

Verbindung zweier Welten: Die Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer





Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser

Dass der Bau einer Brücke einer gründlichen Vorbereitung bedarf, steht ausser Frage: Die Grösse und Art der Brücke muss definiert, eine geeignete Stelle gefunden, beide Ufer vorbereitet und der Bau konzipiert und geplant werden. In der Regel wird dann von beiden Ufern aus mit dem Bau begonnen. Wenn jedoch versucht wird, bspw. eine Autobrücke nur von einem Ufer aus zu konzipieren und zu bauen, so scheitert der Bau oder dessen Nutzung ggf. daran, dass am anderen Ufer zwar keine Strasse, dafür aber ein hochwertiges und gut ausgelastetes Schienennetz existiert. Da nützt es auch nichts, dass die neue Brücke aus standardisierten Fertigteilen innerhalb kürzester Zeit und für einen sehr günstigen Preis gebaut wurde.

Dasselbe gilt im weitesten Sinne auch für das Einrichten von Schnittstellen zwischen Krankenversicherer und Spital: Entwickelt der eine bspw. ein innovatives Krankenversicherungsprodukt mit herausragenden Verkaufsprognosen, hat aber den anderen bei dieser Produktinnovation aussen vor gelassen, so kann die Einführung daran scheitern, dass die IT-Systeme des anderen gar nicht in der Lage sind, die Strukturen des neuen Leistungskataloges abzubilden.

Spitäler und Krankenversicherer haben neben dieser strategischen Schnittstelle für die Produktinnovationen noch viele weitere Schnittstellen, welche für die Leistungserbringungsprozesse am Patienten bzw. den administrativen Prozessen am Versicherten zentral sind. Das Überwinden von Hemmnissen und das Implementieren geeigneter Lösungen an diesen Schnittstellen wären ein enormer Fortschritt für das Gesundheitswesen in der Transformation hin zu einer echten Health-Value-Chain.

Unsere Erfahrung zeigt leider, dass es für diese Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer zwar bereits innovative Ideen und Beispiele, Standards, fachliche Konzepte und technische Lösungen gibt, diese aber bei weitem noch nicht ausreichend genug verbreitet sind. Oftmals fehlt mindestens einem der Akteure der Mehrwert durch die Schnittstelle, oder die Einführungsprojekte scheitern an überhöhten Erwartungen, Missverständnissen oder unfairen Kosten-Nutzen-Allokationen.

Auslöser dieser Studie ist die Managementberatung Synpulse. Sie hat ihre Beratungsschwerpunkte in der Finanzdienstleistungsbranche, bei Krankenversicherern und Leistungserbringern. Synpulse zeichnet sich seit seiner Gründung 1996 als Beratungsunternehmen aus, welches über den Tellerrand hinaus schaut und gemeinsam mit seinen Kunden Lösungen für ganze Branchen und das Gesundheitssystem als Ganzes anstrebt.

Als Wissenschaftspartner haben das Zentrum für Risk & Insurance (ZRI) und das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften die Studie durchgeführt. Das ZRI, Kompetenzzentrum für ökonomische und sozialwissenschaftliche Fragen im Bereich der Versicherungswirtschaft, ist bei diesem Thema ein idealer Partner. Ebenso wie das WIG, welches ein Kompetenzzentrum für volks- und betriebswirtschaftliche Fragen im Gesundheitswesen, unter anderem mit den Schwerpunkten Gesundheitspolitik, Versorgungsforschung sowie Strategie- und Prozessoptimierung, ist.

Wir hoffen, wir inspirieren und motivieren Sie beim Lesen zum Bau zahlreicher, nutzenstiftender Brücken und zur Initiierung erfolgreicher Umsetzungsprojekte!

Die Autoren

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	8	5.2. Ausgestaltung der Partnerschaft	44
1. Hintergrund	12	5.3. Ausgestaltung von Organisation und Prozessen	46
1.1. Das Schweizer Gesundheitswesen	12	5.4. Ausgestaltung der IT-Infrastruktur	48
1.2. Trends und Herausforderungen im Schweizer Gesundheitswesen	12	5.5. Betrieb und kontinuierliche Verbesserung	49
1.2.1. Gesellschaftliche Entwicklungen	12	5.6. Abschliessendes Fazit	52
1.2.2. Technologischer und medizinischer Fortschritt	13	Danksagung	54
1.2.3. Kostendruck und Verdrängungswettbewerb	14	Die Autoren	55
1.3. Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer	14	Quellenverzeichnis	56
1.3.1. Strategische Ebene	15	Impressum	60
1.3.2. Operative Ebene	16		
2. Über die Studie	21		
2.1. Auslöser der Studie	21		
2.2. Zielsetzung der Studie	21		
2.3. Methodisches Vorgehen	21		
3. Relevante Konzepte und zugrundeliegende Modelle	24		
3.1. Die Health-Value-Chain: Perspektivenwechsel im Gesundheitswesen	24		
3.2. Können, Wollen, Dürfen: Das KWD-Modell zur Beurteilung der Health-Value-Chain-Bereitschaft der Akteure	27		
3.3. Stufen der Integration in die Health-Value-Chain	28		
4. Erkenntnisse aus Expertenbefragungen und Umfrage	30		
4.1. Bedeutung der Schnittstellen	30		
4.2. Status quo der Schnittstellen und Akteure	31		
4.2.3. Wo arbeiten Spitäler und Krankenversicherer bereits zusammen?	34		
4.2.3. Wie wird die Qualität der Zusammenarbeit beurteilt?	35		
4.2.4. Was sind die Ursachen für den Status quo in der Zusammenarbeit?	36		
4.3. Potenzial der verstärkten Zusammenarbeit an den Schnittstellen	37		
4.3.1. Welche Faktoren hemmen oder fördern die Zusammenarbeit in der Health-Value-Chain?	37		
4.3.2. Welche Verbesserungspotenziale bestehen an den Schnittstellen?	37		
4.3.3. Welche Potenziale werden im elektronischen Datenaustausch gesehen?	38		
4.3.4. Wie profitieren Krankenversicherer, Spital und Patient von einer verstärkten Zusammenarbeit?	40		
5. Handlungsempfehlungen und Fazit	42		
5.1. Strategische Positionierung der Akteure	42		

Abbildungen

1	Schematische Darstellung der verschiedenen Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer	15
2	Bereiche der Preis- und Tarifverhandlungen der Krankenversicherer	16
3	Operative Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer	18
4	Interaktionen zwischen Spital und Krankenversicherer während des Prozesses Eintritt – Behandlung – Abrechnung	20
5	Methodisches Vorgehen	22
6	Das Schweizer Gesundheitssystem als Health-Value-Chain	25
7	Informationsflüsse und Geldflüsse in der Health-Value-Chain	26
8	Das KWD-Modell zur Beurteilung der Health-Value-Chain-Bereitschaft der Akteure	27
9	Stufen der Integration in die Health-Value-Chain	28
10	Health-Value-Chain-Bereitschaft in der Dimension «Können»	31
11	Health-Value-Chain-Bereitschaft in der Dimension «Wollen»	32
12	Health-Value-Chain-Bereitschaft in der Dimension «Dürfen»	33
13	Health-Value-Chain-Bereitschaft von Spitälern und Krankenversicherern	33
14	Durchschnittliche Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit seitens der Spitäler und Krankenversicherer	34
15	Signifikante Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung der Qualität der Zusammenarbeit gemäss Regressionsanalyse	35
16	Potenzial einer verstärkten Zusammenarbeit auf operativer Ebene	39
17	Potenzial und Hindernisse verstärkter Zusammenarbeit mittels elektronischem Datenaustausch	39
18	Mehrwert der Zusammenarbeit mittels elektronischem Datenaustausch	39
19	Wie stark würden Patient, Krankenversicherer und Spital von einer verstärkten Zusammenarbeit profitieren?	40
20	Wo und wie würden Patienten von einer verstärkten Zusammenarbeit profitieren?	41
21	Struktur der Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer	42

Exkurse

Produktinnovationen von Versicherern und Spitälern	17
Weitere Kooperationen zwischen Versicherern und Spitälern	17
Deckungsabfragen	19
Digitalisierung	43
Prozessmodell INSURANCEINABOX®	45
Transformationsebenen der Spitäler und Krankenversicherer nach Porter & Teisberg	46
Evaluationsvorgehen für den Fall eines «Buy»-Entscheids	48
«Hackathons» als Plattform für kreative Lösungen	49
Process Mining	50
Open Innovation	51

Management Summary

Hintergrund und Studie

Spitäler und Krankenversicherer spielen im Schweizer Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Die Schnittstellen zwischen ihnen sind von strategischer Relevanz und bergen grosses Optimierungspotenzial. Die vorliegende Studie geht deshalb der Bedeutung, dem Status quo und dem Potenzial dieser Schnittstellen auf den Grund. Die Studienerkenntnisse stammen aus Experteninterviews und der Befragung von mehr als 100 Mitarbeitern¹ aus Spitälern und Krankenversicherern. Mehr zum Hintergrund und der Studie selbst finden sich in den Kapiteln 1 und 2.

Relevante Konzepte und Modelle

Zentraler Ansatz dieser Studie ist es, die Akteure des Gesundheitswesens als Glieder einer «Health-Value-Chain» zu verstehen. Nach diesem Ansatz rückt der Patient/Versicherte in das Zentrum aller Aktivitäten. Da sich jeder Akteur auf seine Rolle konzentriert, steigt die Relevanz von Interaktionen entlang der Health-Value-Chain. Mehr zu diesem Modell findet sich in Kapitel 3.1.

Die organisationalen Voraussetzungen, um zu einem Glied in der Health-Value-Chain werden zu können, lassen sich im KWD-Modell anhand der Dimensionen «Können», «Wollen» und «Dürfen» beurteilen. Mit Hilfe des KWD-Modells wird im Folgenden die Health-Value-Chain-Bereitschaft der Akteure untersucht. Mehr zu diesem Modell findet sich in Kapitel 3.2.

Ein zweites Modell, die «Stufen der Integration in die Health-Value-Chain», unterscheidet schematisch vier Stufen, welche ein Akteur während der Umsetzung des Health-Value-Chain-Gedankens durchläuft: «Konfrontation», «Koordination», «Kooperation» und «Kollaboration». Mehr zu diesem Modell findet sich in Kapitel 3.3.

Erkenntnisse aus Expertenbefragungen und Umfrage

Bedeutung der Schnittstellen

Beide Akteure messen den Schnittstellen eine wichtige Bedeutung bei. Während Krankenversicherer den Schnittstellen generell eine grosse strategische Bedeutung zuschreiben, geben Spitäler ihre gesetzlichen Pflichten als Grund für diese Einschätzung an. Spitäler und Krankenversicherer nennen aber

beide den Zusatzversicherungsbereich als beachtenswerten Aspekt bzgl. der Schnittstellen.

An den operativen Schnittstellen haben beide Akteure hohe Aufwände und Kosten und schätzen deshalb auch die Bedeutung dieser Schnittstellen als hoch ein. Schwerpunkte liegen hier für die Krankenversicherer in den Bereichen Rechnungsprüfung sowie beim Spitalein- und -austritt. Für die Spitäler liegen die Schwerpunkte in den Bereichen Rechnungsprüfung und Kostensicherung. Mehr zur Bedeutung der Schnittstellen findet sich in Kapitel 4.1.

Status quo der Schnittstellen und Akteure

Die Qualität der Zusammenarbeit wird insgesamt als gut eingeschätzt, hängt jedoch nach Aussage der Experten stark von der jeweiligen Schnittstelle ab. So gibt es zwischen einigen Akteuren bereits einen regelmässigen Erfahrungs- und Informationsaustausch und auch das gegenseitige Vertrauensverhältnis gestaltet sich als sehr gut. Gleichzeitig wird jedoch bemängelt, dass es auch andere Varianten der Zusammenarbeit gibt, in denen das Verhältnis von Unverständnis, gegenseitigem Misstrauen und mangelndem Entgegenkommen geprägt ist. Die Krankenversicherer schätzen die Situation besser und teilweise sehr viel besser ein als die Spitäler. Am schlechtesten wird von beiden Akteuren der Aspekt «Gegenseitiges Verständnis der Prozesse» beurteilt. In den spezifischen Bereichen «Prozess der Bearbeitung der Kostengut-sprachen», «Prozess der Rechnungsprüfung» und «Prozess der Zahlungsabwicklung» gehen die Meinungen zwischen Krankenversicherern und Spitälern am stärksten auseinander.

Anhand der KWD-Dimensionen «Können», «Wollen» und «Dürfen» wurde der Status quo der Schnittstellen und Akteure ermittelt. Die Dimension «Wollen» ist demnach bereits gut ausgeprägt, das «Dürfen» ist ausbaufähig und das «Können» ist stark ausbaufähig.

Als Ursachen für den Status quo wird von den Spitälern mangelndes Verständnis der Abläufe und Anforderungen der Leistungserbringung genannt. In der Folge entstünden hieraus unrealistische Anforderungen bzgl. der Einführung neuer Versicherungsprodukte und verspätete oder fehlende Bereitstellung von Informationen (insbesondere bzgl. des Versichererstatus). Schliesslich komme es zur gegenseitigen Zurückweisung der Leistungspflicht zwischen Versicherern und zum Ausnutzen des Wissensvorsprungs in den Verhandlungen. Die Krankenversicherer selbst schätzen es dagegen nicht, dass sie trotz Wissensvorsprung bei medizinischen Entscheiden nicht

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Studie auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

beigezogen werden. Zudem sehen sie es als kritisch an, dass Spitäler scheinbar keinen Druck bzgl. Innovationen und Verbesserungen spüren oder sich gegen die Veröffentlichung von Qualitätsdaten wehren. Mehr hierzu findet sich in Kapitel 4.2.

Potenzial der verstärkten Zusammenarbeit an den Schnittstellen

Als Ergebnis aus den Expertengesprächen und der Umfrage lässt sich zusammenfassen, dass sowohl Spitäler als auch Krankenversicherer die Kooperation anstreben. Strategisches Potenzial wird im Meistern von Herausforderungen durch das neue DRG-System gesehen, in grösserem Wettbewerb zwischen Spitälern, dem Wunsch vieler Krankenversicherer sich mit Mehrwert differenzieren zu können oder in der Handhabung und Finanzierung komplexer interdisziplinärer Fälle. Sind die strategischen Ziele gesteckt, müssen klare Zuständigkeiten, eine gute Kommunikation und eine optimierte Prozessorganisation sowie IT-Infrastruktur angestrebt werden. Als grösstes Hindernis sehen Experten die Komplexität aufgrund der zersplitterten Spitallandschaft sowie die trotz Einkaufskooperationen bestehende Vielfalt an Krankenversicherern.

In einer engeren Zusammenarbeit in den operativen Bereichen Zahlungsabwicklung, Rechnungsprüfung und Kostengutsprachen sehen sowohl Spital als auch Krankenversicherer ein hohes Potenzial, genau wie im Bereich des elektronischen Datenaustausches. Hürden aufgrund des Datenschutzes werden hierbei kaum gesehen. Gefragt nach den Hauptnutznissen von Optimierungen an den Schnittstellen profitieren sowohl Patient/Versicherter als auch Spital und Krankenversicherer. Aus Sicht beider Partner profitiert jedoch der jeweils andere stärker als man selbst. Der Patient/Versicherte würde aus Sicht beider zwar profitieren, im Vergleich jedoch weniger als Krankenversicherer und Spital. Mehr hierzu findet sich in Kapitel 4.3.

Handlungsempfehlungen

Strategische Positionierung der Akteure

Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit in der Health-Value-Chain ist eine klare Definition der angestrebten strategischen Positionierung der Akteure und die Kommunikation dieser Rollendefinition zwischen den Partnern. Ein Krankenversicherer kann in der Health-Value-Chain vom fiskalischen Intermediär bis zum Manager der Integrierten Versorgung unterschiedliche Rollen einnehmen. Spitäler haben ebenfalls Handlungsspielräume: Sie können sich als spezialisierte Klinik oder Spital mit umfangreichem Leistungsangebot positionieren. Zudem können auch sie weitere Dienstleistungen anbieten und Behandlungspfade koordinieren.

Ausgestaltung der Partnerschaft

Voraussetzungen für das Funktionieren von Partnerschaften an den Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer sind zum einen das gegenseitige Verständnis der Ziele, Prozesse, Herausforderungen und Ansprechpartner/Verantwortlicher des jeweils anderen Akteurs (das «Können» aus dem KWD-Modell), zum anderen ist es die gemeinsame Definition von Zielen für die Partnerschaft und die Schnittstelle. Dies wiederum sorgt für das für eine erfolgreiche Partnerschaft notwendige Vertrauen.

Ausgestaltung von Organisation und Prozessen

Das «Wollen» (Motivation) und «Dürfen» (Incentivierung) in der Organisation der Akteure muss auf die Zielsetzung der Schnittstellen abgestimmt werden. Auch die Abläufe sind bzgl. der Zielsetzung der Schnittstelle und hinsichtlich unnötig manueller, überflüssiger, redundanter und ineffizienter Prozessschritte zu überprüfen und anzupassen.

Ausgestaltung der IT-Infrastruktur

Die Notwendigkeit der Anpassung der IT-Infrastruktur an einer Schnittstelle hängt grundsätzlich stark von der Art der jeweiligen Schnittstelle zwischen Krankenversicherer und Spital ab. Grundsätzlich werden technische Lösungen jedoch eher für die operativen Schnittstellen benötigt. Die Beispiele der Kostengutsprache und der Rechnungsprüfung zeigen aber, dass auch bei technischen Lösungen die Art der Schnittstelle sehr unterschiedlich ausfallen kann: Von der Übermittlung der Entscheidungshilfen an das Spital bis zu den Einzelfallanfragen vom Spital an den Krankenversicherer.

Betrieb und kontinuierliche Verbesserung

Betriebskonzepte oder sogar Service-Level-Agreements sorgen für einen reibungslosen Betrieb der strategischen und operativen Schnittstellen.

Die Definition der angestrebten Rolle muss regelmässig hinterfragt und bei Bedarf angepasst werden. Auch die Partnerschaften, Prozesse und IT-Lösungen an den Schnittstellen müssen immer wieder bzgl. Bedeutung, Status und Verbesserungspotenzial überprüft werden. Partnerschaften müssen gepflegt und entwickelt werden, Prozesse und IT-Lösungen kontinuierlich verbessert oder ersetzt werden. Im Fokus sollte hierbei, ganz im Sinne des Health-Value-Chain-Ansatzes, immer der Patient/Versicherte und dessen Zufriedenheit stehen. Mehr hierzu findet sich in Kapitel 5.

Fazit

Spitäler und Krankenversicherer messen den Schnittstellen zwischen sich eine hohe Bedeutung bei, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Interessen. Sie sehen im Status quo noch viel Verbesserungspotenzial. Beide sind grundsätzlich zu einer Ausrichtung und zu Kooperationen im Sinne des Health-Value-Chain-Ansatzes bereit.

Um das Potenzial erschliessen und die angestrebte Rolle in der Health-Value-Chain einnehmen zu können, muss das «Dürfen» in den Organisationen verbessert und das «Können» sogar noch stark verbessert werden.

