

Prof. Dr. rer. pol. Andrea Raab-Kuchenbuch

Seit 2000 Professorin für Marketing und Allgemeine Betriebswirtschaftslehre an der Technischen Hochschule Ingolstadt;

Professor Raab referiert in zahlreichen Weiterbildungsstudiengängen im Gesundheitswesen (u.a. Chefärzteseminare, MBA Gesundheitsmanagement für Ärzte, Bachelor für Pflegeberufe). Sie ist unter anderem Gutachterin für die Begutachtung der Anträge zur Erlangung von Zuwendungen im Rahmen der Richtlinie zur Förderung von Maßnahmen zur Steigerung der medizinischen Qualität in den bayerischen hochprädukatisierten Kurorten und Heilbädern sowie anerkannten Heilquellen- und Moorkurbetrieben (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit)

Forschungsschwerpunkte im Gesundheitswesen:

- Krankenhausstrategie, -steuerung und -marketing
- Einweiserbeziehungsmanagement und Zuweisermarketing von stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Intersektorale Kooperation und Kommunikation
- Medizinische Versorgungszentren
- Ärztenetzwerke
- Marketing und Markenbildung von Kurkliniken

Ausgewählte Publikationen im Gesundheitswesen (seit 2011):

- C. Schulz, A. Raab: Einweiserbeziehungsmanagement im Markt für Rehabilitationsleistungen – Die Bedeutung von Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken. Referral Relationship Management in the Rehabilitation Market. In Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement (elektronische Veröffentlichung in 10/2004, zur Printveröffentlichung geplant in Quartal 1/2015)
- Konrad, S., Raab, A.: Welche Faktoren beeinflussen die Einweisungsentscheidung von niedergelassenen Ärzten in der Praxis? Eine empirische Untersuchung von arzt- und patientenbezogenen Variablen und deren Einfluss auf das Einweisungsverhalten, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 03/2014, S 137-143
- Raab, A., Konrad, S.: Welche Kriterien sind entscheidend für die Einweisungsentscheidung von niedergelassenen Ärzten? Eine empirische Untersuchung von arzt- und patientenbezogenen Variablen und deren Einfluss auf das Einweisungsverhalten, in: Arbeitsberichte - Working Paper THI, 29/2014
- Raab, A., Legl, K., Elmhorst, D., Blum, K.: „Über die Identifikation von Potenzialeinweisern zu Einweiserpotenzialen - Benchmarking als Impulsgeber für erfolgreiches Einweiserbeziehungsmanagement“, in: Das Krankenhaus, 01/2013
- Raab, A., Körner, A.: „Einweiserbeziehungsmanagement ist Chef(arzt)sache“, in: Das Krankenhaus, 11/2012
- Raab, A.: „Einweiserbeziehungsmanagement ist Sache des Chefs – Nutzen stiften für beide Seiten: Win-win-Beziehungen zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten“, in: Marburger Bund Zeitung, 14/2012
- Raab, A.: „Sieben Erfolgsfaktoren zur Optimierung des Einweiserbeziehungsmanagements“, in: Das Krankenhaus, 06/2011
- Raab, A. / Drissner, A. (Herausgeber): Einweiserbeziehungsmanagement – Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen, Stuttgart. 1. Auflage, Kohlhammer Verlag, 2011

