b>	Krankenkassen
<b>Referenzen</b>	spectrum K
<b>Kontakt</b>	Tel: 030/39097- 215 bzielke@microsoft.com

Die spectrum|K GmbH hat gemeinsam mit der disserto management gmbh eine Lösung entwickelt, die den Zahlungseinzug des Zusatzbeitrags durch Krankenkassen vollständig automatisiert. Sie kombiniert unterschiedliche Microsoft-Technologien aus den Bereichen Integration, Datenbanken und CRM. Dadurch profitieren die Krankenkassen von niedrigen Kosten, individuell zugeschnittenen Leistungen und dem schnellen Zugriff auf aktuelle Daten.

>> Das Dienstleistungsunternehmen spectrum|K unterstützt Krankenkassen dabei, technisch anspruchsvolle und rechtlich oder betriebswirtschaftlich komplexe Vorgaben zu realisieren. Seit Anfang 2010 steht dabei der Zusatzbeitrag im Mittelpunkt, den die ersten Krankenkassen bereits von ihren Mitgliedern erheben. Wer jedoch keine effiziente technologische Lösung verwendet, verliert möglicherweise aufgrund des Verwaltungsaufwands einen großen Teil der Einnahmen. „Gerade beim Zusatzbeitrag kommt es auf jeden Cent an, denn er fließt direkt ins Portemonnaie der Kassen“, sagt Ingo Werner, Geschäftsführer der spectrum|K GmbH.

Microsoft-Partner disserto management gmbh umzusetzen. „Ausschlaggebend war für uns vor allem das Branchenwissen, das disserto als Dienstleister der Gesundheitswirtschaft in das Projekt einbringt“, erklärt Yves Rawiel, Bereichsleiter Kundenmanagement und Initiator des Projekts „Zusatzbeitrag“ bei der spectrum|K GmbH.

Die verschiedenen Daten und Informationen sollten mit Hilfe einer speziellen Datendrehscheibe verbunden werden. Als zentrale Elemente dienen die Integrationsplattform Microsoft BizTalk Server 2009 Enterprise Edition und das Datenbanksystem Microsoft SQL Server 2008 Enterprise Edition. Um den gesamten Prozess zu steuern und die Daten auszuwerten, wurde die Kundenbeziehungsmanagement-Software Microsoft Dynamics CRM als „Frontend“ eingesetzt.

Hohe Sicherheitsanforderungen spielten eine zentrale Rolle: Denn die sensiblen Sozialdaten waren nicht nur in einem geschützten Bereich des Essener BITMARCK-Rechenzentrums zu verwalten, sondern auch streng von allen anderen Systemen zu trennen. „Die Vorgaben des Bundesversicherungsamtes (BVA) sind hoch. Mit Hilfe von Mandanten und Zugriffsberechtigungen ist es uns gelungen, sie zu erfüllen. Schließlich sollte jede Kasse nur auf ihre eigenen Mitgliederdaten zugreifen können“, betont Rawiel.



Abb. 1: Datendrehscheibe

## Konsequent mit Microsoft

Um den Zahlungseinzug vollständig zu automatisieren, waren neben unterschiedlichen Datenquellen nicht weniger als 83 Teilprozesse in einen gemeinsamen Ablauf zu integrieren. Hierzu zählen beispielsweise die Kassensoftware (ISKV), spezielle Plausibilitätskontrollen und externe Dienstleister, die für Adress- und Einkommensprüfung, Versand der Beitragsbescheide oder das Einscannen der Einzugsermächtigungen zuständig sind. Hinzu kam die Anbindung von Zahlungsverfahren wie E-Payment, Lastschrift oder Kreditkarte.

Bereits Ende 2008 entschied spectrum|K, das Projekt „Zusatzbeitrag“ gemeinsam mit dem

## Integration gelungen

Seit Mitte Februar 2010 ziehen die ersten Krankenkassen ihre Zusatzbeiträge über spectrum|K ein. Keine 24 Stunden benötigt die Datendrehscheibe, um die Mitgliederdaten von der Kassensoftware ISKV abzuholen, sie zu verifizieren, die Liquidität zu prüfen und den Lastschriftauftrag an die Banken zu versenden.

Die Krankenkassen können den

Status eines jeden Vorgangs über den Webclient der CRM-Software verfolgen. Die verifizierten Adressdaten werden am Ende des Durchlaufs zum Reimport ins Kassensystem ISKV bereitgestellt. „Besonders gefällt uns die Flexibilität des Prozesses“, so Rawiel. „Dadurch können wir das Produkt ‚Zusatzbeitrag‘ in verschiedenen Varianten anbieten. Das ist wichtig, weil die Krankenkassen unterschiedlich strukturiert sind.“ <<

### Autor

**Bettina Zielke** ist Senior Business Development Manager Healthcare bei Microsoft  
**Kontakt:** bzielke@microsoft.com  
**Web:** www.microsoft.de/gesundheitswirtschaft







THE POWER TO KNOW.