Erste Akteure agieren bereits in diesem Sinne, schlagen innovative Wege ein und optimieren die bestehenden Schnittstellen. Durch die Koordination, Kooperation und Kollaboration zwischen Spitälern und Krankenversicherern erzielen diese einen Vorteil im Wettbewerb und sind auch für die anderen Herausforderungen im Gesundheitswesen besser gewappnet. Mehr hierzu findet sich in Kapitel 5.6.

1. Hintergrund

Die vorliegende Studie befasst sich mit den Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer. Um die Auslöser und Zielsetzung (siehe Kapitel 2) dieser Untersuchung gesamthaft einordnen zu können, werden einleitend in diesem Kapitel das Schweizer Gesundheitssystem, Trends und Herausforderungen sowie die verschiedenen Schnittstellen zwischen Krankenversicherer und Spital vorgestellt.

1.1. Das Schweizer Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist einer der grössten Wirtschaftssektoren der Schweiz. Der Anteil am Schweizer Bruttoinlandsprodukt betrug 2012 10.9% (Bundesamt für Statistik, 2014b). In den letzten Jahren sind die Gesundheitskosten sukzessive angestiegen und es wird zuweilen von einer «Kostenexplosion» gesprochen. Dies ist jedoch zu relativieren: Der Anstieg der Gesundheitskosten liegt nur leicht über der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (Bundesamt für Statistik, 2013b).

Vergleicht man die absoluten Gesundheitsausgaben in der Schweiz, welche durchschnittlich bei CHF 708 pro Bewohner und Monat liegen (Bundesamt für Statistik, 2015), mit jenen in anderen Ländern, so hat die Schweiz verhältnismässig hohe Gesundheitskosten. Gleichzeitig gehört die Lebenserwartung in der Schweiz bei der Geburt mit 82.8 Jahren (Frauen: 85; Männer: 81) zu den höchsten unter den OECD-Ländern (OECD, 2013). Diese Tatsache ist auch dem gut funktionierenden Gesundheitswesen zu verdanken. Die Schweiz und ihre Bevölkerung sind bereit, für diesen Spitzenplatz höhere Gesundheitskosten in Kauf zu nehmen. Dies zeigt sich in der Zufriedenheit der Schweizer Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen: Über 80% der Einwohner sind ihm gegenüber «sehr positiv» und «eher positiv» eingestellten (gfs.bern/Interpharma, 2014).

Die Gesundheitsversorgung liegt in der Schweiz in der Hoheit der Kantone. Diese erstellen Spitallisten mit Leistungsaufträgen für die allgemeine Abteilung. Die Kantone tragen einen Anteil von mindestens 55% der Kosten der Listenspitäler (Übergangsfrist bis 2017). Dieser Anteil variiert von Kanton zu Kanton. Abgerechnet wird seit dem 01.01.2012 mit Hilfe von leistungsbezogenen Abrechnungspauschalen (SwissDRG). Für rund 1'000 Fallgruppen werden dazu zwischen den Krankenversicherern und den Listenspitälern die sogenannten Base-rates ausgehandelt und vom Kanton genehmigt. Für den Bereich der Zusatzversicherung (Privat und Halbprivat) verhan-

deln Spitäler und Krankenversicherer die Tarifverträge ohne Einfluss der Kantone.

Die Krankenversicherung ist für alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch. Im obligatorischen Teil ist die Leistung aller Krankenversicherer identisch. Die Krankenversicherer müssen für diesen Bereich die Rechnungen aller Leistungserbringer begleichen (Kontrahierungszwang). Zudem herrscht ein Gewinnverbot. Die Prämie ist vom Wohnort und vom Alter des Versicherten abhängig. Der Versicherte beteiligt sich mit der Franchise und dem Selbstbehalt an den Leistungskosten. Versicherte mit einem steuerbaren Einkommen unter einer bestimmten Höhe (abhängig vom Kanton und Zivilstand) erhalten eine Individuelle Prämienverbilligung (IPV). Rund CHF 4.2 Milliarden wurden für diese Prämienverbilligung im Jahr 2012 aufgewendet (Bundesamt für Statistik, 2014d). 2012 waren 29% der obligatorisch versicherten Personen Bezüger einer IPV (Bundesamt für Statistik, 2015), was rund 2 Millionen Personen entspricht.

1.2. Trends und Herausforderungen im Schweizer Gesundheitswesen

Das Schweizer Gesundheitswesen ist momentan grossen Herausforderungen ausgesetzt. Diese basieren auf den gegenwärtigen gesellschaftlichen Entwicklungen, dem medizinischen und technischen Fortschritt sowie dem Kostendruck und Verdrängungswettbewerb (vor allem zwischen den Krankenversicherern).

1.2.1. Gesellschaftliche Entwicklungen

Die momentane demographische Entwicklung der Überalterung der Gesellschaft wirkt sich auf verschiedenen Ebenen auf das Schweizer Gesundheitssystem aus:

- ☉ Mit der steigenden Lebenserwartung steigt auch die Anzahl der Fälle und Behandlungen pro Patient bzw. die Kosten pro Versicherten über dessen Lebenszeit.
- ☉ Mit dem Älterwerden der Menschen nimmt die Komplexität der Fälle aufgrund von Multimorbidität zu. Dies führt zu höheren Behandlungskosten pro Fall und damit auch zu höheren Gesundheitskosten insgesamt.

- ☉ Aus dem persönlichen Umfeld immer mehr alter Patienten ist niemand in der Lage, Unterstützung oder einfachere Pflegeleistungen zu vollbringen. Der Aufenthalt in den Spitälern wird dementsprechend länger oder der Austritt wird zu einem Übertritt in ein Pflegeheim. Der Umfang der Pflegeleistungen steigt sowohl im Spital als auch allgemein.
- ☉ Dem Arbeitsmarkt stehen immer weniger qualifizierte Arbeitskräfte zur Verfügung. Gleichzeitig steigt aber der Bedarf an Fachpersonal im Gesundheitswesen.

Neben der demographischen Entwicklung sind Trends zur Individualisierung von Bedeutung: Die Werte jedes einzelnen Patienten und Versicherten haben sich in den letzten Jahren hin zu mehr Individualität verändert (swissfuture, 2011). Für Krankenversicherer kann dies konkret bedeuten, dass viele Versicherte immer spezifischere, auf sie massgeschneiderte Versicherungsprodukte und –prämien wünschen. In der Motorfahrzeugversicherung haben sich in diesem Zusammenhang «Pay as you drive» Produkte etabliert. In der Krankenversicherung werden erste Konzepte für massgeschneiderte Versicherungsprodukte («Pay as you care») erprobt, so zum Beispiel von der CSS mit dem Pilotprojekt «myStep».

Die Patienten und Versicherten sind heute zudem informiert, engagiert, kostenbewusst, anspruchsvoll und vernetzt (in Anlehnung an Buchheim, 2005):

1. Der informierte Patient/Versicherte: Die Patienten und Versicherten informieren sich über ihre Krankheiten, zu ihren Rechten und zu den möglichen Behandlungsmethoden. Sie vergleichen zudem die verfügbaren Informationen zu Spitälern und Krankenversicherern. Hierzu dienen Vergleichsportale und Foren im Internet, spezifische Dienstleistungsanbieter, das persönliche Netzwerk und die Internetauftritte der entsprechenden Akteure.
2. Der engagierte Patient/Versicherte: Auf Basis der zur Verfügung stehenden Informationen trifft der Patient/Versicherte heute Entscheidungen selber oder möchte zumindest am Entscheidungsprozess beteiligt sein. In der Schweiz wechseln engagierte Versicherte häufig den Krankenversicherer. Und auch die Wahl des Spitals wird immer mehr vom Patienten selber getroffen. Zwar spielen hier immer noch Faktoren wie die Meinung des Hausarztes oder die Nähe des Spitals zum Wohnort eine wichtige Rolle. Aber die Wichtigkeit von Qualitätskennzahlen nimmt zu (H+, 2015). Im Zweifel holen Patienten Zweitmeinungen von anderen Ärzten ein oder tauschen sich bzgl. ärztlicher Entscheide in Internetforen aus.

3. Der kostenbewusste Patient/Versicherte: «Rund 600'000 bis 800'000 Versicherte wechseln pro Jahr ihren Krankenversicherer» (santésuisse, 2014), hauptsächlich, weil sie dadurch einen Prämienvorteil erhalten. Bei der Spitalwahl haben Franchise und Kostenbeteiligung allerdings keinen grossen Einfluss (H+, 2015). Bei Leistungen, welche nicht durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt sind, wählen Patienten dagegen unter anderem auch kostengünstigere Spitäler im Ausland (Medizin-Tourismus).
4. Der anspruchsvolle Patient/Versicherte: Patienten und Versicherte wollen für sich die beste Behandlung. Unter anderem auch, weil der Krankenversicherer einen Grossteil der Leistungskosten deckt, werden neue und teure Behandlungsmethoden in Anspruch genommen und die neuesten Medikamente eingesetzt.
5. Der vernetzte Patient/Versicherte: Die Versicherten und Patienten tauschen sich heute auch nach Abschluss einer Therapie (bspw. zum «Erlebnis» Spitalaufenthalt oder Notfall) oder eines Beratungsgesprächs (bspw. zum Thema Zusatzversicherungen) aus. Da die entsprechenden Foren im Internet teilweise das persönliche Netzwerk ersetzen und in dieser Ersatzfunktion grossen Einfluss auf die Entscheidungen von Versicherten und Patienten in ähnlichen Situationen haben, verdient diese Tatsache besonderes Augenmerk.

Um die Zufriedenheit solcher Patienten/Versicherten in der Schweiz auf dem momentan hervorragenden Niveau zu halten, werden vor dem Hintergrund der beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen in Zukunft wohl noch stärkere Anstrengungen als bisher notwendig sein.

1.2.2. Technologischer und medizinischer Fortschritt

Neben den Fortschritten in der Medizin durchdringen auch neue Technologien das Gesundheitswesen immer stärker:

Vom E-Health-Ansatz geht die Entwicklung inzwischen hin zum mHealth: In den Mittelpunkt rücken die mobilen technischen, anstatt der «nur» elektronischen Möglichkeiten. Somit werden technische Lösungen zunehmend endkonsumententauglich. Als Beispiele sind hier Geräte zum Messen von Sauerstoffsättigung und Blutdruck als Smartphone-Zubehör und entsprechende Apps zur Auswertung und Weiterleitung der Daten zu nennen. Solche Lösungen sprechen nicht mehr nur die Mitarbeiter der Leistungserbringer sondern auch die Patienten direkt an. Diagnose- und Überwachungs-Tools werden von gesunden Menschen im Rahmen von Früherkennungs- und Präventionsmassnahmen eingesetzt.

Die Entwicklung neuer, aufwendiger diagnostischer sowie therapeutischer Methoden vergrössert das Angebot im Gesundheitswesen und führt zu steigenden Kosten pro Behandlung (Christen et al., 2013) und damit zu einem Anstieg der Gesundheitskosten insgesamt. Da die Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen lediglich rund ein Viertel der von ihnen verursachten Kosten tragen (Bundesamt für Statistik, 2014a), besteht ein sehr geringer Anreiz, den Konsum einzuschränken.

Auf der anderen Seite werden etablierte Diagnoseverfahren zum Teil immer günstiger. Dies hat jedoch den Effekt, dass sie auch standardisierter und von einer immer grösseren Anzahl von Leistungserbringern beherrscht und eingesetzt werden. Hierdurch nehmen zum einen die Menge und damit auch die Gesundheitskosten insgesamt weiter zu, gleichzeitig werden diese Verfahren aber auch dem Patienten/Versicherten in der Breite zugänglich gemacht. So stehen heute bspw. DNA-Tests jedermann zur Verfügung und erlauben unter anderem Vorhersagen bzgl. Verträglichkeit und Wirksamkeit verschiedener Medikamente (Pharmakogenetik) und ermöglichen somit eine individuelle Medikation und Therapie für den Patienten.

1.2.3. Kostendruck und Verdrängungswettbewerb

Die Einführung der leistungsbezogenen Abrechnungspauschalen (SwissDRG) im Jahr 2012 hat zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit der Spitäler geführt. Dies löste einen entsprechenden Kostendruck aus. Die Personalkosten belaufen sich in den Spitälern auf durchschnittlich 63% (Bundesamt für Gesundheit, 2014). Deren (effizienter) Einsatz ist folglich der grösste Kostenhebel für die Spitäler.

Auf der anderen Seite ist der Schweizer Krankenversicherungsmarkt gesättigt, es herrscht Verdrängungswettbewerb. Die neun grössten Krankenversicherer nehmen mehr als 80% des Prämienvolumens bei den Grund- und Zusatzversicherungen ein. Aufgrund der Tatsache, dass die Kostenquote bei den Krankenversicherern im Durchschnitt gerade einmal rund 5.5% beträgt (santésuisse, 2015), sind die Möglichkeiten, sich hier von Konkurrenten abzuheben, sehr begrenzt.


Den sehr viel grösseren Kostenhebel stellen die Leistungskosten dar. Die Krankenversicherer sind entsprechend bemüht, auf die Menge und Art der Leistungen bzw. auf die Kosten pro Leistungsfall einzuwirken. Dieser Druck relativiert sich jedoch aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Andere Differenzierungsmöglichkeiten, bspw. über innovative Versicherungsprodukte, Dienstleistungen sowie herausragende Beratungs- und Prozessqualität, spielen deshalb bei den Krankenversicherern ebenfalls eine grosse Rolle. Trotzdem wird in Zukunft auch im Krankenversicherungsmarkt mit weiteren Konsolidierungen gerechnet.

Neben den Konsolidierungen und Kooperationen sorgen die Rahmenbedingungen auch dafür, dass neue Akteure mit neuen Angeboten den Schweizer Gesundheitsmarkt betreten oder bekannte Akteure ihr Tätigkeitsfeld ausbauen. Dies sind unter anderem:

- 🔄 Innovative Risikoträger (Beispiel: friendsurance)
- 🔄 Im Ausland angesiedelte Leistungserbringer (Medizin-Tourismus)
- 🔄 Vergleichsdienstleister (für Krankenversicherungsprodukte und Spitäler)
- 🔄 Krankenversicherer, welche sich mit Dienstleistungen wie Spital- oder Arztsuche und Präventionsberatung als «Gesundheitspartner» etablieren wollen
- 🔄 Pharma- und Medizinaltechnik-Unternehmen, welche in die Wahrnehmung der (potentiellen) Patienten treten wollen
- 🔄 App-Anbieter und Webseiten-Betreiber (auch Spitäler und Krankenversicherer) mit Möglichkeiten zur Selbst-diagnose und Gesundheitsberatung
- 🔄 IT-Dienstleister mit Produkten und Services zum Datenaustausch (unter anderem im Bereich E-Health)
- 🔄 Spitäler, die in städtischen Gebieten zunehmend die Hausärzte ersetzen

Diese Akteure stellen sowohl für Spitäler als auch für Krankenversicherer eine Konkurrenz und damit eine Herausforderung dar.

1.3. Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer

Betrachtet man die unternehmensübergreifenden Prozesse zwischen Spital und Krankenversicherer etwas genauer, so wird schnell deutlich, dass es hier neben der Leistungskostenentwicklung auch noch andere Anknüpfungspunkte gibt. Wie  1 verdeutlicht, unterscheiden wir zwischen der «strategischen» und der «operativen» Ebene. Grob umschrieben beschäftigt sich die operative Ebene mit dem Entscheid der Kostenübernahme und dem daraus resultierenden Zahlungsverkehr. Hier fliessen aber auch Informationen zum Spitalein- und -austritt eines Versicherten. Auf strategischer Ebene werden Preise und Tarife festgelegt, gemeinsame Produktin-

novationen und weitere Kooperationen eingegangen.

An diesen Schnittstellen ist der Patient nur mittelbar beteiligt. Allerdings werden hier auch patientenbezogene Daten ausgetauscht, kostenbezogene Entscheidungen über die Art und Qualität der Versorgung getroffen und Durchlaufzeiten durch administrative Prozesse determiniert. Dies wiederum kann bedeutende Auswirkungen auf das Wohl des Patienten und dessen Wahrnehmung auf die Professionalität der beteiligten Akteure haben.

1.3.1. Strategische Ebene

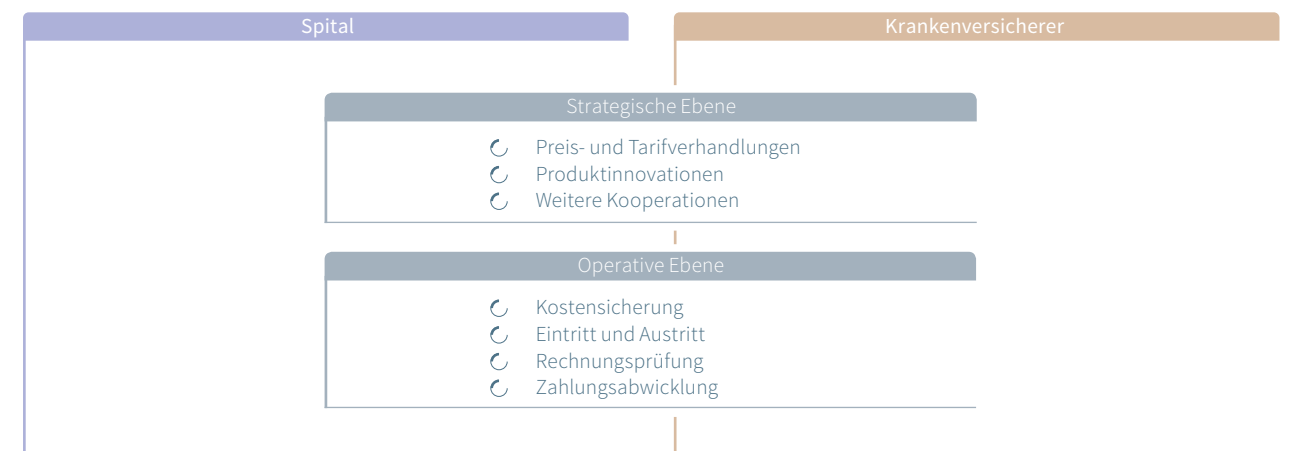
Auf strategischer Ebene sind Preis- und Tarifverhandlungen, Produktinnovationen und weitere Kooperationen die wesentlichen Anknüpfungspunkte zwischen Spital und Krankenversicherer.

Die Preis- und Tarifverhandlungen sind gegenwärtig die zentrale strategische Schnittstelle zwischen Krankenversicherer und Spital. Die wichtigsten Verhandlungen betreffen die Base-rate (Basisfallwert) für den stationären Bereich, den TARMED-Taxpunktwert im ambulanten Bereich und die Tarife für Halbprivat- und Privatversicherungen.