Tagungsbeitrag

Wenn man davon ausgeht, dass trotz neuer Informationsmedien **70 Prozent bis 80 Prozent des elektiven Fallaufkommens** von deutschen Krankenhäusern über **Empfehlung des niedergelassenen Arztes** generiert wird, kommt der Umgang der Krankenhäuser mit ihm in Zeiten des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks eine immer größere Bedeutung zu.¹ Zunehmend mehr Kliniken machen sich diese Tatsache bewusst und beginnen, Konzepte für Einweiser zu entwickeln. Zu Beginn werden meist folgende Fragen diskutiert: Sind Einweiser eigentlich Kunden eines Krankenhauses? Was genau versteht man unter Einweisungsmanagement oder –marketing? Alles akademische Fragestellungen, die sich im Grunde mit ein- und derselben Thematik beschäftigen: Wie schaffen es Kliniken, mit niedergelassenen Ärzten so zusammen zu arbeiten, dass **langfristig** Patientenströme gesichert werden, weil die Einweiser (und deren Patienten!) von einer **reibungslosen, vertrauensvollen Zusammenarbeit** in jeder Hinsicht profitieren. Will ein Krankenhaus seine Fallzahlen aktiv beeinflussen und am Ende auch die Ergebnissituation verbessern, weil zunehmend die „richtigen“ Fälle gemäß den eigenen Kompetenzen und Spezialisierungen eingewiesen werden, kommt es nicht darum herum, die Einweiser (neben den Patienten) in den Vordergrund seiner Strategie zu stellen – ob diese dann als Kunden oder strategische Partner bezeichnet werden, ist zweitrangig! Wichtig ist, dass diese strategische Entscheidung, die **Bedürfnisse der niedergelassenen Ärzte ernst zu nehmen** und eine **langfristig auf Vertrauen basierende Beziehung (These 1)** aufzubauen, der Schlüssel zum Erfolg ist – nichts anderes ist gutes **EinweiserBEZIEHUNGsmanagement** – in anderen Branchen seit Jahrzehnten Standard.

Man kann es sich einfach machen und das Management der Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten den Medizinern überlassen. Damit macht eine Klinik die nachhaltige Sicherung der Erlöse abhängig von der Aktivität oder Passivität einzelner Chefarzte. Viele Krankenhaus-Manager haben aber in den letzten Jahren verstanden, dass die Bedeutung des Themas als strategisches Ziel verankert werden muss, klare Ziele zum **EinweiserBEZIEHUNGsmanagement** definiert und kommuniziert sowie die **Chefarzte** für diese Aufgabe **motiviert** und **professionell unterstützt** werden müssen.

„Wer soll es machen und v.a. wie schnell wirken Maßnahmen in der Ergebnisrechnung?“, fragen viele Geschäftsführer und Verwaltungsdirektoren“ An dieser Stelle soll betont werden: Es ist nicht getan mit einer Reihe von halbherzigen ad hoc Aktionen, die immer mal wieder von Mitarbeitern in der Verwaltung angestoßen werden! Es hat auch nichts mit klassischer Öffentlichkeitsarbeit zu tun – ein Kardinalfehler also, die Arbeit mit den wichtigsten Zielgruppen einer Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit zu überlassen, die dafür in der Regel nicht ausgebildet ist.

EinweiserBEZIEHUNGsmanagement ist Strategie, erfordert Commitment von der Klinikleitung und einen entsprechenden **Ressourceneinsatz**, der als sinnvolle **Investition**

¹ Vgl. Raab/Schulz (unveröffentlichte Studie): Gutes tun und darüber reden - Wie kommuniziert man Gesundheit erfolgreich“? (n = 500 Bürger in Ingolstadt, persönliche Befragung im Zeitraum 01.06 bis 12.06.2014; vgl. Kompass GmbH, Klinik als Marke. Eigenstudie – Onlinebefragung (05/2010, n = 150), in: Nemeč/Fritsch: Die Klinik als Marke: Markenkommunikation und -führung für Krankenhäuser und Klinikketten, S. 4 – 13; vgl. Garaedts 2008: Vorgehen bei der Krankenhausausswahl bei einem planbaren Eingriff, S. 176 (n = 1.523, Mehrfachnennungen), in: Raab/Drissner 2011, S. 25

in die Zukunft zu betrachten ist und sich in einem Business Case in der Regel schneller rechnet als Investitionen in teure Gerätschaften, und **Methodik**. Die Methodik der **Identifikation von Einweisern mit Potenzial (These 3)** soll im folgenden dargestellt werden:

Segmentierung von Einweisern

Bevor überhaupt Ziel- oder Potenzialeinweiser identifiziert werden können, muss eine *Segmentierung* der Einweiser vorgenommen werden. Darunter ist eine Einteilung der niedergelassenen Ärzte zu verstehen, die nach relevanten Kriterien durchgeführt wird. Die so gewonnen relativ homogenen Einweisercluster können dann beispielsweise mit unterschiedlich aufwändigen Maßnahmen zielorientiert angesprochen werden. Für die Segmentierung bietet sich ein mehrstufiges Verfahren an, das quantitative aber auch qualitative Merkmale berücksichtigt. So sollten neben einfachen Analysedaten aus der Gegenwart und Vergangenheit auch zukunftsorientierte Informationen für alle niedergelassenen Ärzte in dem relevanten Einzugsgebiet des Krankenhauses einbezogen werden.²³