SAS: Innovatives Versorgungsmanagement

# Auf dem Weg in eine gesunde Zukunft

<b>Unternehmen</b>	SAS Institute GmbH
<b>Angebot</b>	SAS Business Analytics
<b>Einsatzgebiet</b>	Krankenversicherungen
<b>Referenzen</b>	Techniker Krankenkasse, DAK – Unternehmen Leben, GKV Spitzenverband
<b>Kontakt</b>	06221 415 123 Mail: info@ger.sas.com

**K**ostendruck. Mitgliederschwund. Zwang zur Erneuerung. Gesetzliche Krankenkassen stehen vor dem größten Wandel ihrer Geschichte. Wer die Herausforderungen annimmt, hat die Chance einer gesicherten Zukunft. Voraussetzung: das in der Organisation vorhandene Wissen konsequent für die Planung im Versorgungsmanagement zu nutzen. Hierbei helfen Business Analytics – sie verwandeln die Terabytes-Daten, mit denen Krankenversicherungen täglich umgehen, in fundierte Informationen für zukunftsfähige Entscheidungen.

>> Das Wettbewerbsstärkungsgesetz konfrontiert die gesetzlichen Krankenkassen mit einer ganzen Reihe neuer Herausforderungen – vor allem bezüglich der Finanzen. Werden die Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds die Kosten decken? Dies ist sicherlich die dringlichste Frage, aber keineswegs die einzige. Im Gegenteil. Sie eröffnet erst den Fragenkatalog – wie hoch etwa die tatsächlichen Kosten pro Krankheitsklasse sind, welche Maßnahmen zur Senkung der Leistungskosten sinnvoll erscheinen, oder welche Risikogruppen es tatsächlich gibt. Informationen darüber können für gesetzliche Krankenkassen überlebenswichtig sein. Schließlich gibt es erstmals seit ihrer Einführung auch ein Insolvenzrecht für Krankenkassen.

Die Einnahmen und Ausgaben sowie gleichermaßen Versicherte und den Wettbewerb im Blick zu behalten, ist keine leichte Aufgabe – zumal die Zuweisung aus dem Morbi-Risikostrukturausgleich auf Basis zwei Jahre alter Daten erfolgt. Schon im eigenen Interesse ist es für die Krankenkassen nun entscheidend, sich nicht mehr nur als Zahler von Leistungen zu sehen. Stattdessen geht es für sie jetzt darum, ihr Geschäft strategisch zu planen und, wo nötig, steuernd einzugreifen. Dazu bedarf es eines intelligenten Versorgungsmanagements, mit dem sich die Versorgung der Versicherten optimieren und gleich-

zeitig die Bilanz im Gleichgewicht halten lässt.

Mit Business-Analytics-Systemen lässt sich diese Aufgabe effizient bewältigen. Sie ergänzen die bestehenden operativen Systeme mit wertvoller Analyse- und Prognose-Funktionalität. Damit entsteht eine leistungsfähige IT-gestützte Gesundheitsanalytik. Basis sind die riesigen Datenmengen, über die Krankenkassen heute schon verfügen – einschließlich aller Informationen zu Versicherten, Krankheitsverläufen,

Kosten und Behandlungsmaßnahmen über längere Zeiträume.

Business-Analytics-Lösungen wie die von SAS generieren aus diesen Informationen das Wissen über Kunden, Risiken, Produkte und die Qualität der Leistungen, das Krankenkassen für eine effiziente Steuerung benötigen. Mittels dieser Analysen erkennen sie beispielsweise Muster in Krankheitsklassen, können Krankheitskosten prognostizieren und damit Potenziale für eine optimierte Steuerung aufdecken.

Ein Beispiel: Mindestens ein Prozent der Leistungskosten lässt sich durch gezieltes Management der Leistungen einsparen, indem Krankenkassen geeignete Präventionsmaßnahmen identifizieren und Versorgungsansätze wie Direktverträge mit bestimmten Ärzten und Kliniken oder Rabattverträge mit Pharmaunternehmen schließen.

## Mehr Transparenz, bessere Leistung

Insgesamt gewinnen Krankenkassen durch Business Analytics mehr Transparenz – der Kosten ebenso wie der Leistungen. So lässt sich anhand analytischer Prognosen etwa die Entwicklung einzelner Krankheitsklassen ablesen. Das Management sieht auf diese Weise, welche Kosten auf die Krankenkasse zukommen und kann rechtzeitig gegensteuern, mit Rücklagen und mit Präventionsmaßnahmen für Versicherte. Ein positiver Nebeneffekt: Diese Informationen lassen sich mithilfe analytischer CRM-Lösungen für das Kundenmanagement aufbereiten, um die Versicherten dann gezielt mit geeigneten Vorsorgemaßnahmen anzusprechen. Dieser Wechsel zu einer versicherten-zentrierten Sicht- und Handlungsweise bringt über die optimale Steuerung des individuellen Versichertenkollektivs erhebliche Wettbewerbsvorteile.