Um den administrativen Aufwand für die Vertragsverhandlungen im Bereich der obligatorischen Grundversicherung zwischen den gut 50 Krankenversicherern und den 112 Akutspitälern möglichst klein zu halten, haben sich die Krankenversicherer zu zwei Einkaufsgemeinschaften zusammengeschlossen (Stand 2014). Dies ist zum einen die tarifsuisse ag, eine Tochtergesellschaft des Branchenverbands santésuisse, welche nach

eigenen Angaben 47 Krankenversicherer vertritt und damit ca. 75% des Marktvolumens abdeckt (tarifsuisse ag, o. J.). Zum anderen ist dies die Einkaufsgemeinschaft HSK, welche drei Krankenversicherer (Helsana, Sanitas und KPT) und, nach eigenen Abgaben, rund 30% des Marktvolumens vertritt (Einkaufsgemeinschaft HSK, 2011). Bisher hatten die Akutspitäler im Bereich der obligatorischen Grundversicherung also nur zwei Verhandlungspartner. Ende 2014 hat sich zudem die CSS-Gruppe, drittgrösster Grundversicherer (SVV, 2015), von der tarifsuisse ag gelöst und entschieden, den Leistungseinkauf im Bereich der Grundversicherung alleine zu tätigen (Kutscher, 2015). Somit werden den Spitälern zukünftig drei Verhandlungspartner gegenüberstehen.

Im Bereich der Zusatzversicherungen werden die Leistungsentgelte zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern individuell verhandelt. Auf beiden Seiten bestehen auch hier kleinere Kooperationen, um den Aufwand zu reduzieren oder die Verhandlungsposition zu stärken. Nebst der Verhandlung von Preisen sind sowohl die jeweiligen Branchenverbände seitens der Leistungserbringer als auch die Verbände der Krankenversicherer in die Aus- und Überarbeitung von Tarifstrukturen involviert. Seitens der Leistungserbringer sind dies unter anderem die Verbände «H+ Die Spitäler der Schweiz» und «FMH Swiss Medical Association». Auf Seiten der Krankenversicherer nehmen vor allem santésuisse, Vertretung von 47 Krankenversicherern und Curafutura, Vertretung von vier Krankenversicherern (Helsana, CSS, Sanitas, KPT), diese Rolle wahr.



 1: Schematische Darstellung der verschiedenen Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer (in Anlehnung an Darstellung WIG)

Die wichtigsten Bereiche der Preis- und Tarifverhandlungen sind in  2 aufgelistet. Da es bei diesen Verhandlungen teilweise auch um administrative und prozessbezogene Themen geht, sind die Akutspitäler von einigen Bereichen zwar nicht direkt, aber indirekt betroffen.


Im Bereich der Zusatzversicherung bieten sich für Krankenversicherer Möglichkeiten, gemeinsam mit Spitälern Produktinnovationen zu entwickeln. Diese können bspw. einen erweiterten Leistungskatalog, einen schnelleren Zugang zu Leistungen oder Chefarzt-Behandlung umfassen. Für die Krankenversicherer stellen Produktinnovationen eine Differenzierungsmöglichkeit dar, für Spitäler sind sie eine grosse administrative Herausforderung.

Neben der gemeinsamen Definition von Versicherungsprodukten ist eine Vielfalt an weiteren Kooperationen denkbar. Hier reicht das Spektrum der Zielsetzungen von Prozessoptimierung über Steuerung des Patientenpfads und einer optimierten Spitalauslastung bis hin zur Übernahme von Aufgaben, welche für Spital und Versicherer jeweils neu sind, wie bspw. die Betreuung eines Patientenforums im Internet.

1.3.2. Operative Ebene

Eine zentrale Aufgabe der Krankenversicherer besteht heute in der Prüfung und Übernahme der bei den Leistungserbringern

anfallenden Behandlungskosten. Dies führt zu verschiedenen operativen Schnittstellen zwischen Krankenversicherer und Spital. Diese Schnittstellen sind, unabhängig von den einzelnen Organisationen, heute zu einem hohen Grad deckungsgleich.

Die operativen Schnittstellen umfassen die Bereiche Kostensicherung, Eintritt & Austritt, Rechnungsprüfung und Zahlungsabwicklung.  3 gibt einen Überblick zu den operativen Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer.

Der Bereich Kostensicherung umfasst im Wesentlichen die Deckungsprüfung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und verschiedene Arten der Kostengutsprache. Bei der Deckungsprüfung OKP wird überprüft, ob der Patient tatsächlich beim angegebenen Versicherer versichert ist. Dieser Prozess wird heute schon elektronisch durch Web-Services unterstützt (siehe Exkurs auf Seite 19).

Eine Kostengutsprache ist ein Gesuch der Leistungserbringer für die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer. Dieses Gesuch und die damit verbundenen Interaktionen verursachen sowohl bei Krankenversicherern als auch bei Spitälern erheblichen Aufwand. Bei den Spitälern ist dies insbesondere darauf zurückzuführen, dass vom behandelnden Arzt bis zur Patientenadministration diverse Stellen involviert sind.

Bereich der Preis- & Tarifverhandlungen	Akutspital direkt betroffen?	Akutspital indirekt betroffen durch
Swiss DRG (Akutspitäler)	Ja	–
TARMED (Spital ambulant und niedergelassene Ärzte)	Ja	–
Rehabilitation (ambulant und stationär)	Nein	Effiziente Prozesse bzgl. Übergang in Reha-Institution
Psychiatrie und Suchtprogramme	Nein	Effiziente Prozesse bzgl. Aufnahme in Programm
Pflege (Akut- und Übergangspflege, Pflegeheime, Spitex, etc.)	Nein	Effiziente Prozesse bzgl. Übergang in die Pflege
Komplementärmedizin (Spital ambulant und niedergelassene Ärzte)	Ja	–

 2: Bereiche der Preis- und Tarifverhandlungen der Krankenversicherer

Exkurs:

Produktinnovationen von Versicherern und Spitälern

Auszug aktueller Produktinnovationen, welche auf einer Kooperation zwischen Spital und Krankenversicherer basieren:

1. *Sanitas HirslandenCare: Ein Produkt der Sanitas, welches sich an Privatpatienten richtet. «HirslandenCare ermöglicht Ihnen eine bevorzugte Behandlung auf der privaten Abteilung in allen Hirslanden- und Partnerkliniken. Hirslanden Healthline, die umfassende Gesundheits-Service-Linie unterstützt Sie bei der Wahl eines Partnerarztes und vereinbart für Sie Arzt- und Behandlungstermine; Wartezeiten werden dabei auf ein Minimum reduziert.» (Hirslanden, 2015)*
2. *ConcordiaMed premium: Ein Produkt der Concordia. «Als concordiaMed premium Versicherte profitieren Sie von den vielfältigen Vorzugsleistungen des Hirslanden Netzwerks, unter anderem von einem bevorzugten Zugang zu Ärzten und Spitälern und von einer persönlichen Gesundheitsberatung rund um die Uhr. Arzttermine, Kuren, Rehabilitationen, Spitex-Dienste und anderes werden für Sie vereinbart und organisiert.» (Hirslanden, 2015)*
3. *Swica BestMed: Ein Produkt der Swica, welches unter anderem «schnellen Zugang zum Hirslanden Netzwerk [...] weltweit [...] [bietet]. Die Hirslanden Healthline nimmt die Anrufe auf der BestMed-Hotline entgegen und vereinbart nach Beratung und auf Wunsch direkt Termine mit den Ärzten (Hirslanden, 2015). Swica bietet mit dem Produkt BestMed auch schnellen Zugang zu weiteren Spitälern und Spitalgruppen in der Schweiz.»*
4. *My Care: Ein Produkt der ehemaligen national suisse, welches aber von der helvetia nicht mehr angeboten wird. Es bot Unterstützung nach diagnostizierter Krebserkrankung bei Frauen sowie die Behandlung in der Privatklinik Hirslanden und die einmalige Auszahlung von CHF 30'000 zur freien Verfügung.*
5. *PRIMEO: Ein Produkt der Helsana, welches für ambulante Behandlungen im Spital «Freie Arztwahl», «Mehr Komfort», «Attraktive Extras» und «Exklusive Check-ups» anbietet (Helsana, 2015).*

Exkurs:

Weitere Kooperationen zwischen Versicherern und Spitälern

Ein Auszug weiterer Kooperationen zwischen Spitälern und Versicherern:

1. *Strategische Partnerschaft zwischen der CSS Versicherung und der Klinikgruppe «The Swiss Leading Hospitals SLH» (SLH) mit folgendem Ziel: «Die CSS Versicherung erkennt das ausgewiesene Qualitätskonzept der SLH an und bevorzugt im Zusatzversicherungsbereich die Kooperation mit den SLH-Kliniken. Die SLH-Kliniken garantieren den CSS Versicherten einen vorteilhaften Zugang zu ihren Kader-Ärzten.» (CSS, 2008)*
2. *Aufbau von Gesundheitszentren durch Concordia und das Kantonsspital Luzern mit folgendem Ziel: «Durch den Aufbau von Gesundheitszentren wollen die CONCORDIA und das LUKS einen Beitrag zum Erhalt der ambulanten Grundversorgung in ländlichen Gebieten leisten.» (Luzerner Kantonsspital, 2011)*
3. *«Key Clinic Management» der Helsana: «Durch langfristige Zusammenarbeit entwickeln wir dank dem Key Clinic Management gemeinsam Dienstleistungen zum Wohle unserer Versicherten. Die Schlüsselkliniken stehen dafür ein, ihr Angebot transparent auszuweisen, Qualitätsdaten zu veröffentlichen und ihre Leistungen zu fairen Preisen anzubieten. Helsana Versicherte geniessen bei einem Klinikaufenthalt privilegierten Zugang zu hohen Standards von Behandlungsqualität und Komfort.» (Helsana, 2015) Teilnehmer sind viele Kantons- und Universitäts- und Privatspitäler.*

Nach Eintreffen der Kostengutsprache für Halbprivat- und Privat-Patienten prüft der Versicherer, ob rechtliche, vertragliche oder patientenspezifische Gründe für eine Ablehnung vorliegen. Dies ist zum Beispiel bei Vorbehalten aufgrund bekannter und ausgeschlossener Krankheitsbilder der Fall. Bei gewissen Behandlungen werden im Rahmen der Kostengutsprache zudem die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) überprüft.

Ausgewählte Details zu diesen Schnittstellen der Kostensicherung sind:

Deckungsprüfung OKP

Hierbei handelt es sich um eine Deckungsüberprüfung von stationär eintretenden Patienten, die allgemein versichert sind. Diese erfolgt oft im Austausch von Listen, die bspw. alle an einem Tag eingetretenen Patienten umfassen.

Kostengutsprache VVG & Verlängerungsgesuche

Die Kostengutsprache von stationär eintretenden Patienten mit einer Halbprivat- oder Privatversicherung wird meist

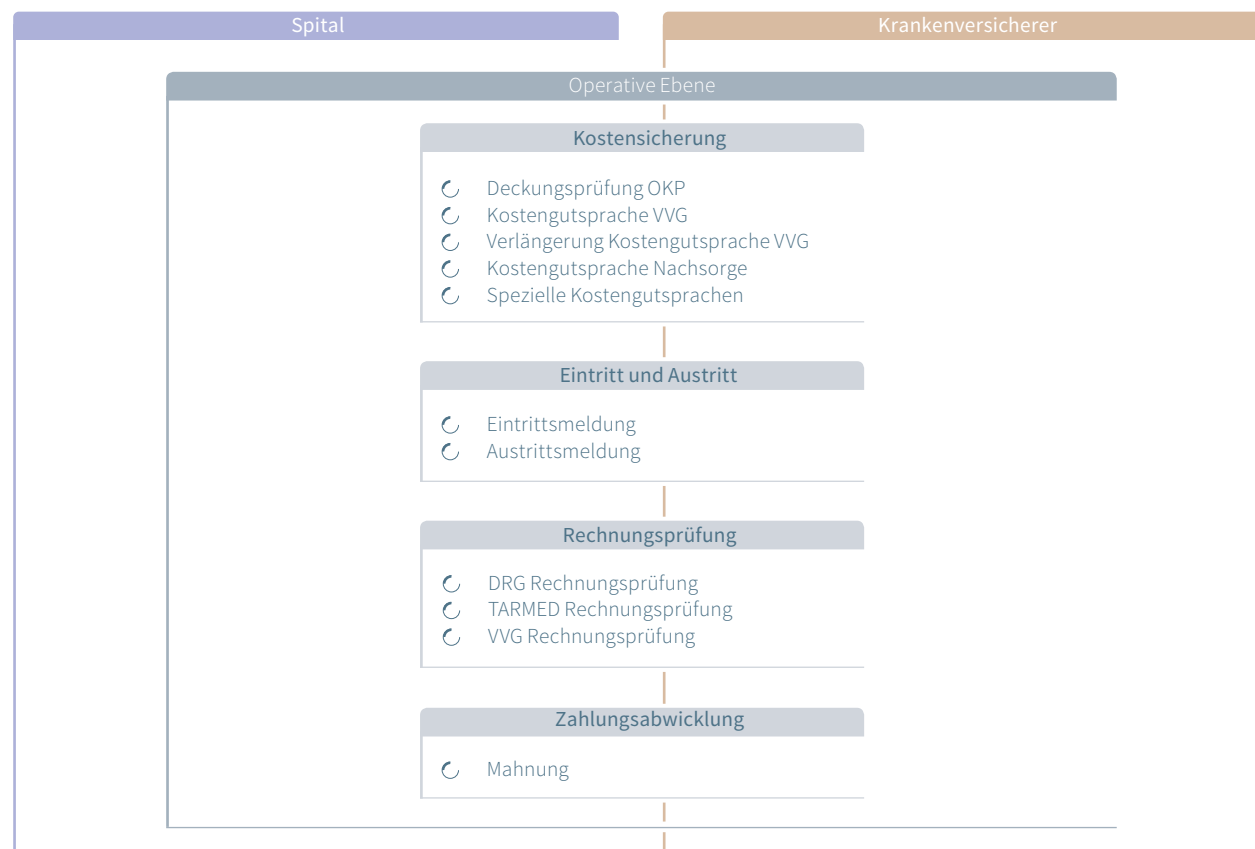
mittels vorgefertigter Formulare vorgenommen. Die Kostengutsprachen werden üblicherweise für eine gewisse Dauer erteilt. Wird diese überschritten, muss ein Verlängerungsgesuch gestellt werden.

Kostengutsprache für Nachsorge

Diese Kostengutsprache umfasst Gesuche für ambulante Leistungen (Physiotherapie, ambulante kardiale Reha etc.) und für stationäre Leistungen (Reha, Akut- und Übergangspflege, Kur etc.). Die Gesuche sind besonders aufwendig, da vor allem für Rehas von den Krankenversicherern oftmals umfangreiche Begründungen verlangt werden und diese gemäss KLV Anhang 1.1 durch den Vertrauensarzt persönlich beurteilt werden müssen (vergleiche Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)).

Spezielle Kostengutsprachen

Spezielle Kostengutsprachen werden für spezielle ambulante Behandlungen, Medikamente und Geräte sowie für Off-Label-Use-Medikamente (Verwendung von Medikamenten zur The-



3: Operative Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer (in Anlehnung an Darstellung WIG)

rapierung von Krankheiten, für welche sie ursprünglich nicht zugelassen wurden (Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Art. 71a. ff.)) benötigt.

Die Spitäler informieren die Krankenversicherer über Ein- und Austritte von Versicherten. Dies geschieht auch im Notfall und bei ungeplanten Behandlungen, also dann, wenn keine vorgängige Kostengutsprache vorliegt. Die Krankenversicherer sind so jeweils über Spitalein- und -austritte ihrer Versicherten informiert.

Die Rechnungsprüfung konnte in den letzten Jahren dank Fortschritten im Bereich des elektronischen Datenaustausches stark automatisiert werden. Zahlreiche Spitäler und Krankenversicherer können einen Grossteil der Rechnungen

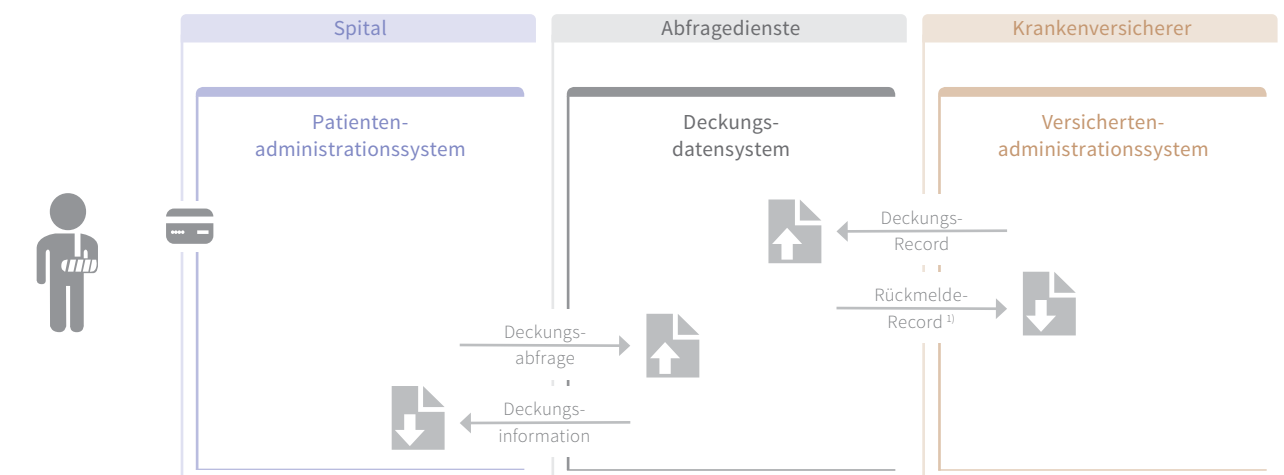
und der Rückweisungen heute elektronisch versenden bzw. empfangen. Intermediäre (wie MediData mit dem Produkt MediPort) unterstützen die Automatisierung dieses Prozesses insofern, als dass keine technischen Schnittstellen zwischen jedem Spital und jedem Krankenversicherer, sondern von jeder Institution nur noch eine Schnittstelle zum Intermediär implementiert werden muss.

Eine weitere Entwicklung in diesem Bereich ist die teilautomatisierte Rechnungsprüfung. Hierbei werden die Rechnungen mittels Regelwerk analysiert. Verstösst die Rechnung gegen eine der definierten Regeln, kann sie entweder direkt an den Leistungserbringer zurückgewiesen oder einem Mitarbeitenden zur manuellen Weiterverarbeitung vorgelegt werden. Da die Rechnungsdaten aber nicht immer ausreichen, um die

Exkurs:
Deckungsabfragen

Die Bereitstellung und Abfrage von Deckungsdaten der Versicherten mittels der Versichertenkarte wird bereits heute von Datenbanken des VEKA Centers (SASIS AG) und der ofac sowie von deren eigenen oder weiteren Online-Abfrage-Services unterstützt (bspw. MediSync von MediData). Mit Hilfe der Versichertenkarte kann das Spital eine entsprechende Deckungsanfrage stellen.

Diese Lösungen erlauben auch das Austauschen von Informationen zur Deckung durch Zusatzversicherungen (VVG). Ein Patient mit einem vom Zusatzversicherer abweichenden Grundversicherer muss im Spital beide Versichertenkarten vorweisen.