Makrosegmentierung

Wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, sollen im Rahmen der sogenannten Makrosegmentierung mit Hilfe des standardisierten Datensatzes nach §21 KHEntG verknüpft mit den Einweiserdaten (krankenhausindividuelles Format) Einweiser mit Potenzial Stufe 1 ermittelt werden.⁴ Es werden in diesem Schritt ausschließlich quantitative Falldaten pro Einweiser herangezogen. Voraussetzung ist die korrekte Zuordnung des vollständigen Fallaufkommens.

Quantitative Kriterien zur Ermittlung von Potenzialeinweisern (Makrosegmentierung)



* Die meisten Kliniken haben keine DB-Rechnung installiert, die Verweildauer korreliert mit dem Deckungsbeitrag

Einweisungsvolumen / Erlös

- Fälle (Anzahl)
- Entwicklung Fälle (über die Quartale der letzten drei Jahre)
- Effektivgewichte (Anzahl Punkte über alle Fälle)
- Effektivgewicht pro Fall (Durchschnittliche Anzahl Punkte pro Fall)

Deckungsbeitrag*

- Verweildauer (kumuliert über alle Fälle in Tagen)
- Verweildauer pro Fall (Durchschnitt in Tagen über alle Fälle)
- Abweichung der Verweildauer von der mittleren Verweildauer nach DRG-Katalog (kumuliert über alle Fälle in Tagen)

² Raab/Drissner, Einweiserbeziehungsmanagement, 1. Auflage, S. 81

³ Raab et al., Über die Identifikation von Potenzialeinweisern zu Einweiserpotenzialen, S. 41

⁴ Raab et al., Über die Identifikation von Potenzialeinweisern zu Einweiserpotenzialen, S. 42

Im Einzelnen sind es die ökonomischen Indikatoren hinsichtlich Einweisungsvolumen/Erlös auf der einen Seite sowie Deckungsbeitrag auf der anderen Seite, welche die Einteilung der Einweiser in drei Segmente zulassen.⁵⁶⁷

Als erste Einweisergruppe können **Schlüsseleinweiser** mit bis heute hohem Einweisungsvolumen und Erlösen sowie gutem Deckungsbeitrag mit einem neutralen bis leicht positiven Einweisungstrend identifiziert werden. Als zweite Einweisergruppe können **niedergelassene Ärzte mit Potenzial (Stufe 1) mit niedrigen bzw. mittleren Einweisungen** in das Krankenhaus, aber mit hohem Deckungsbeitrag und in der Regel **positivem Einweisungstrend** zusammengefasst werden. Als dritte Einweisergruppe kann im Rahmen der Makrosegmentierung die Gruppe der **Problemeinweiser** herausgefiltert werden, d.h. die Einweiser mit einem in der Regel **niedrigen Einweisungsvolumen, einem geringen Deckungsbeitrag sowie neutralem bis negativem Einweisungstrend**. Alternativ zum Deckungsbeitrag kann bei der Kennzahlenbildung der Makrosegmentierung auch auf korrelierende Kennzahlen, wie beispielsweise der Verweildauer kumuliert über alle Fälle, die durchschnittliche Verweildauer pro Fall und insbesondere auf die Abweichung der Verweildauer von der mittleren Verweildauer nach DRG-Katalog (kumuliert über alle Fälle) zurückgegriffen werden.

Mikrosegmentierung

Eine weitere Qualifizierung für die Stufe eines veritablen Potenzialeinweisers sollte dann für alle Potenzialeinweiser Stufe 1 aus der Makrosegmentierung in einem **zweiten Schritt** erfolgen. Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, wird in der sogenannten Mikrosegmentierung über definierte **demografische und weitere Kriterien** eine weitere Qualitätseingrenzung der **Einweiserpraxis** für das Krankenhaus oder die Fachabteilung vorgenommen.