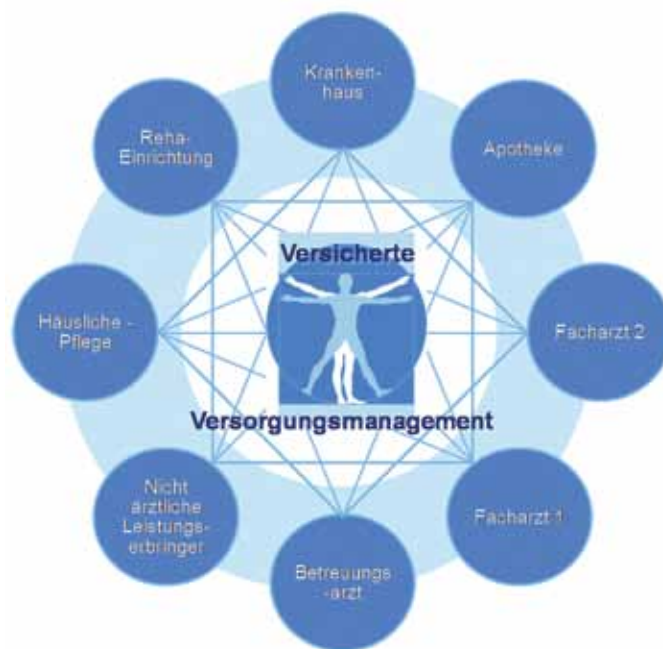


Abb 1: Versicherten-zentrierte Sicht

Die für dieses Vorgehen notwendigen Informationen stecken zum größten Teil in den bereits bei den Krankenkassen vorhandenen Daten. Für ihre Analyse müssen IT und Fachbereiche zusammenarbeiten: Die fachlichen Anforderungen werden in tragfähige Analysemodelle überführt. Die IT bereitet die Daten dann so auf, dass den Fachbereichen alle notwendigen Informationen für Planung, Steuerung und Umsetzung zur Verfügung stehen.

Eine zu überspringende Hürde ist bei alledem die sektorale Organisation der meisten Krankenkassen. Um ein Gesamtbild über die Leistungen bezogen auf den Versicherten zu erhalten und auf dieser Basis Prognosen zu erstellen, bedarf es einer sektorübergreifenden Analyse. Die Steuerung verläuft dann wiederum auf Sektorebene. Wobei es auch hier zu temporärer Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche kommen kann, etwa wenn über integrierte Versorgung nachgedacht wird. Teilweise haben Krankenkassen auch schon spezielle Fachabteilungen aufgebaut, die derartige Versorgungsformen betreuen und steuern. Die IT kann solche Querschnittsprozesse unterstützen. Insgesamt wird ein Umdenken notwendig – hin zu mehr Transparenz und Zusammenarbeit.

### Gebündelte Analysekompetenz

Eine breite Analyseplattform ist für Krankenkassen ein Garant dafür, zukunftsfähige strategische Entscheidungen treffen und die eigenen Argumente in der öffentlichen Diskussion stets durch fundierte, korrekte Daten untermauern zu können – zum Wohl für Unternehmen und Versicherte.

Erfahrung und ein Gespür für die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sind gut, doch als Basis für nachhaltig erfolgreiche Entscheidungen reichen sie nicht mehr aus. Das gleiche gilt für einfache Auswertungen

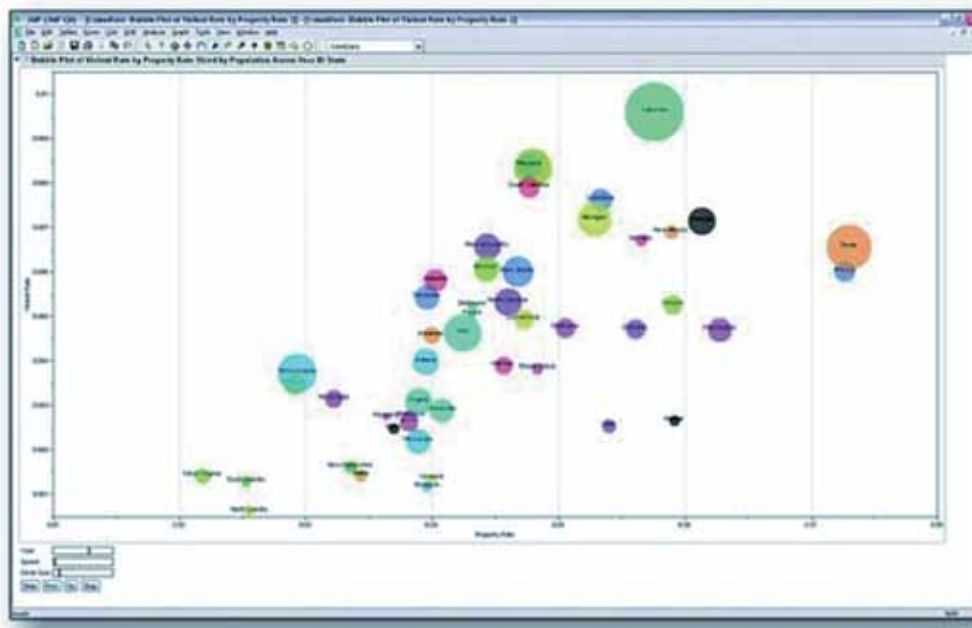


Abb 2: Komplexe Zusammenhänge intuitiv analysieren

vergängerer Tage oder für simples Extrapolieren des aktuellen Zustands. Um die Weichen richtig stellen zu können, müssen Krankenkassen nicht mehr nur wissen, was in der Vergangenheit geschehen ist und wann, sondern vor allem: warum. Nur mit diesen Einsichten lässt sich fundiert vorausplanen. Business Analytics bieten eine ganze Palette an Prognosemethoden, die Entscheidungsträger bei der Beantwortung genau dieser Fragen unterstützen.