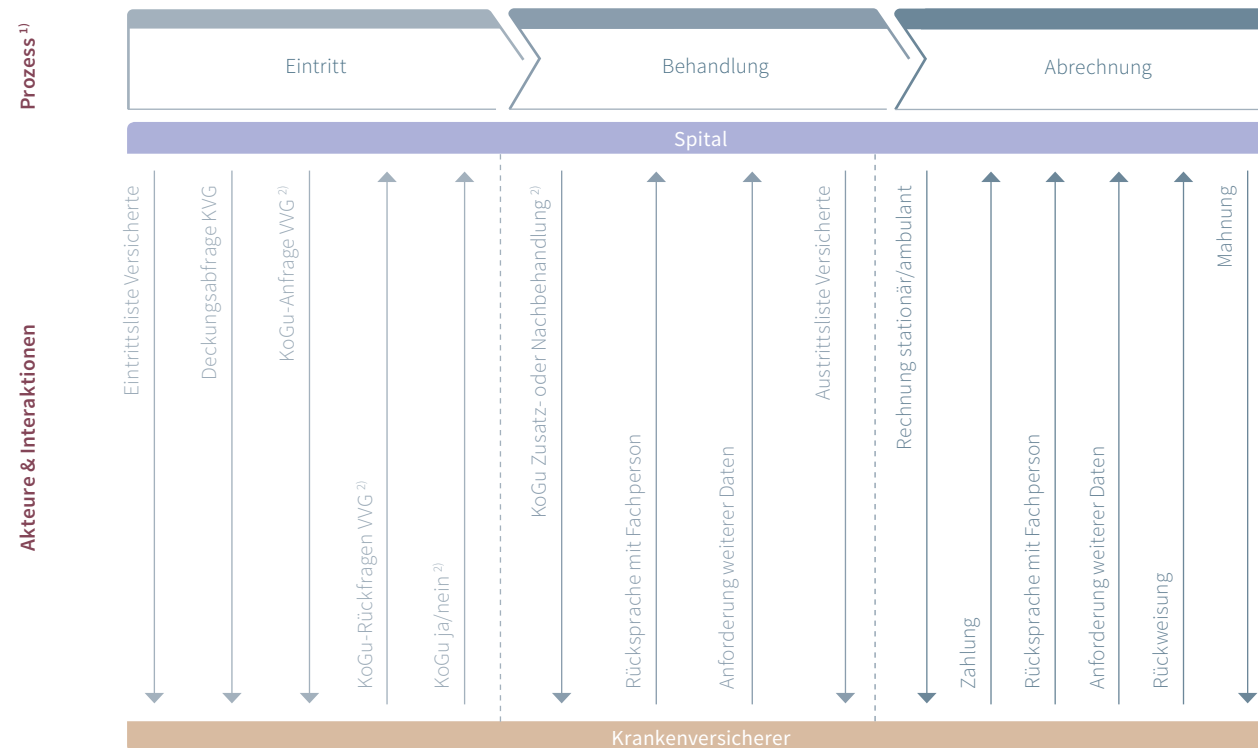
Schematische Darstellung der für die Deckungsabfrage notwendigen Datenflüsse (Quelle: Synpulse)

¹⁾ Nur bei Datenlieferung an das Veka-Center der SASIS AG

Korrektheit der Rechnung abschliessend beurteilen zu können, werden oftmals weitere Informationen, wie zum Beispiel Operationsberichte, angefordert. Diese Anfragen laufen in der Regel manuell und nicht standardisiert ab. Durch den elektronischen Austausch von sogenannten Minimal Clinical Data-sets, welche die wichtigsten Angaben für die Rechnungsprüfung enthalten, können jedoch viele solcher manuellen Rückfragen vermieden werden.

Da im Bereich der Rechnungsprüfung bei den beteiligten Akteuren viel Misstrauen herrscht, findet die Rechnungsprüfung vielerorts tatsächlich doppelt statt: Das Spital prüft die Rechnung, damit es keine manuellen Aufwände durch Rückweisungen gibt, der Krankenversicherer prüft, um Missbrauch und Fehler zu vermeiden.

 4 veranschaulicht den Einsatz der operativen Schnittstellen am Prozess Eintritt – Behandlung – Abrechnung. Hier wird deutlich, wie viele operative Interaktionen es während eines einzigen Falles zwischen Spital und Krankenversicherer gibt.



1) Fokus: Interaktionen zwischen Spital und Krankenversicherer (≠ klassischer Leistungserstellungsprozess mit Fokus = Patient)

2) KoGu = Kostengutsprache

 4: Interaktionen zwischen Spital und Krankenversicherer während des Prozesses Eintritt – Behandlung – Abrechnung (vereinfachte Darstellung)

2. Über die Studie

2.1. Auslöser der Studie

Spitäler sind die Leistungserbringergruppe im Schweizer Gesundheitswesen, welche mit einem Anteil von 37.5% die höchsten Kosten verursachen (Bundesamt für Statistik, 2014a). Auch nach Abzug des Finanzierungsanteils der Kantone ist dies immer noch einer der grössten Leistungskostenblöcke, welcher den Krankenversicherern zur Prüfung und zur Abrechnung übergeben wird. Gleichzeitig ist aber die Anzahl der Spitäler im Vergleich zu anderen Leistungserbringergruppen relativ gering: 112 Akutspitäler (Bundesamt für Statistik, 2014c) stehen gut 50 Krankenversicherern gegenüber.

Wie in Kapitel 1.3 aufgezeigt wurde, reichen die Schnittstellen zwischen Krankenversicherer und Spital von den strategischen Interaktionen im Rahmen der Preis- und Tarifverhandlungen bis hin zu operativen Prozessen wie der Zahlungsabwicklung. Die Anzahl der Schnittstellen ist überschaubar. Dies ist teilweise aber auch dem Fakt zu verdanken, dass die strategischen Schnittstellen sehr generisch benannt wurden (bspw. «Produktinnovationen»). Deren Ausprägungen können entsprechend vielfältig sein.

Beachtet man ausserdem die in Kapitel 1 beschriebenen Hintergründe, so wird deutlich, dass die strategischen Schnittstellen für Krankenversicherer eine zentrale Rolle spielen: Sie bieten Differenzierungspotenzial im Verdrängungswettbewerb. Bei den operativen Schnittstellen steht hingegen das Optimierungspotenzial im Mittelpunkt. Bei mehr als 1.35 Millionen stationären Spitaleintritten pro Jahr (Bundesamt für Gesundheit, 2014) findet ein Mehrfaches davon an Interaktionen an den operativen Schnittstellen Kostensicherung, Eintritt & Austritt, Rechnungsprüfung und Zahlungsabwicklung statt. Viele dieser Prozesse laufen heute noch manuell ab und sind entsprechend fehleranfällig. Zudem absorbieren sie wertvolle personelle Ressourcen.

Das angedeutete Potenzial sowie die zentrale Rolle der Spitäler und Krankenversicherer im Schweizer Gesundheitswesen machen die Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer aus Sicht der Autoren zu einem wichtigen Forschungsthema und Handlungsschwerpunkt. Gleichzeitig sehen sie im Ausbau der strategischen und in der Optimierung der operativen Schnittstellen die Möglichkeit der ausstrahlenden Wirkung auf Schnittstellen zwischen anderen Akteuren im Schweizer Gesundheitswesen.


2.2. Zielsetzung der Studie

Dieser Studie liegt das Ziel zugrunde, die Bedeutung, den Status quo und das Potenzial der Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer zu verstehen und Annahmen unter den Verantwortlichen und Akteuren an den Schnittstellen zu verifizieren. Auf Basis der hieraus gewonnenen Erkenntnisse sollen praktische Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Die Studie geht demnach folgenden Fragen nach:

1. Welche Bedeutung haben die Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer für das Gesundheitssystem und für die involvierten Akteure?
2. Was ist der Status quo dieser Schnittstellen und seiner Akteure?
3. Was ist das Verbesserungspotenzial der Schnittstellen und wer würde von einer Optimierung der Schnittstellen profitieren?
4. Welche Handlungsempfehlungen ergeben sich, um das Potenzial des Status quo zu erschliessen?

2.3. Methodisches Vorgehen

 5 zeigt das zur Erreichung der Zielsetzung gewählte Vorgehen. In diesem Abschnitt werden die einzelnen Phasen kurz beschrieben.

1. Konzeption der Studie

Während dieser Phase wurden die Zielsetzung der Studie und das methodische Vorgehen definiert.

2. Literatur- und Online-Recherche

Die Literatur- und Online-Recherche hat geholfen, die Erkenntnislücken in Wissenschaft und Praxis aufzudecken sowie relevante Konzepte (siehe Kapitel 3) und Beispiele zu identifizieren.

3. Vorbereitung Experteninterviews

Zur Absicherung der Relevanz der Zielsetzung, zur Formulierung der konkreten Studienfragen und zur Verifizierung der ersten Annahmen aus der Recherche wurden Interviews mit

Experten aus beiden Branchen organisiert und in Form eines Interviewleitfadens vorbereitet.

4a. Durchführung Experteninterviews

Es wurden Interviews mit vier Krankenversicherer- und vier Spital-Vertretern durchgeführt und dokumentiert. Die Zielsetzung konnte als relevant bestätigt und die zentralen Fragen formuliert werden. Erste interessante und aufschlussreiche Aussagen und Widersprüche zur Wahrnehmung der Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer wurden identifiziert.

4b. Vorbereitung der standardisierten Befragung

Ein Expertenfragebogen wurde entworfen. Eine zentrale Rolle bei dessen Struktur und Fragen spielt das KWD-Modell (siehe Kapitel 3.2).

Die Herausforderungen lagen zum einen darin, den Fragebogen nicht länger als unbedingt notwendig zu gestalten und dabei trotzdem alle relevanten Fragen stellen zu können. Zum anderen musste mit einem Fragebogen sowohl die Spital- als auch die Versicherungsbranche abgedeckt werden. Der Fragebogen wurde deshalb mit ausgewählten Branchenvertretern getestet.

Die Kandidaten für die Teilnahme an der standardisierten Befragung wurden identifiziert.

5. Durchführung der standardisierten Befragung

Es wurden Entscheidungsträger in Spitälern und Krankenversicherern angeschrieben, welche Verantwortung an der Schnittstelle zum Spital/Versicherer haben. Diese wurden gebeten, den Online-Fragebogen selbst auszufüllen und gleichzeitig Team-Leiter und Mitarbeitende in ihrem Bereich zu

bestimmen, welche ebenfalls an der Umfrage teilnehmen sollten. Es wurden insgesamt 52 Fragebögen von Spitalvertretern aus rund 15 Spitälern und 49 Fragebögen von Krankenversicherungsvertretern von rund 15 Krankenversicherern beantwortet.

6. Auswertung und Verarbeitung der Ergebnisse

Die Online-Umfrage wurde am kommunizierten Stichtag geschlossen und die Daten bzgl. Bedeutung der Schnittstellen (Kapitel 4.1), Status quo der Schnittstellen und Akteure (Kapitel 4.2) und Potenzial der Schnittstellen (Kapitel 4.3) ausgewertet.

7. Erarbeitung Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Ergebnisse wurden konkrete Handlungsempfehlungen (Kapitel 5) abgeleitet.



3. Relevante Konzepte und zugrundeliegende Modelle

Der vorliegenden Studie wurden verschiedene Konzepte und Modelle zugrunde gelegt. Diese bauen auf existierenden Konzepten auf, wurden aber teilweise auf die in den einführenden Kapiteln beschriebenen Rahmenbedingungen angepasst oder erweitert. Die Konzepte und Modelle sollen helfen, strukturiert aussagekräftige Erkenntnisse aus den Befragungen zu gewinnen. Darüber hinaus lassen sich mit ihrer Hilfe die Ergebnisse im Gesamtzusammenhang bewerten und anschaulich darstellen.

Im Folgenden wird zunächst das Konzept der Health-Value-Chain (HVC) erläutert, welche einen Perspektivenwechsel im Gesundheitswesen darstellt. Anschliessend wird mit dem «Können – Wollen – Dürfen»-Modell (KWD-Modell) eine Möglichkeit zur Beurteilung der Health-Value-Chain-Bereitschaft der Akteure vorgestellt. Und abschliessend werden Stufen der Integration in die Health-Value-Chain beschrieben.

3.1. Die Health-Value-Chain: Perspektivenwechsel im Gesundheitswesen

Das ursprünglich von Porter (1991) entwickelte Konzept der Wertkette, der sogenannten Value-Chain, dient der Darstellung von hintereinander gelagerten Wertschöpfungsprozessen in einem Unternehmen bei der Herstellung eines Produkts, von der Beschaffung bis hin zur Vermarktung. Die einzelnen Unternehmensbereiche werden gemäss ihrem Beitrag an der Wertschöpfung der Reihe nach als Kettenglieder in der Wertschöpfungskette angeordnet. Die Wertschöpfung und die Leistungserbringung für die Kunden rücken nach diesem Konzept in den Mittelpunkt der Unternehmenstätigkeit. Sie verdrängen die klassische funktionale Sichtweise auf die voneinander getrennten Unternehmenseinheiten. Das Konzept der Value-Chain ist auch über die Betrachtungsweise eines einzelnen Unternehmens hinaus anwendbar, um einen Wertschöpfungsprozess über mehrere Akteure hinweg darzustellen. Ein solches System aus mehreren Akteuren bezeichnet Porter als Value-Chain-System.

Das Value-Chain-Konzept lässt sich auch auf das Gesundheitswesen und die mittelbar und unmittelbar an der Leistungserbringung beteiligten Akteure anwenden. Nach Burns (2002) kann die Health-Value-Chain in fünf Hauptleistungsbereiche,

welche Organisationen mit jeweils ähnlichen Aufgaben gruppieren, eingeteilt werden:

1. Kostenträger: Staatliche Institutionen, Bürger in ihrer Rolle als Patienten, Arbeitnehmer, Unternehmen in ihrer Rolle als Arbeitgeber
2. Fiskalische Intermediäre: Sozialversicherungen (Krankenversicherer, Rentenversicherer)
3. Leistungserbringer: Spitäler, Ärzte, Apotheken und Verbände der Leistungserbringer
4. Zwischenhandel: Vertrieb von Produkten und Leistungen der Hersteller
5. Hersteller: Pharmaunternehmen, Hersteller von Medizinprodukten, Softwarehersteller

Im Mittelpunkt der Health-Value-Chain steht der Patient bzw. der Versicherte, an welchem die Leistungen erbracht und damit die Wertschöpfung generiert wird.

Die zahlreichen Schnittstellen zwischen den Akteuren stellen potentielle Bruchstellen der Versorgungsprozesse dar. Das Health-Value-Chain-Konzept zielt deshalb darauf ab, möglichst nahtlose Übergänge zwischen den Akteuren zu schaffen. Dieses Vorhaben gewinnt nicht zuletzt auch durch die stetige Ausdifferenzierung der Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen Zunahme der zu durchlaufenden Schnittstellen an Bedeutung. Dabei ist zu beachten, dass jeder der beteiligten Akteure Verantwortung für die gesamte Wertschöpfung trägt, da ein Fehler an einer Stelle der Prozesskette den Erfolg des gesamten Wertschöpfungsnetzwerks gefährdet (Pitta & Laric, 2004). So kann bspw. eine fehlerhafte Diagnose zu einem unnötigen oder sogar gesundheitsschädigenden Eingriff führen, der zusätzliche Kosten für Krankenversicherer verursacht oder sogar das Leben des Patienten gefährdet. Eine optimale Steuerung der Wertschöpfung über alle Versorgungsstufen hinweg hätte dagegen sowohl positive monetäre Auswirkungen als auch positive Effekte auf die Patientensicherheit.

Der Health-Value-Chain-Ansatz schafft Entlastung für die einzelnen Akteure: Die verstärkte Kooperation führt dazu, dass

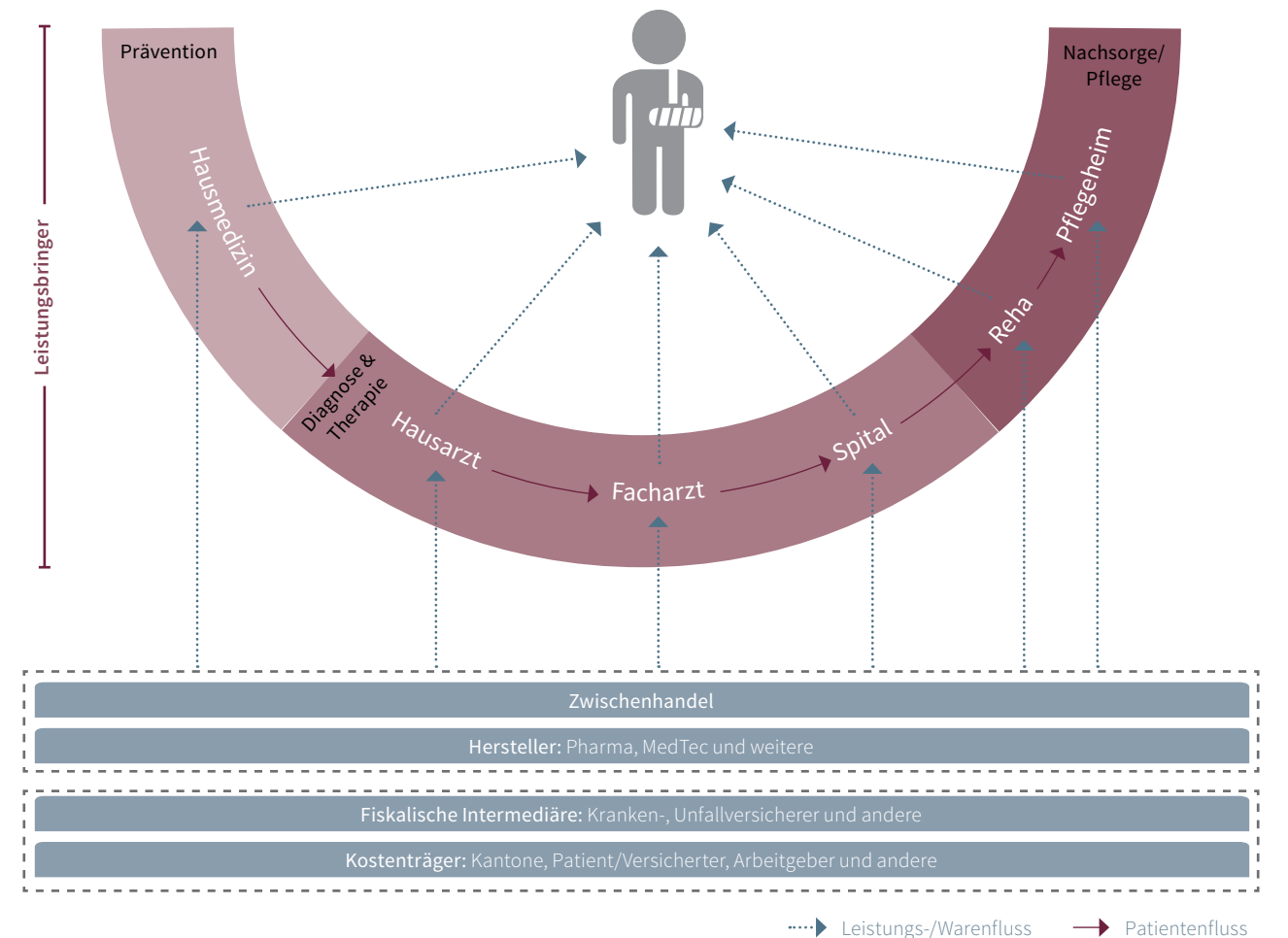
sich jeder Akteur auf seine Kernkompetenzen konzentrieren kann. Gleichzeitig werden sich Akteure in der Health-Value-Chain aber nicht behindern und ausbremsen, da sie ein gemeinsames Ziel und keine gegensätzlichen Interessen verfolgen (Behzad, Moraga & Chen, 2011).