Quantitative Kriterien zur Ermittlung von Potenzialeinweisern (Mikrosegmentierung)



* Alternativ kann sich hier auch auf das „Theoretische Fallpotenzial“ bezogen werden = Anzahl der Fälle im PLZ-Gebiet der Praxis/Anzahl der Praxen im PLZ-Gebiet

Demografische Daten der Praxis

- Anzahl Ärzte an der Adresse
- Entfernung Praxis zum KH (km Praxis – KH)
- Entfernung Praxis zum nächsten Wettbewerber (km Praxis – nächster Wettbewerber)

Marktpotenzial der Praxis*

- Anzahl Fälle im PLZ-Gebiet der Praxis

Einweiserprofil

- Fallverteilung auf Top-Diagnosen der Einweiser im Vergleich

Nach Abschluss der Mikrosegmentierung können die Einweiser für das Krankenhaus herausgefiltert werden, wo bei angemessener Ansprache theoretisch weitere

⁵ Raab/Drissner, Einweiserbeziehungsmanagement, 1. Auflage, S. 84 f

⁶ Raab et al., Über die Identifikation von Potenzialeinweisern zu Einweiserpotenzialen, S. 43

⁷ Elmhorst, Mehr Wissen über den Markt, S. 24 - 28

Einweiserpotenziale gewonnen werden können. In diesem Schritt geht es insbesondere um **sozio-demografische** (insbesondere Anzahl Ärzte in der Praxis), **geografische** (Entfernung der Praxis zum Krankenhaus, aber auch Entfernung der Praxis zum nächsten Wettbewerber) und nicht zuletzt um **einweisungsverhaltensrelevante Daten** (welche Diagnosen werden eingewiesen), die die untersuchte Einzelpraxis für Einweisungen in das relevante Krankenhaus prädestinieren. Darüber hinaus sollte bei der Mikrosegmentierung unbedingt auch das **Marktpotenzial der Einzelpraxis** auf Grundlage der Kennzahl „Anzahl stationärer Fälle im PLZ-Gebiet der Praxis“ Berücksichtigung finden. Es ist anzunehmen, dass bei hohem Marktpotenzial auch der einzelnen Praxis, die sich in diesem Gebiet befindet, ein höheres theoretisches Fallpotenzial zuzuschreiben ist. Als Ergebnis ist kein exakter Wert zu erwarten, aber der Erhalt einer Größenordnung. Darüber hinaus sollte der Schritt der Mikrosegmentierung eine detaillierte Analyse der sogenannten Einweiserprofile beinhalten. Hier ist es für das Krankenhaus besonders sinnvoll, pro Einweiser die Fallverteilung auf Top-Diagnosen zu betrachten. Auf dieser Grundlage sind Krankenhäuser in der Lage, **Lücken im Einweiserspektrum** festzustellen und dementsprechend Einweiser zu identifizieren, die hier noch Zukunftspotenzial vermuten lassen. Zudem können die im Rahmen der Makroanalyse identifizierten Problemeinweiser in ihrer Klassifizierung überprüft werden. In diesem Fall würden Fälle mit zumeist negativem Deckungsbeitrag (d. h. überdurchschnittlich hohen Verweildauern) an das Krankenhaus gehen, während für das Krankenhaus wirtschaftlich einträgliche Top-Diagnosen offensichtlich möglicherweise einem Wettbewerber zugewiesen werden. Der als Problemeinweiser klassifizierte niedergelassene Arzt hat seinen Sitz sehr oft näher an einer Wettbewerberklinik und es kann angenommen werden, dass neben der regionalen Nähe, die in jedem Fall eine wichtige Rolle spielt, auch enge Beziehungen zum Wettbewerberklinikum existieren.

Wichtig an dieser Stelle zu betonen ist folgender Sachverhalt: Im Schritt der Mikrosegmentierung werden zum ersten Mal **relevante Daten der Praxis** eines Einweisers aufgegriffen, **ohne die eine sinnvolle Auswahl der Potenzialeinweiser nicht möglich ist.**

Am Ende soll noch die prinzipielle Frage nach den **geeigneten Maßnahmen und Instrumenten** angesprochen werden, um langfristige Beziehungen zu den ausgewählten Potenzialeinweisern aufbauen zu können. Das Einweiserbeziehungsmanagement umfasst generell **Akquisitions-, Bindungs- und gegebenenfalls Rückgewinnungsmanagement (These 2)**. Sie können in unterschiedlicher Intensität im Rahmen des **Einweiserprozesses** von der Informationssuche, Evaluation und Auswahl des Krankenhauses, Einweisung, stationären Behandlung, Entlassung, Nach-Bewertung bis hin zu Folgehandlungen bei Zufriedenheit oder gegebenenfalls Folgehandlungen bei Unzufriedenheit⁸ bei dem niedergelassenen Arzt greifen.