Eine erfolgreiche Strategie, den steten Wandel der Anforderungen zu bewältigen, ist die Einrichtung einer zentralen Analyseeinheit: Sie koordiniert die Anforderungen aus den Fachbereichen und dem Management mit der Umsetzung durch die IT. Hier ist die Analysekompetenz der gesamten Organisation gebündelt. Sie sorgt für maximale Flexibilität und schnellstmögliche Umsetzung der fachlichen Anforderungen. So haben Krankenkassen ein wirksames Mittel in der Hand, dem wachsenden Druck des Marktes erfolgreich zu begegnen und gleichzeitig Wettbewerbsvorteile zu erschließen. <<

### Innovatives Versorgungsmanagement mit SAS BA

- Integration vorhandener gesundheits- und betriebswirtschaftlichen Daten
- Ergänzung um externe Leistungsdaten (Ärzte, Krankenhäuser, Apothekenabrechnungszentren, ...)
- Hohe Performanz, Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei großen, heterogenen Datenmengen
- Unternehmensweites Berichtswesen, Web-basiert und für verschiedene Benutzer-Rollen
- Reporting der Deckungsbeitragsrechnung pro Krankheitsklasse (Risiko-adjustierte Kostensicht)
- Ermittlung von Wahrscheinlichkeiten des Auftretens von Krankheitsklassen
- Ermittlung von Potenzialen pro Morbiditätsgruppe (Zielgruppen, Produkte/Verträge, Tarife)
- Automatisierte Trendprognosen von Krankheitskosten und -verläufen (HMG, AGG, Regionen)
- Mustererkennung von Risikogruppen für bestimmte Krankheitsbilder
- Sequenzanalysen über Eintrittswahrscheinlichkeiten von Komorbiditäten
- Versicherten-zentrierte Sicht durch Einbeziehung von Risiko- u. Leistungskennzahlen in die Kommunikation mit Anspruchsgruppen für Versorgungsmanagement und Marketing
- Zielgenaue Segmentierung der Versicherten
- Analytisches Kampagnen- bzw. Maßnahmenmanagement und Optimierung der Mittelverteilung bei konkurrierenden Maßnahmen, gerade bei hoher Anzahl an Segmenten und Maßnahmen

Mehr zum Thema unter: [www.sas.de/versorgung](http://www.sas.de/versorgung)

#### Autor

Hans Peter Steininger ist Business Development Manager Health bei SAS Deutschland

Kontakt: [info@ger.sas.com](mailto:info@ger.sas.com)

Web: [www.sas.de](http://www.sas.de)

In der Neckarhelle 162, 69118 Heidelberg





Terranet: Business-Intelligence-Lösungen für Kassen

# DIAS<sub>KV</sub>: BI für Krankenkassen

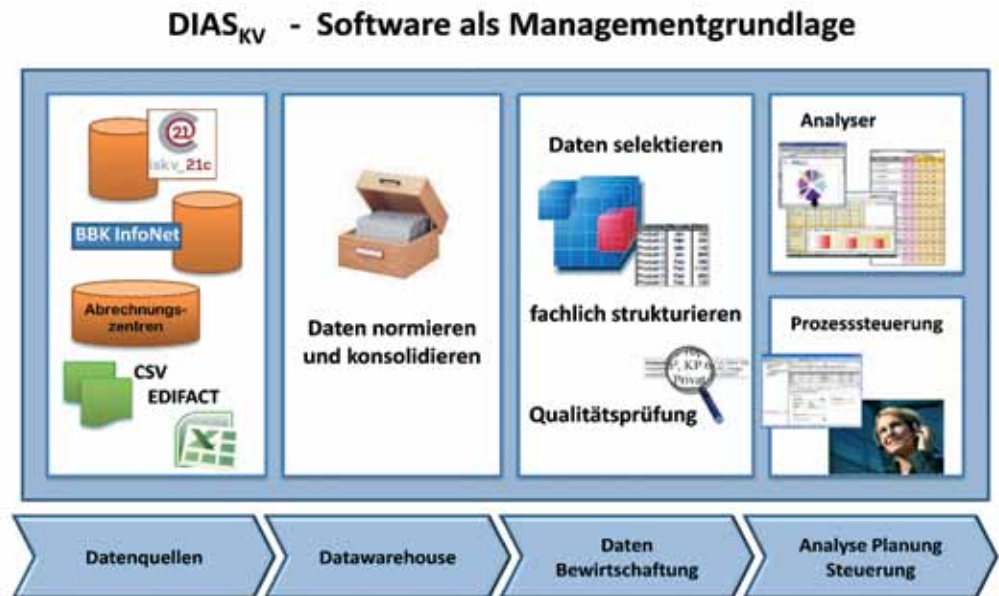
<b>Unternehmen</b>	Terranet Gesellschaft für Netzwerk und Kommunikationsprojekte mbH
<b>Angebot</b>	DIAS <sub>KV</sub> Managementsoftware für Krankenkassen
<b>Einsatzgebiet</b>	Krankenkassen
<b>Referenzen</b>	BKK VBU, BKK Salzgitter, Deutsche BKK, BKK Essanelle, Schwenninger BKK, Salus BKK,
<b>Kontakt</b>	Lutz Geiser Tel.: 030 26305221, Mail: l.geiser@terranel-berlin.de