Wendet man das Health-Value-Chain-Konzept auf das Schweizer Gesundheitssystem an, so ergibt sich stark vereinfacht ein Bild wie in 6 dargestellt. Im Zentrum steht der Patient, welcher im Prozess Prävention – Diagnose & Therapie – Nachsorge/Pflege dem Patientenfluss folgend von Leistungsanbieter zu Leistungsanbieter geführt wird. Zwischenhandel und Hersteller sind Teil der Leistungs- und Warenflüsse hin zum Patienten.

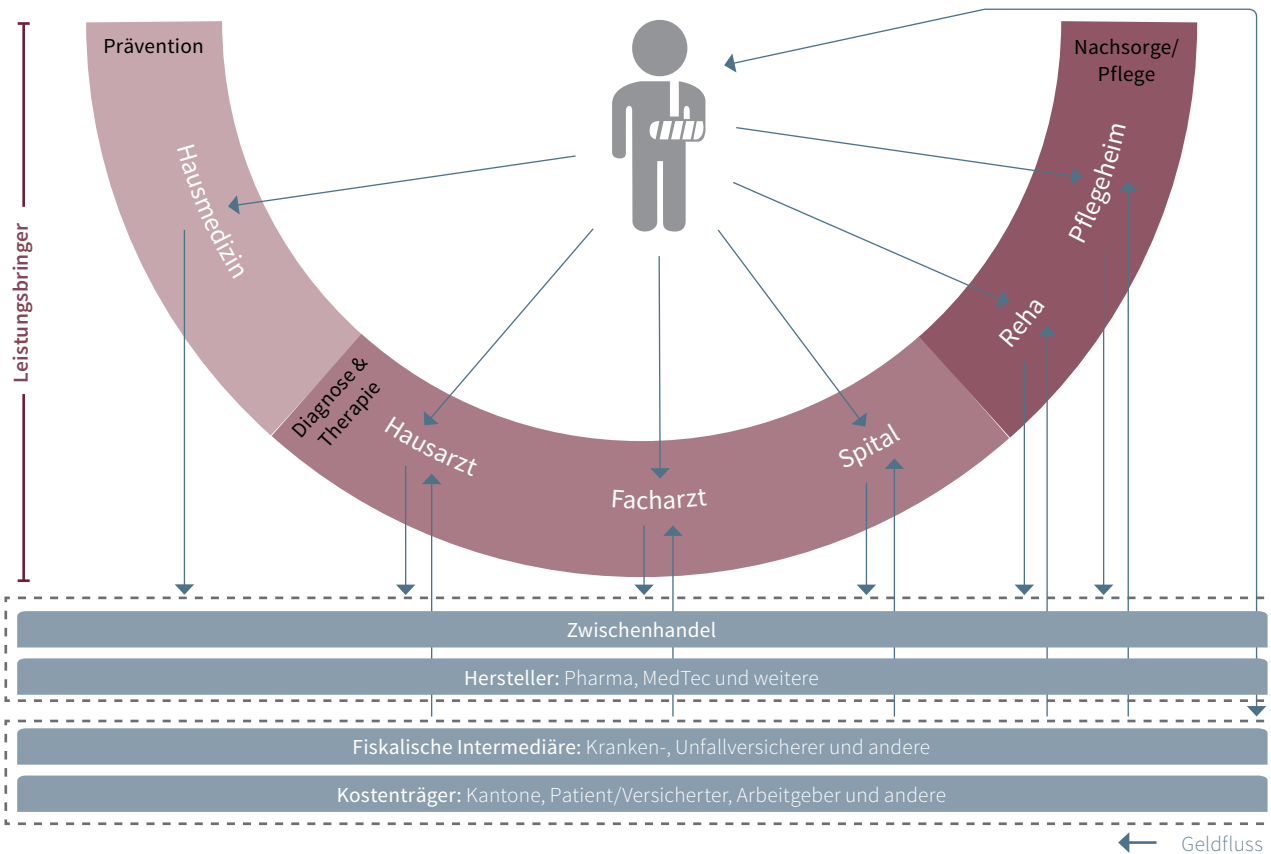
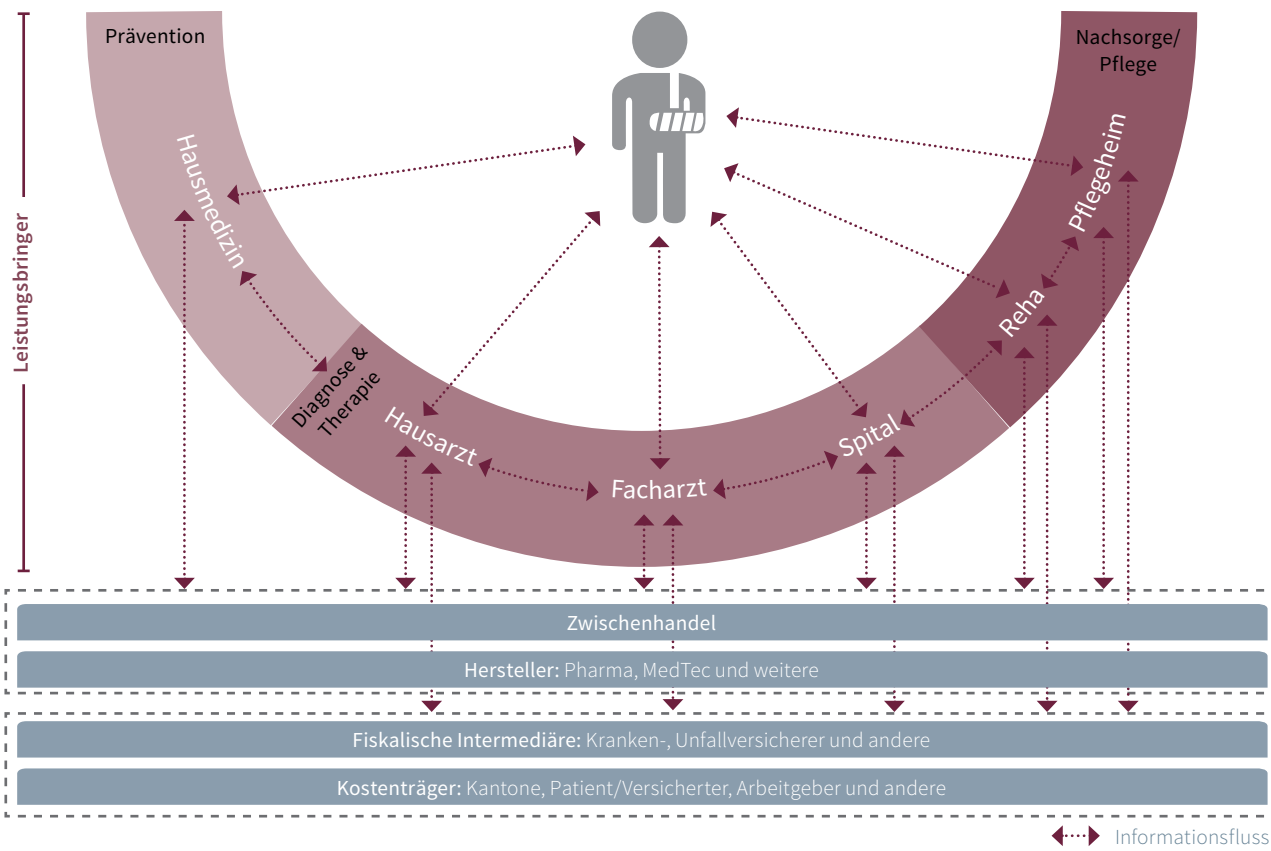
Der Krankenversicherer als fiskalischer Intermediär ist nicht direkt in die Patienten-, Leistungs- und Warenflüsse integriert. Durch Verträge sowohl mit dem Versicherten (Versicherungspolice: Welche Leistungen sind bei welchem Leistungserbringer

abgedeckt?) als auch mit dem jeweiligen Leistungserbringer (Tarife und Leistungserbringungsverträge: Welche Leistungen werden zu welchen Konditionen erbracht?) haben Krankenversicherer jedoch erhebliche Steuerungsmöglichkeiten in der Health-Value-Chain. Hinzu kommt Ihre Rolle in den Informations- und Geldflüssen. In 7 werden diese beiden Perspektiven veranschaulicht.

Sowohl bei den Patienten-, Leistungs- und Warenflüssen als auch bei den Informations- und Geldflüssen können Krankenversicherer zentrale Positionen einnehmen. Inwiefern sie sich auf die klassische Rolle des fiskalischen Intermediärs beschränken oder ob sie versuchen, die Health-Value-Chain aktiv zu steuern, liegt an ihnen. Die Anzahl und Ausprägung der operativen Schnittstellen und die Bereiche und Arten der strategischen Kooperation hängen stark von dieser Rollendefinition jedes Versicherers ab.



6: Das Schweizer Gesundheitssystem als Health-Value-Chain (vereinfachte Darstellung)



7: Informationsflüsse (oben) und Geldflüsse (unten) in der Health-Value-Chain (vereinfachte Darstellungen)

Das Health-Value-Chain-Konzept spiegelt nach Einschätzung der Autoren die gegenwärtigen Trends im Schweizer Gesundheitswesen wider und hilft aktuelle Themen und Herausforderungen einzuordnen und zielgerichtet zu diskutieren. Es bietet eine theoretische Grundlage, um die Schnittstellen zwischen Spitälern und Krankenversicherern zu analysieren und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

3.2. Können, Wollen, Dürfen: Das KWD-Modell zur Beurteilung der Health-Value-Chain-Bereitschaft der Akteure

Nachdem die Anwendbarkeit des Value-Chain-Konzeptes auf das Gesundheitswesen dargelegt wurde, befasst sich dieses Kapitel mit den Voraussetzungen, welche die Akteure erfüllen müssen, um ein Glied dieser Health-Value-Chain werden zu können.

Angelehnt an den Theorien des grossen deutschen Psychologen Kurt Lewin entwickelten Angerer et al. (2012) ein Grundmodell für das Prozess- und Changemanagement in Spitälern. Dieses Modell wird hier erweitert, sodass es zur Beurteilung der Health-Value-Chain-Bereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen angewendet werden kann.

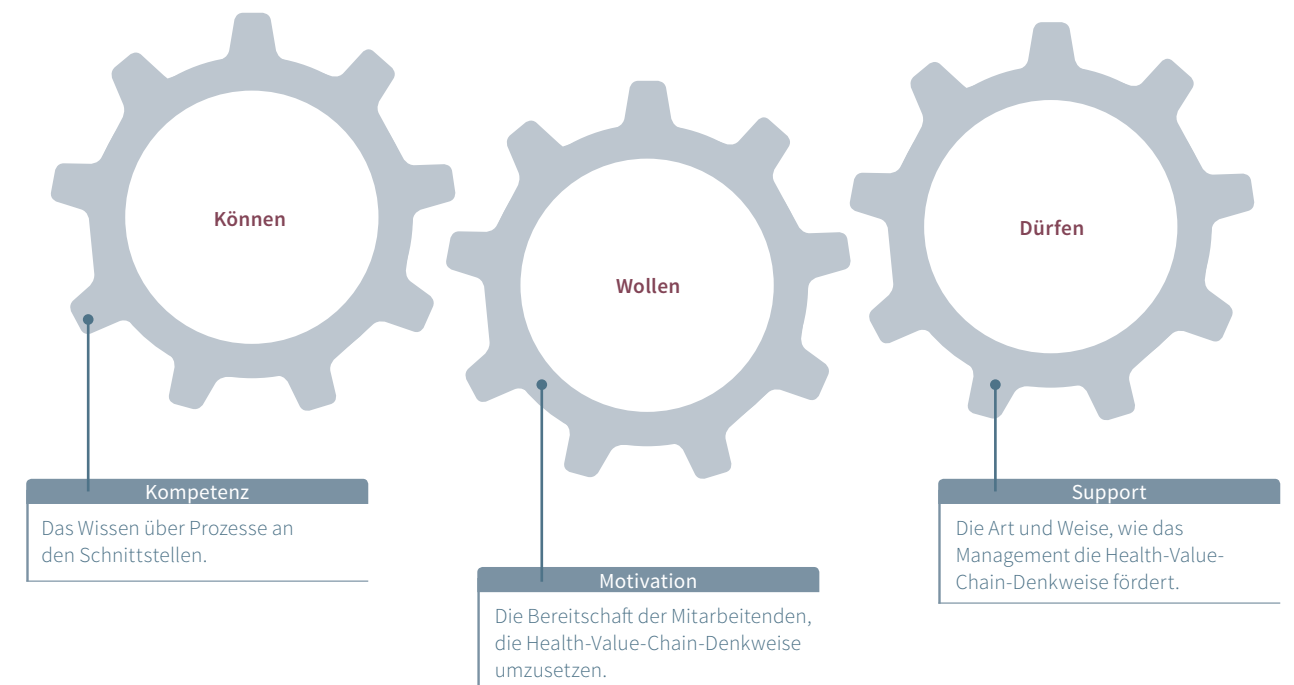
Das Modell basiert auf drei Dimensionen, welche mit «Können», «Wollen» und «Dürfen» bezeichnet sind (vergleiche 8). Diese Dimensionen repräsentieren wichtige organisationale Aspekte, die für Transformationsprozesse entscheidend sind.

Die Dimension «Können» zeigt, inwieweit die Organisation die notwendigen informationellen Grundlagen besitzt, um sich den Herausforderungen der Health-Value-Chain zu stellen. Hierzu gehört das notwendige Wissen der Mitarbeiter zu den Zielen, Prozessen und Herausforderungen der eigenen und jeweils anderen Seite der Schnittstellen. Fortbildende Schulungsangebote sowie der Informationsaustausch zwischen den Akteuren stärken diese Dimension.

Die Dimension «Wollen» deckt die Bereitschaft unter Mitarbeitenden ab, die Health-Value-Chain-Denkweise in der täglichen Arbeit an den Schnittstellen umzusetzen. Hierbei spielt die persönliche Motivation eine grosse Rolle.


Die Unterstützung des Managements wird über die Dimension «Dürfen» abgebildet. Durch Führung und Anreizsysteme können grundlegende Bedingungen geschaffen werden, welche die Umsetzung der Health-Value-Chain-Denkweise fördern.

Das Modell kann entsprechend der Initialen der Dimensionen auch als KWD-Modell bezeichnet werden.



8: Das KWD-Modell zur Beurteilung der Health-Value-Chain-Bereitschaft der Akteure

3.3. Stufen der Integration in die Health-Value-Chain

Sind bei einem Akteur die organisationalen Voraussetzungen gegeben, um ein Glied der Health-Value-Chain zu werden, so durchläuft er während der Umsetzung des Health-Value-Chain-Gedankens vier verschiedene Stufen (vergleiche  9).

Betrachtet man einzelne Akteure im Gesundheitswesen, so lassen sich hinsichtlich Qualität und Intensität der interorganisationalen Zusammenarbeit unterschiedliche Ausprägungen beobachten. Gar nicht oder kaum erfüllt wird der Health-Value-Chain-Gedanke bei der ausschliesslichen Verwendung der bestehenden Strukturen sowie bei isolierten, fallweisen Reaktionen. Die umfassende Umsetzung des Health-Value-Chain-Gedankens bedeutet indes, einen systematischen und ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen, welcher auch neuer Strukturen und übergreifend neuer organisatorischer Abläufe bedarf.

Entlang der vorgestellten Dimensionen lassen sich damit die Integrationsstufen «Konfrontation», «Koordination», «Kooperation» und «Kollaboration» identifizieren, welche nachfolgend beschrieben werden.

Konfrontation

Auf dieser Stufe ist das Health-Value-Chain-Konzept wenig bis gar nicht ausgeprägt. Die Aktivitäten an den Schnittstellen sind geprägt von fehlendem gegenseitigem Vertrauen, mangelnder Transparenz, Konflikten bei der Leistungsabrechnung sowie opportunistischem Verhalten.

Koordination

Auf dieser Stufe wird im Sinne des Health-Value-Chain-Konzepts versucht, durch einzelne, gezielte Massnahmen, gegenseitige Besuche sowie Schulungen die Daten- und Informationsströme an der Schnittstelle zu verbessern, um als Organisation von Effizienzgewinnen zu profitieren.

Kooperation

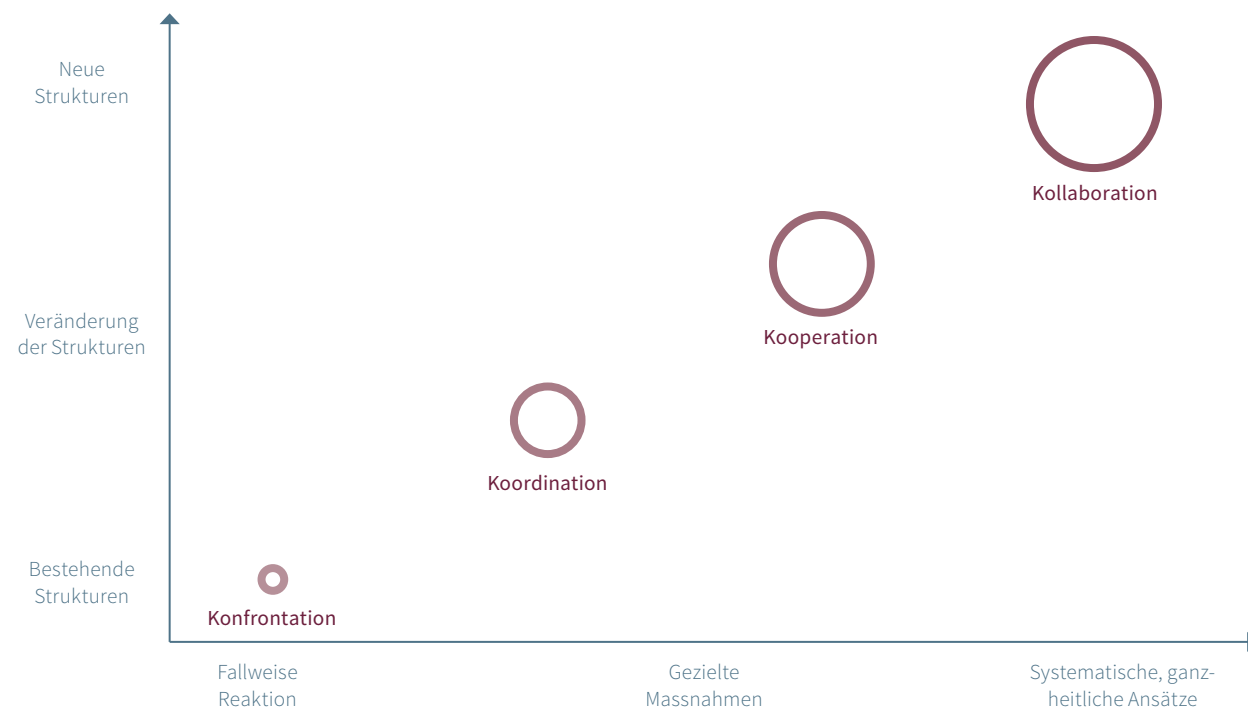
Auf dieser Stufe entstehen neue Formen der Zusammenarbeit. Es werden zum Beispiel neue Versicherungsprodukte geschaffen, Spitäler profitieren von Exklusivverträgen und gesonderten Erstattungskonditionen.