Das wirkungsvollste Instrument des Einweiserbeziehungsmanagements ist die persönliche Kommunikation (**These 4**). Dies gilt sowohl für die Kontaktaufnahme mit neuen Zuweisern als auch für die Pflege und Intensivierung bestehender Beziehungen.

Prinzipiell sind Niedergelassene mit unpersönlichen Kommunikationsmedien, sei es durch Printmedien, wie z.B. Einweiserbroschüren, gedruckte Newsletter, oder durch elektronische Medien, wie z.B. Homepage oder elektronische Newsletter, zu erreichen, wenn sie **relevante und aktuelle Informationen** für den Einweiser, insbesondere zur **effizienten Zusammenarbeit** (z.B. Ansprechpartner mit Telefonnummern etc.) bereithalten. Sie sind aber selten dazu geeignet, über die grundsätzliche Informationsquelle hinaus, die konkrete Einweisungsentscheidung zu beeinflussen. Von eindeutig größerer **Wirkungskraft für die Einweiserentscheidung** ist sicherlich die **persönliche Kommunikation**. Dies gilt für die Kontaktaufnahme mit neuen Zuweisern wie auch für die Pflege und Intensivierung

⁸ Raab/Drissner, Einweiserbeziehungsmanagement, 1. Auflage, S. 91

bestehender Beziehungen.⁹ Für die gezielte Ansprache der priorisierten Einweisergruppen ist insbesondere der Chefarzt selbst, unter Umständen zusätzlich der Einsatz eines Key Account-Managers, immer durch einen persönlichen Besuch und auch im Rahmen von regelmäßigen Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen, Stammtischen, sonstigen Treffen mit niedergelassenen Ärzten geeignet. Auf jeden Fall sollte auf die **spezifische Bedürfnislage eines ausgewählten Potenzialeinweisers mit individualisierten Angeboten** eingegangen werden – das geht grundsätzlich nicht über mediale, d.h. unpersönliche Kommunikation!

Literaturverzeichnis:

Elmhorst, Mehr Wissen über den Markt. Wie sich der relevante Markt eines Krankenhauses abgrenzen lässt, in: KU Gesundheitsmanagement 11, 2008, S. 24 – 28

Geraedts, Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser aus Sichtensicht – Ergebnisse aus dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung. In: Klusen, N., Meusch, A. (Hrsg.): Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System, 2008, Baden-Baden, Nomos, S.169-184

Kompass GmbH, Klinik als Marke. Eigenstudie – Onlinebefragung (05/2010, n = 150), in: Nemeč/Fritsch: Die Klinik als Marke: Markenkommunikation und -führung für Krankenhäuser und Klinikketten, S. 4 – 13;

Raab/Drissner (Herausgeber), Einweiserbeziehungsmanagement – Wie Krankenhäuser Win-win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen, 1. Auflage, 2011, Stuttgart, Kohlhammer

Raab/Legl/Elmhorst/Blum, Über die Identifikation von Potenzialeinweisern zu Einweiserpotenzialen, in: Das Krankenhaus, Heft 1 2013, S. 39 – 45

Raab/Schulz (unveröffentlichte Studie), „Gutes tun und darüber reden - Wie kommuniziert man Gesundheit erfolgreich“? (n = 500 Bürger in Ingolstadt, persönliche Befragung im Zeitraum 01.06 bis 12.06.2014)

Braun, ABC-Analyse einweisender Ärzte und das „Schlüsselkunden-Management“ für Krankenhäuser – Möglichkeiten einer speziellen Kundenorientierung, Diskussionspapier Nr. 8/1997, Universität der Bundeswehr, München

⁹ Braun, ABC-Analyse einweisender Ärzte und das „Schlüsselkunden-Management“ für Krankenhäuser, S. 7