Mit der Einführung der Gesundheitsreform hat sich das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherungen grundlegend verändert. Erfolgsfaktoren wie Beitragssatz, Beitragseinnahmen und die daraus resultierenden Deckungsbeiträge gelten nicht mehr. Alle Kassen bekommen die gleichen Mittelzuweisungen, die durch risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge ergänzt werden. Die dadurch entstandene Wettbewerbssituation wird derjenige für sich entscheiden, der die vielfältigen neuen Vertragsfreiheiten der Kassen effizient managt und damit seine Ausgabenbilanz verbessert. Die Antwort auf diese Herausforderung heißt „BI“ (Business Intelligence).

>> Die Terranet GmbH aus Berlin beschäftigt sich bereits seit 15 Jahren mit der Verarbeitung von Daten aus dem direkten Umfeld der gesetzlichen Krankenkassen. Mit DIAS<sub>KV</sub> bietet Terranet ein leistungsfähiges Softwarepaket zur Analyse und Steuerung der Geschäftsprozesse einer Kasse an. Die Basis dafür bildet ein spezielles von Terranet entwickeltes interaktives Warehouse.

Neben der optimalen Gestaltung von Bedienoberflächen und Prozessabläufen liegt bei DIAS<sub>KV</sub> der Fokus insbesondere auf der flexiblen Bereitstellung von fachlichen Sichten.

Neben vielen bereits bestehenden Modulen für das Controlling sind in den letzten Jahren vor allen Dingen Anwendungen aus dem Bereich Versorgungsmanagement dazugekommen. Die Entwicklung von DIAS<sub>KV</sub> erfolgt kontinuierlich in enger Zusammenarbeit mit mehreren Krankenkassen und garantiert dadurch eine hohe fachliche Kompetenz. <<



### Fallbeispiel: DIAS<sub>KV</sub> live bei der BKK VBU in Berlin

Von allen Kunden der Terranet GmbH ist die BKK VBU mit dem umfanglichsten DIAS<sub>KV</sub> Leistungspaket ausgerüstet. Es reicht von diversen Controlling-Modulen bis zur kompletten Steuerung von Selektivverträgen. Im Oktober 2010 wird die BKK VBU auf die neue Software der BITMARCK ISKV21\_c umstellen. Die Terranet und DIAS<sub>KV</sub> sind darauf vorbereitet und gehen diesen Schritt mit.

### Auszug aus den aktuell verfügbaren DIAS-Modulen

MorbisRSA	DMP
AU und Krankengeld	CRM
Krankenhaus	IGV-Verträge
Beitragsanalyse	AU- Fallmanagement
Versicherte u. Meldez.	Zusatzbeitragseinzug
Deckungsbeitrag	HZV
Arzneimittel	Versichertenlücke
Ärztliche Behandlung	

#### Autor

Lutz Geiser ist Key Account Manager bei der Terranet GmbH  
**Kontakt:** l.geiser@terranel-berlin.de  
 Web: www.terranel-berlin.de  
 Dietzgenstraße 56, 13156 Berlin



Vendus Local Healthworld

# Online-Marketing-Unterstützung

<b>Unternehmen</b>	<b>Vendus Sales &amp; Communication Group GmbH</b>
<b>Angebot</b>	Internetplattform zur Marketing Unterstützung
<b>Einsatzgebiet</b>	Krankenkassen
<b>Kontakt</b>	Guido Mecklenbeck, Tel.: 0211-583357-700, Mail: guido.mecklenbeck@vendus.de

Local Branding ist das Schlagwort, das aktuell viele Anbieter beschäftigt und auch Krankenkassen beschäftigen sollte. Denn der Gesundheitsmarkt und somit der Wettbewerb um die interessanten Versicherten findet lokal statt. Bundesweite Imagekampagnen können dem Vertrieb deshalb wenig helfen: Für regionale Kassenanbieter sind sie schon aus Kosten/Nutzen-Aspekten wenig sinnvoll.

>> Große Unternehmen haben darauf längst reagiert und steuern ihre globale Kommunikation inzwischen Corporate Identity gerecht bis in die kleinste regionale Umsetzung. So hat heute zum Beispiel jeder „Vodafone-Shop“ oder „Loewe“-Fernsehändler nahezu unbegrenzte für ihn individualisierte Werbeinstrumente zur Verfügung.