Schnittstellen zwischen Leistungserbringern untereinander sowie mit den Krankenversicherern und anderen Akteuren des Gesundheitswesens gewinnen an Bedeutung. Sie ermöglichen es, den Patienten entlang der Health-Value-Chain als Case über die an der Versorgung beteiligten Akteure zu führen.

Ein Beispiel hierfür stellt das sogenannte Gate-Keeper-Modell dar. Hierbei erfolgt die koordinierte Zuführung zu den einzelnen Leistungserbringern fallweise am Anfang der Health-Value-Chain, typischerweise durch den Hausarzt (Zepeda, 2012). In sogenannten Disease-Management-Programmen wird die Behandlung über die gesamte Krankheitsepisode, über längere Zeit hinweg zwischen verschiedenen Leistungserbringern koordiniert. Dies findet vor allem bei schweren und chronischen Krankheiten Anwendung (zum Beispiel Krebserkrankungen und Diabetes). Case-Manager der Krankenversicherer übernehmen hierbei die Koordination (Wendt, 2013).

Kollaboration

Auf der letzten Stufe der Integration in die Health-Value-Chain bestehen integrierte Versorgungsmodelle, in denen komplett neue Strukturen und Vergütungsmodelle geschaffen werden. Damit erfolgt die Versorgung des Patienten nicht mehr fallweise, sondern wird über seine Lebenszeit hinweg systematisch koordiniert. Diese Form ist im Schweizer Gesundheitswesen noch wenig ausgeprägt. Ihre Verbreitung bedarf neuer regulatorischer Anreizsysteme sowie Initiativen, die über bilaterale Kollaborationen hinausgehen.



4. Erkenntnisse aus Expertenbefragungen und Umfrage

In den folgenden Abschnitten werden die Erkenntnisse aus den Expertengesprächen und der standardisierten Befragung vorgestellt. Hierbei wird einleitend auf die Bedeutung der Schnittstellen für die jeweiligen Akteure eingegangen. Anschliessend wird die Einschätzung der Befragten bzgl. des aktuellen Status der Schnittstellen und Akteure dargestellt und abschliessend wird das von den Befragten angegebene Verbesserungspotenzial der Schnittstellen beschrieben.

4.1. Bedeutung der Schnittstellen

Eingangs soll zunächst eine grundlegende Frage beantwortet werden: Welche Bedeutung messen Krankenversicherer und Spitäler selbst den Schnittstellen zum jeweils anderen Akteur bei und welchen Stellenwert haben diese Schnittstellen? Hierzu wurde im Rahmen der Expertengespräche zum einen direkt nach der strategischen Bedeutung der Schnittstellen gefragt, zum anderen wurde um eine ungefähre Schätzung des operativen Aufwands gebeten, welcher durch administrative Tätigkeiten an den Schnittstellen entsteht.

Aus den Expertenbefragungen geht hervor, dass den Schnittstellen eine hohe Bedeutung zukommt. Diese Experteneinschätzung wird von den Krankenversicherern mit folgenden Überlegungen begründet:

- ☞ Spitäler sind die grössten Kostentreiber der letzten Jahre.
- ☞ Zur Qualitätssicherung und Erhöhung der Patientenzufriedenheit wird das Thema Qualität der Leistungserbringer immer wichtiger.
- ☞ Zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgungskette muss das Ein- und Austrittsmanagement mit den Spitälern besser koordiniert werden.
- ☞ In der Zusatzversicherung handelt es sich bei den stationären Leistungen um den grössten Kostenblock.
- ☞ In der Differenzierungsstrategie zur Akquirierung neuer Versicherter spielen die Spitalzusatzprodukte eine wichtige Rolle.

Seitens der Spitäler kommt der Schnittstelle vor allem im Zusatzversicherungsbereich, bei Themen rund um die Finanzierung sowie beim Qualitätsmanagement eine grosse Bedeutung zu:

- ☞ Eine stärkere Fokussierung auf Patienten aus dem Zusatzversicherungsbereich ist lukrativ.
- ☞ Krankenversicherer sind die Kunden eines Spitals, da diese die Finanzierung der Leistung an die Patienten übernehmen.
- ☞ Verträge über die Leistungserbringung/Leistungsfinanzierung müssen regelmässig ausgehandelt werden.
- ☞ Um die Interessen zu vertreten, werden Koalitionen bei Baserate-Verhandlungen gegenüber dem Kanton angestrebt.
- ☞ Definition von Qualitätsindikatoren bei der Leistungserbringung.

Sowohl Krankenversicherer als auch Spitäler sehen in den strategischen Schnittstellen zueinander eine grosse Bedeutung. Hierbei spielen Aspekte der Finanzierung (Schnittstelle: Preis- und Tarifverhandlungen) und der Qualität sowie Qualitätssicherung (Schnittstelle: Weitere Kooperationen) eine wichtige Rolle. Besonderes Augenmerk richten beide Akteure auf die Zusatzversicherten (Schnittstelle: Produktinnovationen). Einige Krankenversicherer wollen ausserdem, bereits ganz im Sinne des Health-Value-Chain-Gedankens, für den Versicherten bzw. Patienten eine nahtlose Versorgungskette gewährleisten (Schnittstellen: diverse) und diese managen.

Beide Akteure haben an den operativen Schnittstellen hohe Aufwände und Kosten und schätzen deshalb auch die Bedeutung dieser Schnittstellen als hoch ein. Schwerpunkte liegen hier für die Krankenversicherer in den Bereichen Rechnungsprüfung und Eintritt & Austritt. Für die Spitäler liegen die Schwerpunkte in den Bereichen Rechnungsprüfung und Kostensicherung.

4.2. Status quo der Schnittstellen und Akteure

Dieses Kapitel widmet sich dem Status quo der Schnittstellen zwischen Krankenversicherer und Spital sowie dem Status quo ihrer Akteure selbst.


«Sehr unterschiedlich gute Zusammenarbeit, je nach [...] Krankenversicherung.»

Vertreter eines Spitals im Expertengespräch

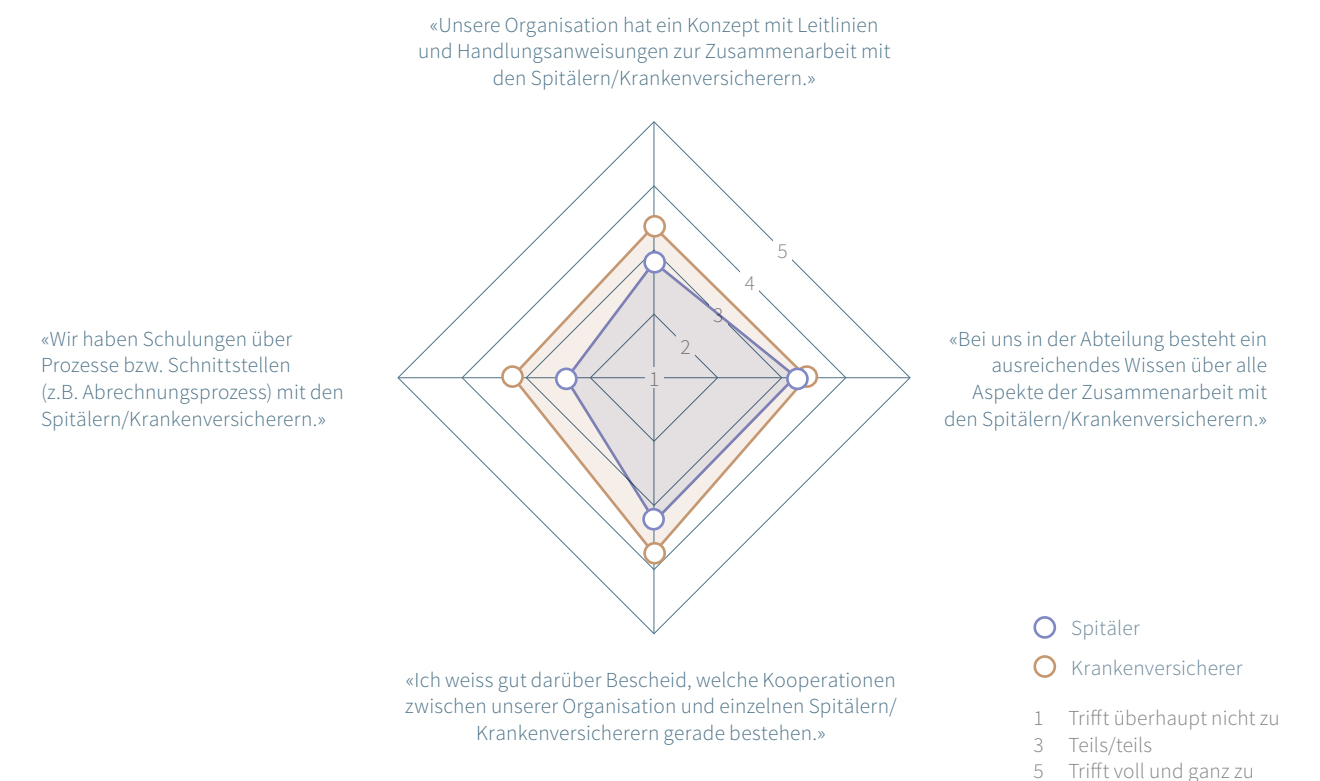
Es wird den Fragen nachgegangen, in welchen Bereichen aktuell Zusammenarbeit zwischen den beiden Akteuren besteht und wie diese qualitativ ausgestaltet ist. Das im Kapitel 3.2 eingeführte KWD-Modell dient hierbei als Strukturierungshilfe und wird mit quantitativen Ergebnissen aus der Umfrage gefüllt.

4.2.1. Sind Spitäler und Krankenversicherer bereit für die Health-Value-Chain?


Im Rahmen der standardisierten Umfrage wurde zunächst versucht, die Bereitschaft der Krankenversicherer und Spitäler bzgl. der Umsetzung des Health-Value-Chain-Gedankens zu ermitteln. Hierzu wurde das in Kapitel 3.2 eingeführte KWD-Modell verwendet.


Die Dimension «Können» (vergleiche  10) kann für beide Akteure grundsätzlich als «stark ausbaufähig» bezeichnet werden. So liegen die Einschätzungen hier gerade einmal zwischen 2.4 und 3.8. Spitäler schätzen sich hier bei allen Faktoren tiefer ein als Krankenversicherer.

Am wenigsten wird hier der Aussage «Wir haben Schulungen über Prozesse bzw. Schnittstellen (zum Beispiel Abrechnungsprozess) mit den Spitälern/Krankenversicherern.» zugestimmt. Die Ausbaufähigkeit des Austauschs zwischen den Akteuren




wird auch durch Experten unterstrichen. Bemerkenswert ist ausserdem, dass dem Faktor «Bei uns in der Abteilung besteht ein ausreichendes Wissen über alle Aspekte der Zusammenarbeit mit den Spitälern/Krankenversicherern.» am ehesten zugestimmt wurde. Im Vergleich zum mangelhaften Austausch zwischen den Akteuren ist das Vertrauen auf das Wissen der Kollegen im eigenen Unternehmensbereich demnach etwas höher.

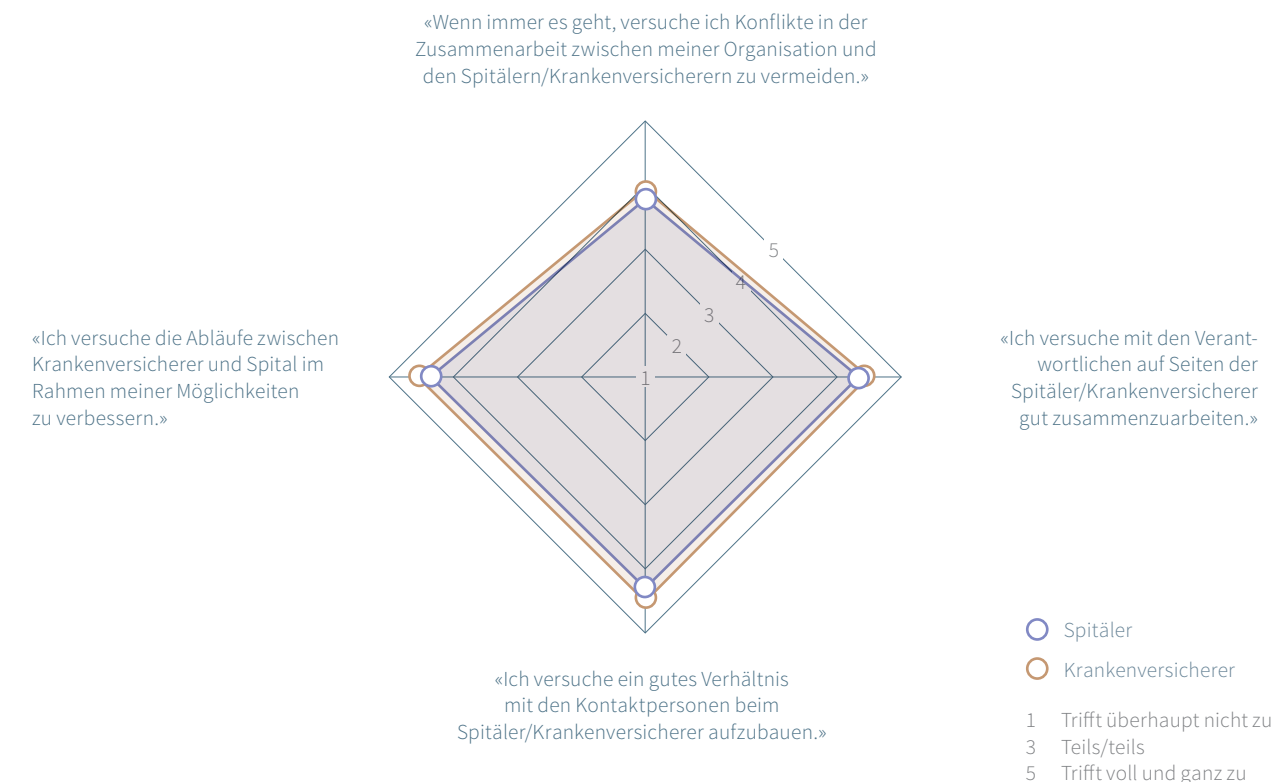
In der Dimension «Wollen» (vergleiche  11) wird die Bereitschaft der Mitarbeitenden, die Health-Value-Chain-Denkweise durchzusetzen, für alle abgefragten Faktoren sowohl aus Krankenversicherer- als auch aus Spitalsicht weitgehend gleich beurteilt. Auf beiden Seiten besteht bereits eine hohe Bereitschaft zu kooperieren.

Die Dimension «Dürfen» ist sowohl bei Spitälern als auch bei Krankenversicherern mit «ausbaufähig» zu bezeichnen (vergleiche  12).

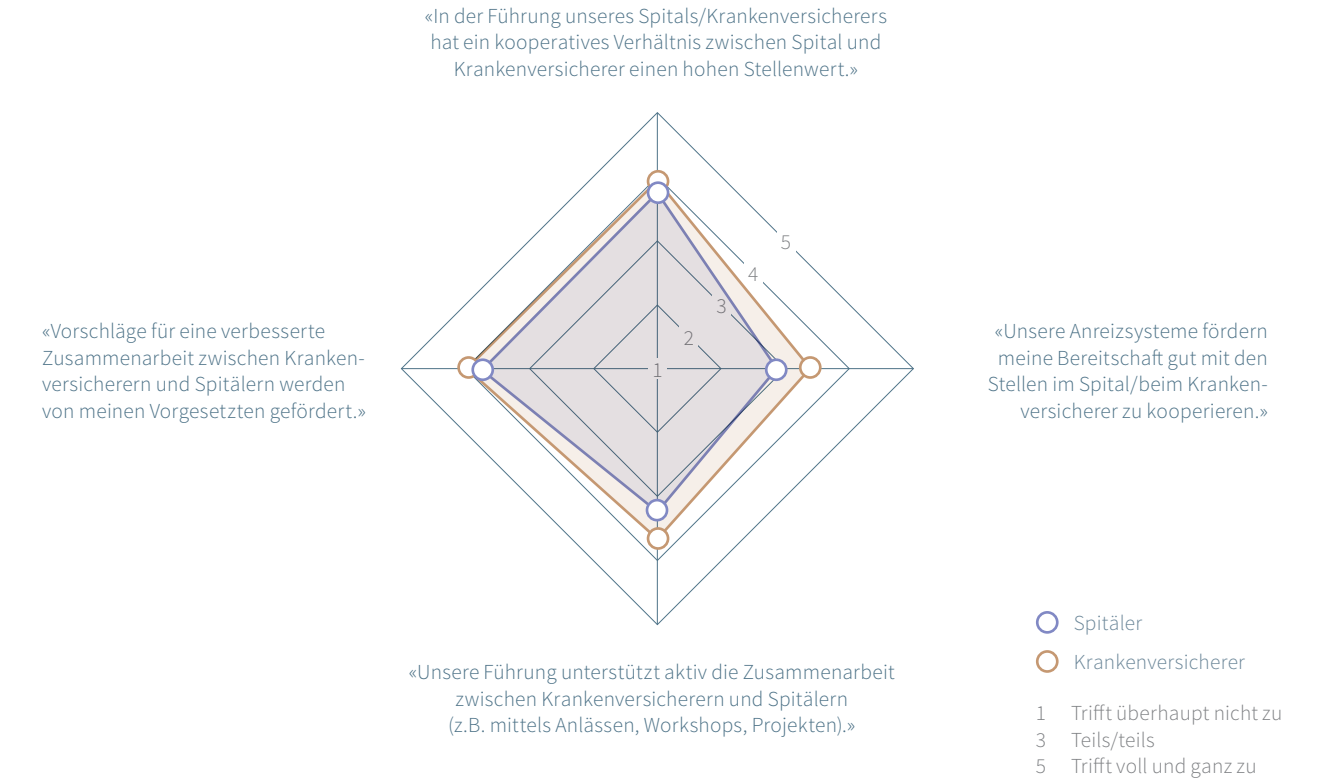
Es besteht insbesondere Verbesserungspotenzial bei den Faktoren «Unsere Anreizsysteme fördern meine Bereitschaft gut mit den Stellen im Spital/beim Krankenversicherer zu kooperieren.»

mit den Stellen im Spital/beim Krankenversicherer zu kooperieren.» und «Unsere Führung unterstützt aktiv die Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherern und Spitälern (zum Beispiel mittels Anlässen, Workshops, Projekten).».