Möglich ist dies durch intelligente Web-basierte Plattformen, die den kompletten lokalen Werbemarkt nicht nur abbilden, sondern auch eine Steuerung ermöglichen, ohne dass hier noch Agenturen zum Einsatz kommen müssen. Der Nachteil: Solche Plattformen erfordern in der Regel sechsstellige Investitionen.

Die Lösung für kleine und große Krankenkassen heißt deshalb: Vendus Local Healthworld. Das im Healthcareaumarkt einzigartige Tool ermöglicht die Führung aller Werbemittel und Werbeträger von einer einzigen digitalen Plattform aus ohne hohe Investitionskosten. In einem Lizenzmodell stellt die Vendus das Tool komplett mit qualifiziertem Beraterpersonal zur Umsetzung zur Verfügung (s. Abb. 1).

## Einbringung der Kooperationspartner

Krankenkassen stehen durch Individualverträge mit unterschiedlichsten Leistungserbringern vor der Aufgabe, die neuen Angebote ihren Kunden gegenüber zu kommunizieren. Somit hat häufig jeder

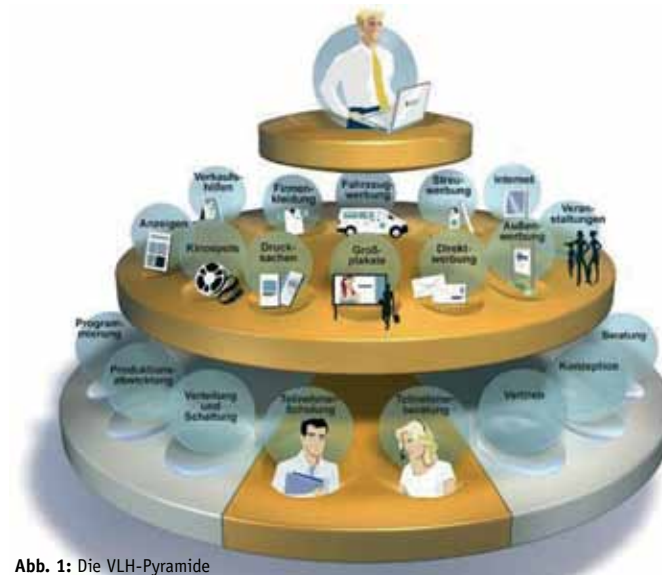


Abb. 1: Die VLH-Pyramide

Vertragspartner den berechtigten Wunsch, auf Werbemitteln, die zum Beispiel über die Geschäftsstellen der Krankenkassen im lokalen Umfeld verteilt werden, platziert zu sein. Die VLH ist für diese Anforderung eine wichtige Schnittstelle. So werden die Vertragspartner via Text oder Bild digital und vollautomatisiert in alle Werbemittel eingespeist – eine der effektivsten und kosteneffizientesten Möglichkeiten der Individualisierung. Auch die Belieferung der einzelnen Vertragspartner in Kleinmengen inklusive Abrechnung ist über die Plattform möglich.

Die VLH ermöglicht den Teilnehmern sämtliche umfassende Werbemittel und Marketing-Dienstleistungen (Fullservice) individualisiert zu realisieren - Anzeigen,

Außenwerbung, Kinowerbung, POS Werbemittel, Newsletter, Kinowerbung und Internet – alle mit lokal relevantem Bezug.

Individuelle Gestaltungselemente wie Logo, CD/CI, Schriftzug, Symbole und Hausfarben schaffen Wiedererkennungswert. Auch kundenspezifische Erweiterungen von Werbemitteln und Dienstleistungen sind möglich: Zum Beispiel Radiospots inklusive Mediaschaltung

oder Instore-Communication-Tools wie Flatscreens und Zahlsteller.

Die Abwicklung am PC von Corporate Identity gerechten und gleichzeitig individualisierten Werbemitteln ermöglichen ein lokales Marketing: Alles aus einer Hand.

## Vorteile auf einen Blick

Die VLH bietet eine Optimierung der kompletten Prozessstruktur in der Werbemittel- und Mediaorganisation. Dabei können alle Netzwerkteilnehmer in alle Materialien integriert werden - ohne zusätzliche Druckkosten!

Zahlreiche Kommunikationskanäle auf regionaler Ebene bieten höchste Flexibilität im Marketingmix und das zu kleinen Budgets und niedrigen Druckauflagen. Teilnehmende Geschäftsstellen und deren Kooperationspartner erreichen so einen professionellen Auftritt durch die Anwendung kontinuierlicher Corporate Designs. Ein vollautomatisierter Abrechnungsprozess macht die Plattform einfach und praktisch in der Handhabung. Bei Fragen zur Kampagnenplanung und Umsetzung steht ein Spezialteam für lokales Marketing zur Verfügung. <<

## Autor

**Guido Mecklenbeck** ist Geschäftsführer der Vendus Sales & Communication Group GmbH

**Kontakt:** guido.mecklenbeck@vendus.de, Web: www.vendus.de, Mörsenbroicher Weg 200, 40470 Düsseldorf





Verisk Health: medizinische und ökonomische Perspektive

# Adäquate Risiko-adjustierung

<b>Unternehmen</b>	<b>Verisk Health GmbH</b>
<b>Angebot</b>	Risikoanalysen und Modellentwicklung
<b>Einsatzgebiet</b>	Krankenkassen
<b>Referenzen</b>	
<b>Kontakt</b>	Dr. med Steffen Hilfer, Tel.: 089-999-8179-0, Mail: steffen.hilfer@veriskhealth.de

Sich rasch ändernde gesetzliche Rahmenbedingungen beschleunigen die aktive Einwirkung der Kostenträger auf die Versorgung Ihrer Versicherten. Das frühzeitige und zielgerichtete Erkennen der versicherten Krankheitsrisiken sowie die Auswahl der richtigen Maßnahmen stehen dabei im Mittelpunkt. Nur so können Steuerungsmaßnahmen effizient gestaltet werden. Verisk Health unterstützt Krankenkassen und Leistungserbringer bei der Identifizierung von Versicherten, die durch gezielte und innovative Versorgungsmaßnahmen am meisten profitieren können.

>> Versorgungsmaßnahmen, die über die etablierte medizinische Regelversorgung hinaus durchgeführt werden sollen, sind vor allem in ökonomischer Hinsicht nur dann Erfolg versprechend, wenn sie sich an die richtigen Patienten wenden. Doch auf welche Weise erschließt sich der richtige Patient mit einem besonderen Versorgungsbedarf?

Seit Ausgründung aus der Boston University hat die Verisk Health GmbH (vormals DxCG Gesundheitsanalytik GmbH) ihre statistischen Methoden zur Identifizierung von Risikoversicherten Schritt für Schritt verfeinert. Heute haben sie weit über Ihren Ursprungsort USA hinaus Verbreitung und Anerkennung gefunden. Diese Modelle sagen auf Grundlage von Daten zu Morbidität, Leistungsanspruchnahme, Soziodemographie und anderen Informationen künftige Leistungsausgaben und Ereignisse, z. B. Krankenhausfälle, vorher. Entscheidend ist dabei die intelligente Verknüpfung von medizinischer und ökonomischer Perspektive. Nur diese führt zu den gewünschten Ergebnissen.

Die Modelle der Verisk Health werden von medizinischen Fachexperten entwickelt und stellen Versorgungsaufwand und Ressourcenverbrauch in den Kontext der tatsächlich vorliegenden Morbidität. Sie werden unter dem Aspekt einer adäquaten Risikoadjustierung aus den Dokumentationssystemen (z. B. ICD10 oder ATC), die ebenfalls

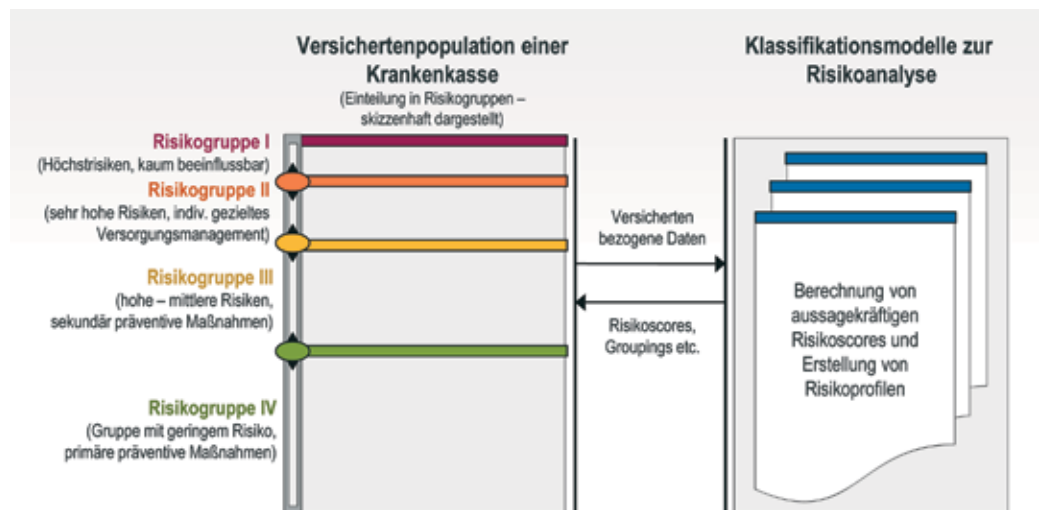


Abb 1: Risikoanalysen für effiziente Steuerungsmaßnahmen

in der GKV genutzt werden, neu klassifiziert. Auf Basis der deutschen Datengrundlage werden mittels der abgeleiteten statistischen Vorhersagemodelle die zum individuellen Erkrankungsprofil zugehörigen Risiken berechnet. So können Versichertengruppen identifiziert werden, die bestimmten Risikokategorien angehören, mithin also gezielt die richtige Gruppe für eine Intervention ausgewählt werden. Umgekehrt kann eine geplante Versorgungsintervention spezifisch auf solche Risikogruppen zugeschnitten werden.