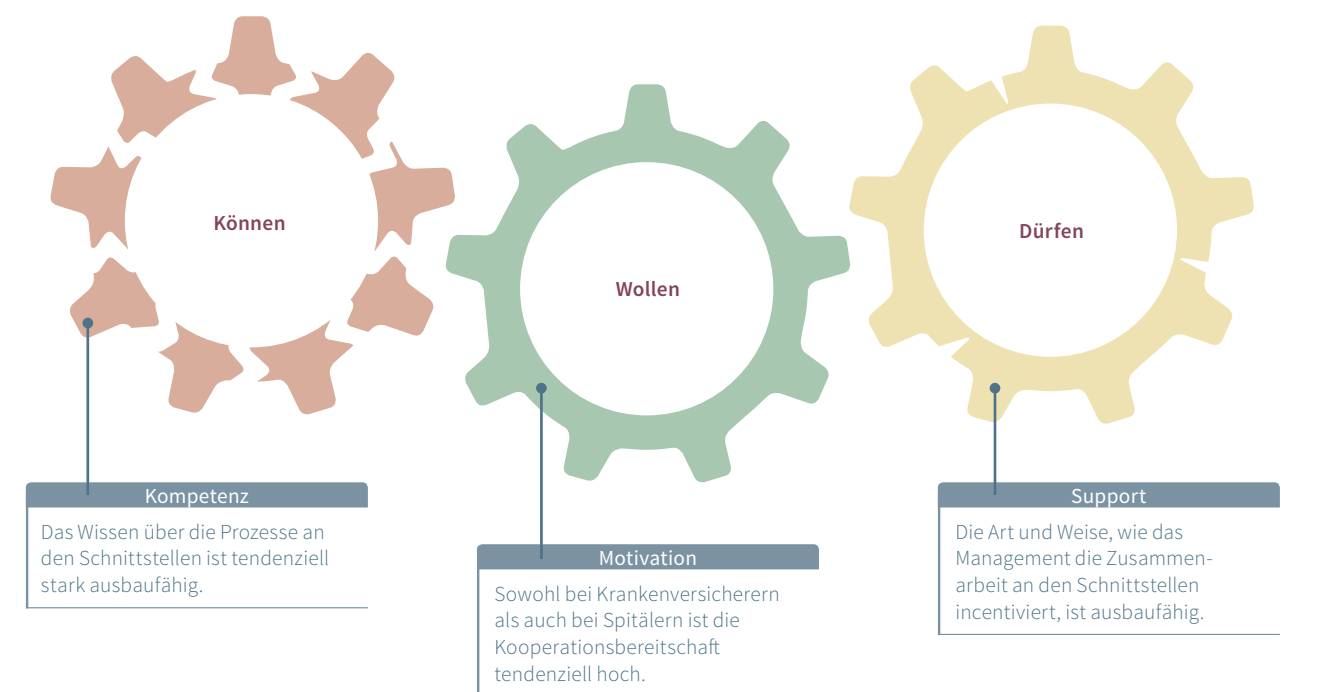
Die Bestandsaufnahme bei Schweizer Spitälern und Krankenversicherern in den Dimensionen «Können», «Wollen» und «Dürfen» zeigt hier ein eindeutiges Bild: Die Organisationen sind in zentralen Bereichen nicht ausreichend auf eine Health-Value-Chain-gerechte Zusammenarbeit vorbereitet, die Grundlagen sind aber gelegt (vergleiche  13). Denn sowohl bei Krankenversicherern als auch bei Spitälern ist die Bereitschaft zum Kooperieren und zum Umsetzen der Health-Value-Chain-Denkweise («Wollen») gut ausgeprägt. Die Unterstützung («Dürfen») durch das Management ist gegeben, jedoch ausbaufähig. Die Kompetenz («Können»), also das Wissen über die Prozesse an den Schnittstellen und das Verständnis für den jeweils anderen Akteur, ist jedoch noch «stark ausbaufähig».



 11: Health-Value-Chain-Bereitschaft in der Dimension «Wollen»



 12: Health-Value-Chain-Bereitschaft in der Dimension «Dürfen»



 13: Health-Value-Chain-Bereitschaft von Spitälern und Krankenversicherern

4.2.3. Wo arbeiten Spitäler und Krankenversicherer bereits zusammen?

In den Expertengesprächen wurden die Vertreter beider Akteure gefragt, in welchen Bereichen in ihrem Unternehmen bereits Schnittstellen zwischen Krankenversicherern und Spitälern bestehen und welcher Art diese Schnittstellen sind. Wie zu erwarten war, arbeiten Spitäler und Krankenversicherer an den in Kapitel 1.3 beschriebenen Schnittstellen bereits auf die eine oder andere Art und Weise zusammen. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit gibt es den notwendigen Informationsaustausch und vereinzelt auch einen regelmässigen Erfahrungsaustausch.

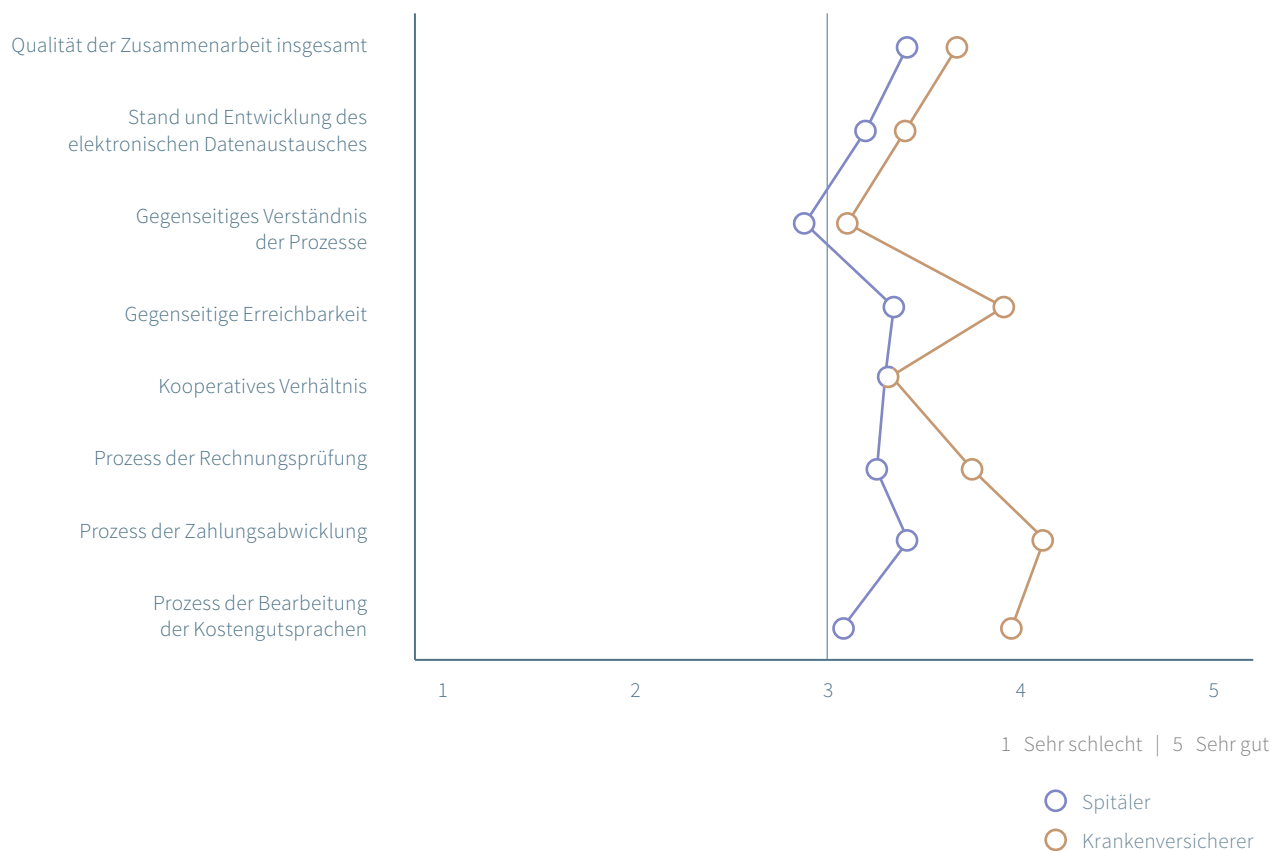
Bei den strategischen Schnittstellen sehen die befragten Experten der Spitäler grosse Unterschiede zwischen den Krankenversicherern bzgl. strategischer Zielsetzungen, Verhalten und Zielen in Preis- und Tarifverhandlungen sowie beim Streben nach dem Aufbau weiterer Kooperationen. Hier gibt es folglich keine Standards und sehr unterschiedliche Anforderungen. Dies sorgt für erheblichen Aufwand bei den Spitälern. Teilweise können Projekte der Krankenversicherer aufgrund der Vielzahl von Vorhaben und der gleichzeitig begrenzten Ressourcen im Spital nicht unterstützt werden.

Zu den operativen Schnittstellen gab es in den Expertengesprächen zahlreiche Konkretisierungen:

Die Schnittstellen im Bereich der Rechnungsprüfung werden demnach bereits sehr gut durch technische Lösungen unterstützt. Rückweisungen und zur manuellen Verarbeitung ausgelenkte Rechnungen verursachen aber noch hohen manuellen Aufwand.

Vereinzelt wurden hier, durch die Verbände initiiert, bereits virtuelle Gremien und virtuelle Sitzungen etabliert. In diesem Rahmen können bspw. ausgelenkte Rechnungen besprochen und so Abklärungen direkt vorgenommen und Missverständnissen vorgebeugt werden. Entscheidungen werden damit zeitnah und ohne zahlreiche Meldungen oder mehrfachen Briefwechsel getroffen.

Die Schnittstellen der Kostensicherung sind dagegen noch mit vielen manuellen Schritten und Interaktionen verbunden. Dies verursacht entsprechend grossen Aufwand sowohl im Spital als auch beim Krankenversicherer. Zudem nehmen die Spitäler hier sehr unterschiedliches Verhalten seitens der Krankenversicherer bzgl. Umfang der Kostenübernahme wahr.



14: Durchschnittliche Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit seitens der Spitäler und Krankenversicherer

Oftmals sind Krankenversicherer heute nicht in der Lage, sämtliche Rechnungen innerhalb der vorgegebenen Zahlungsfrist abschliessend zu prüfen und zu begleichen. In diesen Fällen wird der Krankenversicherer vom Spital gemahnt. Wie die Projekterfahrung des WIG zeigt, geschieht dies in den meisten Fällen immer noch per Brief. So fallen sowohl beim Krankenversicherer als auch beim Spital zahlreiche manuelle Aufgaben im Bereich der Zahlungsabwicklung an.

Legt man als Gradmesser an diese Einschätzungen die in Kapitel 3.3 beschriebenen Stufen der Integration in die Health-Value-Chain an, so verstärkt sich das bereits oben angedeutete heterogene Bild: Der Grad der Integration hängt demnach nicht nur von der jeweiligen Schnittstelle, also von den verfügbaren technischen Lösungen, Konzepten, Standards etc. ab, sondern auch von den beteiligten Akteuren.

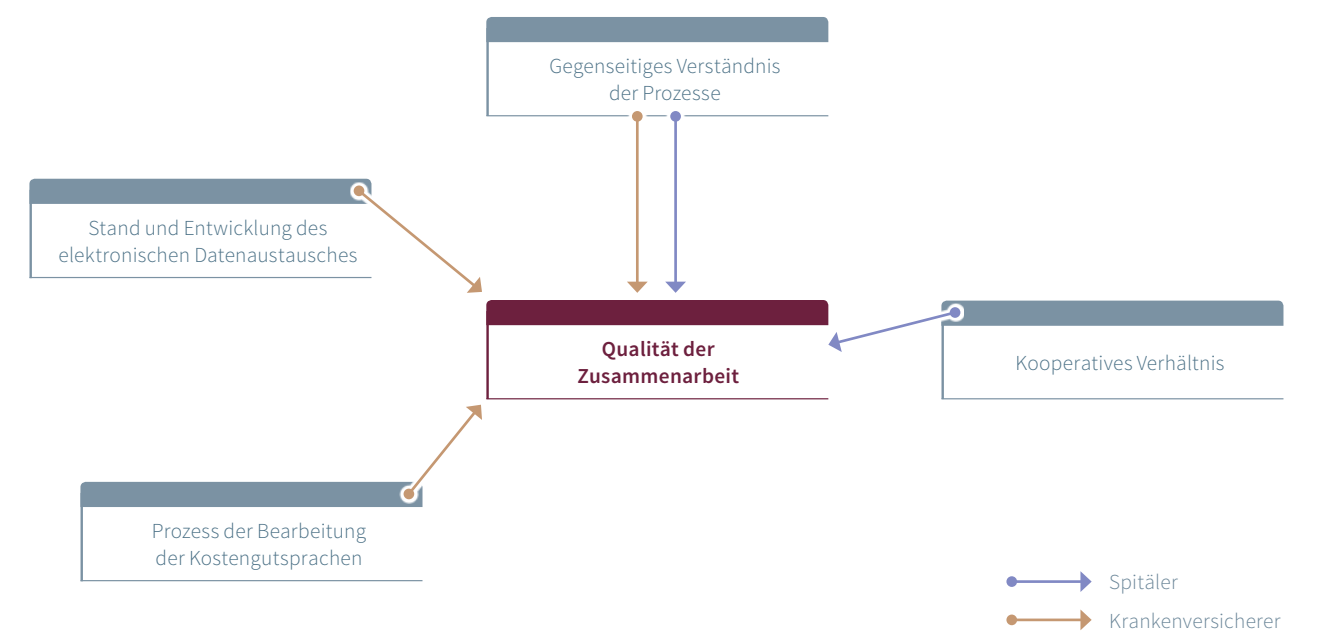
4.2.3. Wie wird die Qualität der Zusammenarbeit beurteilt?

Wie im vorherigen Kapitel dargelegt wurde, arbeiten Krankenversicherer und Spitäler bereits in verschiedenen Bereichen zusammen. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, wie die Qualität dieser Zusammenarbeit von den beiden Akteuren beurteilt wird. Gemessen wurden die allgemeinen Einschätzungen zu «Kooperatives Verhältnis», «Gegenseitiges Verständnis der Prozesse», «Stand und Entwicklung des elektronischen Datenaustausches» und «Zusammenarbeit insgesamt» sowie die Einschätzungen zu den drei zentralen Prozessen «Prozess der Bearbeitung der Kostengutsprachen», «Prozess der Rechnungsprüfung» und «Prozess der Zahlungsabwicklung» (vergleiche 14).

In der standardisierten Befragung beurteilen Spitäler und Krankenversicherer die gegenwärtige Qualität der Zusammenarbeit als vergleichsweise gut (mit einem Mittelwert von 3.69 seitens der Krankenversicherer und 3.39 seitens der Spitäler). Allerdings schätzen auch hier die Krankenversicherer die Situation besser und teilweise sehr viel besser ein als die Spitäler.

Am schlechtesten wird von beiden Akteuren der Aspekt «Gegenseitiges Verständnis der Prozesse» beurteilt. In den spezifischen Bereichen «Prozess der Bearbeitung der Kostengutsprachen», «Prozess der Rechnungsprüfung» und «Prozess der Zahlungsabwicklung» gehen die Meinungen zwischen Krankenversicherern und Spitälern am stärksten auseinander.

Die Umfrage liefert interessante Antworten auf die Frage, welche Aspekte für die Wahrnehmung der Qualität der Zusammenarbeit wichtig sind. So zeigen die Ergebnisse einer Regressionsanalyse ein bemerkenswertes und zugleich eindeutiges Bild (vergleiche 15).



15: Signifikante Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung der Qualität der Zusammenarbeit gemäss Regressionsanalyse

Auf Spitalseite stellen das «Gegenseitige Verständnis der Prozesse» sowie das «Kooperative Verhältnis» die wichtigsten Kriterien für eine gute Zusammenarbeit dar. Auf Versichererseite sind neben «Gegenseitiges Verständnis der Prozesse» auch «Prozess der Bearbeitung der Kostengutsprachen» und «Stand des elektronischen Datenaustausches» entscheidende Qualitätsfaktoren. Beide Akteure beurteilen das gegenseitige Verständnis der Prozesse als zentralen Stellhebel für die Qualität der Zusammenarbeit an den Schnittstellen.

Diese Erkenntnis deckt sich mit den im vorherigen Kapitel vorgestellten Ergebnissen auf Basis des KWD-Modells (vergleiche hierzu die Dimension «Können»).

In den Experteninterviews wurde die Qualität der interorganisationalen Zusammenarbeit insgesamt als sehr heterogen beschrieben, abhängig vom Verhältnis zwischen einzelnen Krankenversicherern und Spitälern. Dies wird im unterschiedlichen Umfang der Kostenübernahme, in den strategischen Zielsetzungen in Tarifverhandlungen sowie im Aufbau von Kooperationen im Rahmen neuer Tarif- und Versorgungsmodelle deutlich. Im operativen Geschäft tragen häufig gute persönliche Kontakte zwischen Mitarbeitenden beider Seiten zu einem guten Verhältnis bei.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Qualität der Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer von den Spitälern allgemein als gut beurteilt wird. Bedenklich ist jedoch, dass die Meinungen zwischen Spitälern und Krankenversicherern insbesondere bzgl. der Qualität der Zusammenarbeit in den Prozessen der Kostengutsprachen, der Rechnungsprüfung und der Zahlungsabwicklung auseinander gehen. Für beide Akteure ist das gegenseitige Verständnis für die Prozesse ein zentraler Einflussfaktor auf die Qualität der Zusammenarbeit.

4.2.4. Was sind die Ursachen für den Status quo in der Zusammenarbeit?

In den Aussagen der Experten und den Antworten auf die offenen Fragen in der Umfrage finden sich zahlreiche Hinweise zu Herausforderungen und gegenseitigen Missverständnissen, welche die Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Versicherern momentan erschweren. Die Ergebnisse verdeutlichen

«Wir sind keine konkurrierenden Partner, da wir nicht im gleichen Marktsegment tätig sind. Aufgrund der Tatsache, dass es um viel Geld geht, sind wir aber auch keine kooperierenden Partner.»

Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

zudem, dass der «Schwarze Peter» häufig auf der jeweilig anderen Seite gesehen wird.

«Krankenversicherer sind Kostenträger und haben damit eine andere Rolle als Spitäler und vertreten andere Interessen.»

Vertreter eines Spitals im Expertengespräch

Von Spitalseite werden folgende Aspekte bemängelt:

- ☉ Mangelndes Verständnis der Abläufe und Anforderungen der Leistungserbringung.
- ☉ Ungenügende, nicht zeitgerechte Bereitstellung von Informationen.
- ☉ Kurzsichtige Klassifikation von Fällen als ambulante bzw. stationäre Fälle.
- ☉ Einführung neuer Versicherungsprodukte, die den Verwaltungsaufwand für Spitäler erhöhen.
- ☉ Gegenseitige Zurückweisung der Leistungspflicht zwischen Krankenversicherern und Unfallversicherern.
- ☉ Fehlende Unterstützung der Spitäler und Patienten bei der Klärung des Versichertenstatus.
- ☉ Unter dem Vorwand der Transparenz werden Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler genutzt, um sich bei Verhandlungen als Krankenversicherer besser zu stellen.

«[Es herrschen] unterschiedliche Meinungen zwischen Krankenversicherern und Spitälern hinsichtlich Patientenbehandlung, da Krankenversicherer oft Wissensvorsprung hat.»

Vertreter eines Spitals im Expertengespräch

Seitens der Krankenversicherer wird bemängelt:

- ☉ Krankenversicherer haben Wissensvorsprung gegenüber den Spitälern. Dennoch werden die Krankenversicherer ungenügend in die Entscheidungen über Behandlungen miteinbezogen.
- ☉ Spitälern geht es wirtschaftlich sehr gut, daher ruhen sie sich auf dem Status quo aus.
- ☉ Impulse für Kooperationen gehen nur von den Krankenversicherern aus.