Die Verisk Health Software ermöglicht dem Anwender neben einer Risikomodellierung zahlreiche weitere Analysemöglichkeiten, wie z. B. das Eingrenzen von Risikogruppen nach verschiedensten

Gesichtspunkten. Verisk Health stellt somit detaillierte Zusammenhänge zwischen der Krankheitslast im Versicherten- bzw. Patientenbestand und dem daraus resultierenden Versorgungsbedarf als Grundlage für die Gestaltung der eigenen Versorgungsstrategien dar.

In unserem wissenschaftlich ausgerichteten Ansatz legen wir besonderen Wert darauf, Wünsche

und Vorstellungen unserer Kunden in unseren Produktzyklus einfließen zu lassen. So zielen internationale Aufträge, wie auch unsere hiesigen Entwicklungspartnerschaften, darauf ab, neue Modelle zu entwickeln und nach dem Bedarf unserer Partner auszurichten. Darüber hinaus unterstützt die Verisk Health GmbH Ihre Kunden mit begleitenden Beratungs- und Analysetätigkeiten. <<

**Autor**

**Dr. med. Steffen Hilfer** ist Leiter Beratung Risikoanalysen bei Verisk Health  
**Kontakt:** steffen.hilfer@veriskhealth.de  
 Web: www.veriskhealth.de  
 Ludwigstraße 11, 80539 München





## **spectrum|K-Tagung „Versorgungsmanagement“**

### **Achtung:**

Die 4. spectrum|K-Tagung „Versorgungsmanagement“  
- ursprünglich geplant für den 9./10. November 2010 -  
**verschiebt sich voraussichtlich auf das Frühjahr 2011.**

Beachten Sie bitte unsere Website <http://www.spectrumk.de>.

### **Folgende Themen sind vorgesehen:**

**„Der Versicherte im Mittelpunkt“**

**„AMNOG und GKV-Finanzierungsgesetz in der Praxis“**

Bei Interesse an einer Ausstellung und/oder Teilnahme  
wenden Sie sich bitte an:

**Cognomed GmbH**

**Julie Holzhausen**

**Tel.: 030 / 2787 8383, Mail: [info@cognomed.de](mailto:info@cognomed.de)**

# DAS MAGAZIN FÜR MODERNES HEALTHCARE-MARKETING

Entscheiden Sie sich jetzt:

12 x im Jahr:  
News, Reportagen,  
Porträts, Fallstudien, Interviews

Als Abonnent kostenlos nutzen:  
Das Online-Portal [www.pharma-relations.de](http://www.pharma-relations.de) –  
rund um die Uhr für Sie verfügbar.

**pharma**  
RELATIONS

Fax: +49 (0) 228-76 38 28 01

Ich möchte Pharma Relations testen

Ich abonniere Pharma Relations zur Probe 4 Monate lang zum Sonderpreis von 30,- Euro zzgl. MwSt. Mein Abo wandelt sich automatisch in ein Jahresabonnement um, wenn ich nicht spätestens 14 Tage nach Erhalt der dritten Ausgabe schriftlich kündige. Nach Begleichen der Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift

Widerrufgarantie: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung innerhalb der folgenden zwei Wochen bei eRelation AG, Kölnstraße 119, 53111 Bonn schriftlich widerrufen kann. Diese Frist beginnt mit dem Eingang dieser Bestellung (Eingangsstempel). Dies bestätige ich mit meiner 2. Unterschrift:

Datum, 2. Unterschrift

Ich bestelle ein Jahresabonnement

Ich abonniere Pharma Relations für mindestens ein Jahr (12 Ausgaben) zum Preis von 120,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Name

PLZ, Ort

Fax

Pharma Relations • Kölnstraße 119 • 53111 Bonn

# Gemeinsam Gesundheit gestalten.

## Wer ist spectrum|K?

Die spectrum|K GmbH wurde 2007 von den Betriebskrankenkassen und BKK-Landesverbänden gegründet. spectrum|K bietet für gesetzliche Krankenkassen eine breite Produktpalette in den Bereichen Versorgungs-, Finanz- und Informationsmanagement sowie der Rechtsberatung an. Die spectrum|K GmbH stellt ihren Kunden auf der Grundlage eines umfassendes Branchen-Know-hows individuell maßgeschneiderte Dienstleistungen zur Verfügung.

### **Ansprechpartnerin:**

Grit Klickermann  
Marketingreferentin Kundenmanagement

spectrum|K GmbH, Spittelmarkt 12, 10117 Berlin

Telefon +49 (0)30 21 23 36-157

Fax +49 (0)30 21 23 36-39-157

E-Mail [grit.klickermann@spectrumk.de](mailto:grit.klickermann@spectrumk.de)

[www.spectrumk.de](http://www.spectrumk.de)

spectrum|K

DAS **BKK** GEMEINSCHAFTSUNTERNEHMEN