- ☉ Spitäler scheuen den Wettbewerb und wehren sich daher auch gegen die Veröffentlichung von Qualitätsdaten.

Erwähnenswert ist zudem, dass sowohl Spitäler als auch Krankenversicherer neben den Herausforderungen an ihren Schnittstellen auch eine Diskrepanz in der Wahrnehmung zwischen leitenden und ausführenden Mitarbeitern sehen: Während man in Kaderrunden häufig ein gutes Verhältnis zwischen den Akteuren wahrnimmt, gestaltet sich die Zusammenarbeit auf operativer Ebene häufig deutlich schwieriger.

«Was auf Management-Ebene erzählt wird und was auf operativer Ebene gelebt wird, geht stark auseinander.»

Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

4.3. Potenzial der verstärkten Zusammenarbeit an den Schnittstellen

Die in den vorigen Abschnitten vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass die Krankenversicherer und Spitäler bereits Aspekte des Health-Value-Chain-Gedanken verwirklichen bzw. verwirklichen wollen. Im Folgenden wird nun der Frage nachgegangen, welche Potenziale die beiden Akteure in einer verstärkten Zusammenarbeit an den Schnittstellen sehen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welcher spürbare Nutzen für Krankenversicherer, Spital und den Patienten selbst zu erwarten ist.

4.3.1. Welche Faktoren hemmen oder fördern die Zusammenarbeit in der Health-Value-Chain?

Die engere Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Krankenversicherern in der Health-Value-Chain wird von verschiedenen Faktoren gefördert oder gehemmt. Die folgenden Aspekte nannten Experten als «Health-Value-Chain förderlich»:

- ☉ Die Herausforderungen durch das neue DRG-System machen eine Zusammenarbeit notwendig (bei Base-rate-Verhandlungen, beim Wettbewerb zwischen Spitälern in einem Überversorgungsumfeld).
- ☉ Der Versichertenwettbewerb zwischen den Krankenversicherern forciert neue Kooperationsmodelle mit den Spitälern, die Versicherten einen Mehrwert bieten können.
- ☉ Der signifikante Anstieg komplexer interdisziplinärer Fälle (zum Beispiel Multimorbidität) sowie chronischer Erkrankungen machen neue Finanzierungs- und

Kooperationsformen notwendig, die den gesamten Behandlungsprozess des Patienten berücksichtigen.

- ☉ Klare Zuständigkeiten, eine gute Kommunikation und eine optimierte Prozessorganisation in Spitälern und Versicherern erleichtern die Zusammenarbeit.
- ☉ Neuere IT-Lösungen und IT-Kompatibilität innerhalb der Schnittstelle erleichtern die Möglichkeiten eines automatischen Datenaustausches in Echtzeit und fördern die Transparenz an der Schnittstelle.

Als Health-Value-Chain-hemmende Faktoren wurden folgende Aspekte genannt:

- ☉ Rechtliche Vorschriften beim Datenschutz begrenzen den Datenaustausch an der Schnittstelle und die Nutzung umfassender Informationen über die einzelnen Behandlungsfälle.
- ☉ Die zersplitterte Spitallandschaft sowie die trotz Einkaufskooperationen bestehende Vielfalt an Krankenversicherern führen dazu, dass neue Kooperationslösungen die Komplexität des Schnittstellenmanagements erhöhen statt die Prozesse dort zu entlasten.

Neben den oben beschriebenen Rahmenbedingungen sollten diese Punkte bei der Definition realistischer Ziele beachtet werden.

4.3.2. Welche Verbesserungspotenziale bestehen an den Schnittstellen?

Wie hoch Krankenversicherer und Spitäler das Potenzial ihrer Schnittstelle hinsichtlich einer stärkeren Zusammenarbeit einschätzen, wurde in den Expertengesprächen thematisiert und im Rahmen der Umfrage anhand der Kern-Bereiche Zahlungsabwicklung, Rechnungsprüfung und Kostengutsprachen gemessen.

«Lead bei einer Kasse, wenn OKP und VVG getrennt sind, um das Leben für den Patienten zu erleichtern.»


Vertreter eines Spitals im Expertengespräch

Die Expertengespräche bestätigen, dass auf strategischer Ebene bereits ein Erfahrungsaustausch stattfindet und, dass dort, wo dies geschieht, das gegenseitige Vertrauensverhältnis bereits als sehr gut bezeichnet wird. Gleichzeitig kommt es aber in bilateralen Kooperationen zu Unverständnis oder sogar Misstrauen. Auf operativer Ebene besteht ein hohes Interesse

an einer verstärkten Zusammenarbeit, soweit hierdurch die administrative Arbeit erleichtert werden kann.

«Aufzeigen der gesamten Behandlungskette für den Patienten – begonnen beim Hausarzt [...]»

Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

Die breiter angelegte standardisierte Befragung zeigt im Ergebnis (siehe  16) eine hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit beider Akteure auf operativer Ebene. Die Vertreter der Spitäler schätzen den Mehrwert in der Zusammenarbeit zwischen den beiden Organisationen hinsichtlich der Prozesse Zahlungsabwicklung, Rechnungsprüfung und Kostengutsprachen höher ein als die Vertreter der Krankenversicherer. Am höchsten wurde das Potenzial verstärkter Zusammenarbeit aus Sicht der Spitalexperten im Bereich der Kostengutsprachen eingeschätzt, gefolgt von der Rechnungsprüfung und der Zahlungsabwicklung.

Der deutlich erkennbare Unterschied in der Einschätzung durch Spital und Krankenversicherer ist womöglich dem Abhängigkeitsverhältnis geschuldet, welches zwischen den beiden Akteuren zu bestehen scheint. So wurden die Krankenversicherer von den Vertretern der Spitäler oftmals als «Zähler» oder «Kontrollure» bezeichnet, wohingegen die Spitäler aus Sicht der Vertreter der Krankenversicherer als «Leistungserbringer» oder auch «Lieferanten» betrachtet wurden. Einige Experten haben zudem zum Ausdruck gebracht, dass Spitäler den Krankenversicherern eine teils zu administrative und bürokratische Handlungsorientierung unterstellten. Vertreter der Spitäler wünschten daher eine «Entschlackung der Bürokratie».

Im Bereich der Kostengutsprache sehen einzelne Spitäler viel Potenzial in einheitlichen Regeln, welche für alle Krankenversicherer gelten, bzw. klaren Kriterien für spezielle Versicherungsprodukte. Das Spital wäre so in der Lage, in vielen Fällen den Entscheid bzgl. Kostenübernahme selbst ableiten zu können. Dies würde sowohl im Spital als auch beim Krankenversicherer den Aufwand erheblich reduzieren.

Im Bereich der Rechnungsprüfung wäre einer der befragten Krankenversicherer sogar bereit, die Rechnungsprüfung weitgehend den Spitalern zu überlassen. Mit Hilfe geeigneter Kennzahlen und Zielvorgaben, so die Vorstellung, könne trotzdem noch im Sinne der Krankenversicherer gesteuert werden. Komplizierte Rechnungen würden weiterhin Fachexperten beim Krankenversicherer prüfen.

Spitäler erhoffen sich in Zukunft für jeden Behandlungsfall genau einen Ansprechpartner, auch wenn der Patient bei verschiedenen Krankenversicherungen OKP- und VVG-versichert ist oder gar ein Unfallversicherer involviert ist. Dies würde den administrativen Aufwand für den Patienten/Versicherten und das Spital erheblich reduzieren.

Krankenversicherer sehen in den operativen Schnittstellen grundsätzlich eine Möglichkeit, sich von ihren Wettbewerbern zu differenzieren. Hierzu müssen diese Schnittstellen optimal funktionieren und den Versicherten entlasten bzw. ihm einen Mehrwert stiften.


Die gesamthafte Betrachtung der Ergebnisse aus der standardisierten Befragung sowie den Experteninterviews zeigt, dass das Potenzial insgesamt als hoch angesehen wird, zwischen den Interessen der beiden Akteure jedoch «eine Balance» gefunden werden muss. Teilweise gibt es bereits innovative und mutige Ideen zur Verbesserung der operativen Schnittstellen.

4.3.3. Welche Potenziale werden im elektronischen Datenaustausch gesehen?

Weitere, für die Schnittstellen zwischen Krankenversicherer und Spital relevante Aspekte, stellen die digitalen Entwicklungen im Gesundheitssektor dar. In den Expertengesprächen wurde deutlich, dass diesen digitalen Entwicklungen grosses Potenzial zugesprochen wird. So wünschen sich die Vertreter der Spitäler bspw. eine flächendeckende Einführung der elektronischen Abrechnung.

«Die elektronische Abrechnung sollte überall eingeführt werden.»

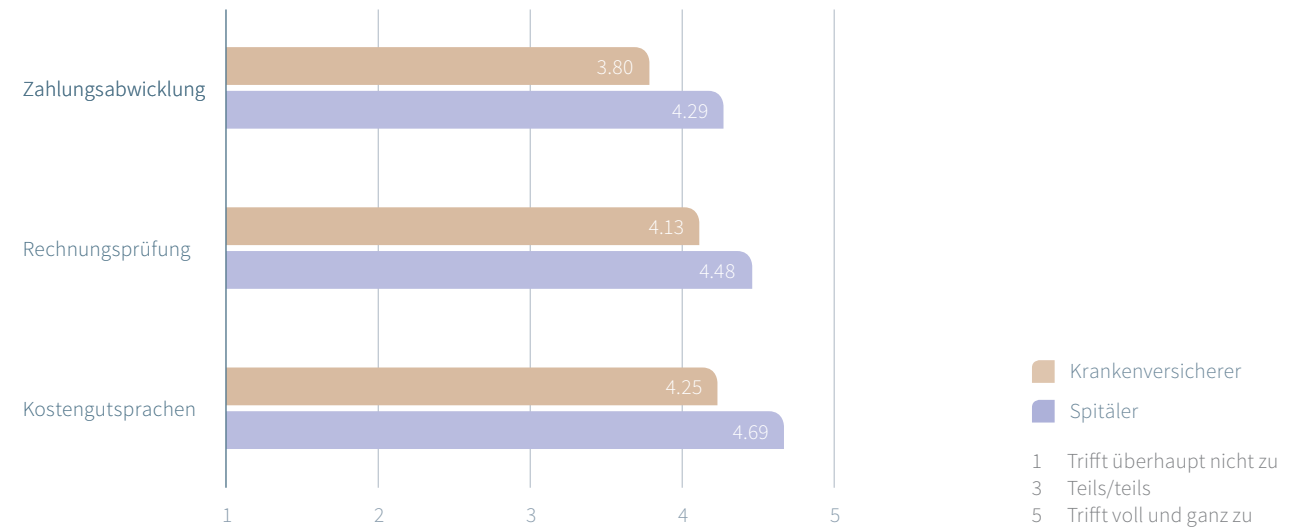
Vertreter eines Spitals im Expertengespräch

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung bestätigen diese Einschätzung. Das Potenzial des elektronischen Datenaustausches zwischen Spitalern und Krankenversicherern wird hier aus Sicht der Vertreter von Krankenversicherern wie auch von Spitalern gleichermaßen hoch beurteilt (vergleiche  17).

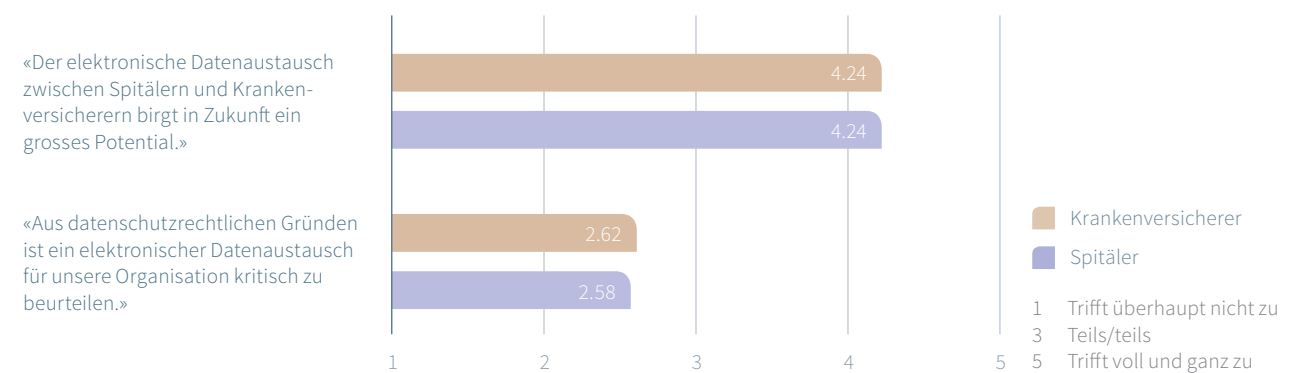
Interessant ist unterdessen, dass die oftmals vermutete Meinung, datenschutzrechtliche Aspekte könnten Hindernis bzgl. des elektronischen Datenaustausches sein, offenbar nicht zutrifft. Sowohl aus Sicht der Spitäler als auch der Krankenversicherer werden im Datenschutz eher keine Hindernisse gesehen.

«Der Datenaustausch muss vollständig elektronisch passieren. Gemeinsame Systeme anstatt Einzelfallabfragen, d.h. Gesamtopitik anstatt Einzeloptik.»

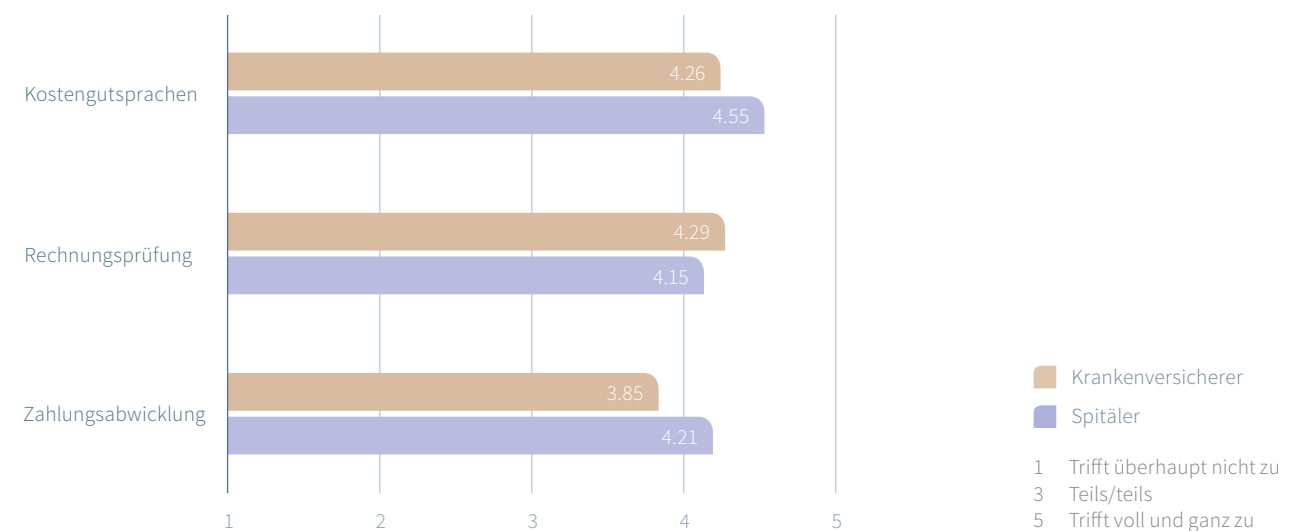
Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch



 16: Potenzial einer verstärkten Zusammenarbeit auf operativer Ebene



 17: Potenzial und Hindernisse verstärkter Zusammenarbeit mittels elektronischem Datenaustausch



 18: Mehrwert der Zusammenarbeit mittels elektronischem Datenaustausch

Auch auf operativer Ebene beurteilen die Akteure den Mehrwert eines elektronischen Austausches insgesamt als hoch, wobei die Spitäler den Mehrwert im Bereich der Kostengutsprache und der Zahlungsabwicklung insgesamt höher beurteilen als die Krankenversicherer (vergleiche  18). Demgegenüber betrachten die Krankenversicherer das Potenzial im Bereich der Rechnungsprüfung grundsätzlich als höher. Hintergrund dieses Ergebnisses ist der gegenwärtig hohe administrative Aufwand der Krankenversicherer im Bereich der Rechnungsprüfung.


«Allerdings haben wir festgestellt, dass die Krankenversicherer mit dem Ausbau der Prozesse und Systeme weiter sind.»

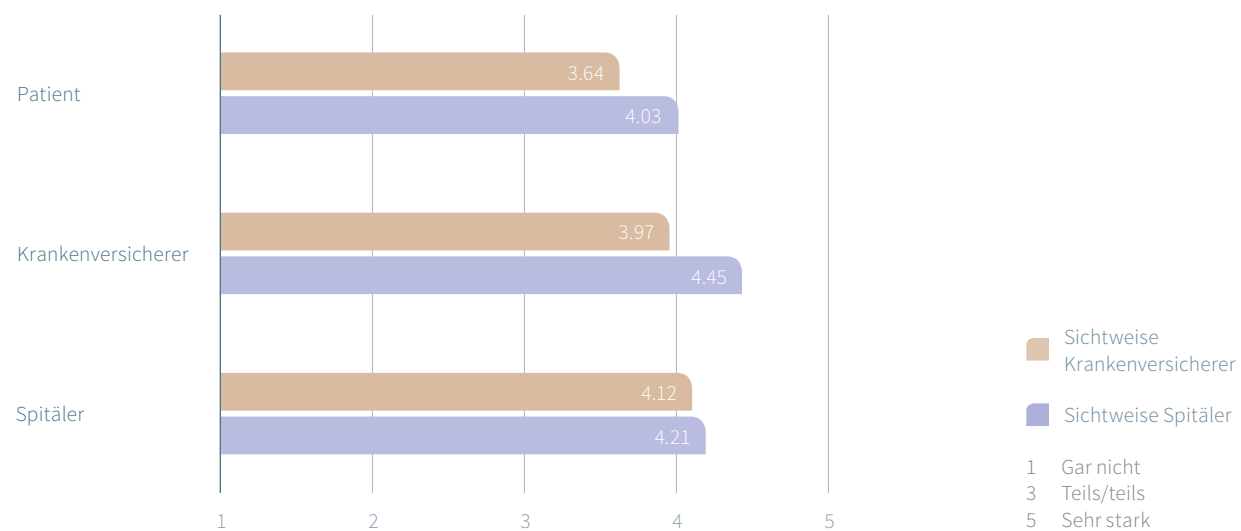
Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

Zusammenfassend kann bzgl. des Potenzials des elektronischen Datenaustausches zwischen Spital und Krankenversicherer festgehalten werden, dass dieses von beiden Seiten als hoch eingeschätzt wird. Insbesondere im Bereich Kostengutsprachen wird ein hoher Mehrwert auf operativer Ebene gesehen. Datenschutzrechtliche Bedenken spielen auf beiden Seiten eher keine Rolle. Vielmehr wurden flächendeckende und ganzheitliche Ansätze bzgl. digitaler Entwicklungen gefordert.


4.3.4. Wie profitieren Krankenversicherer, Spital und Patient von einer verstärkten Zusammenarbeit?

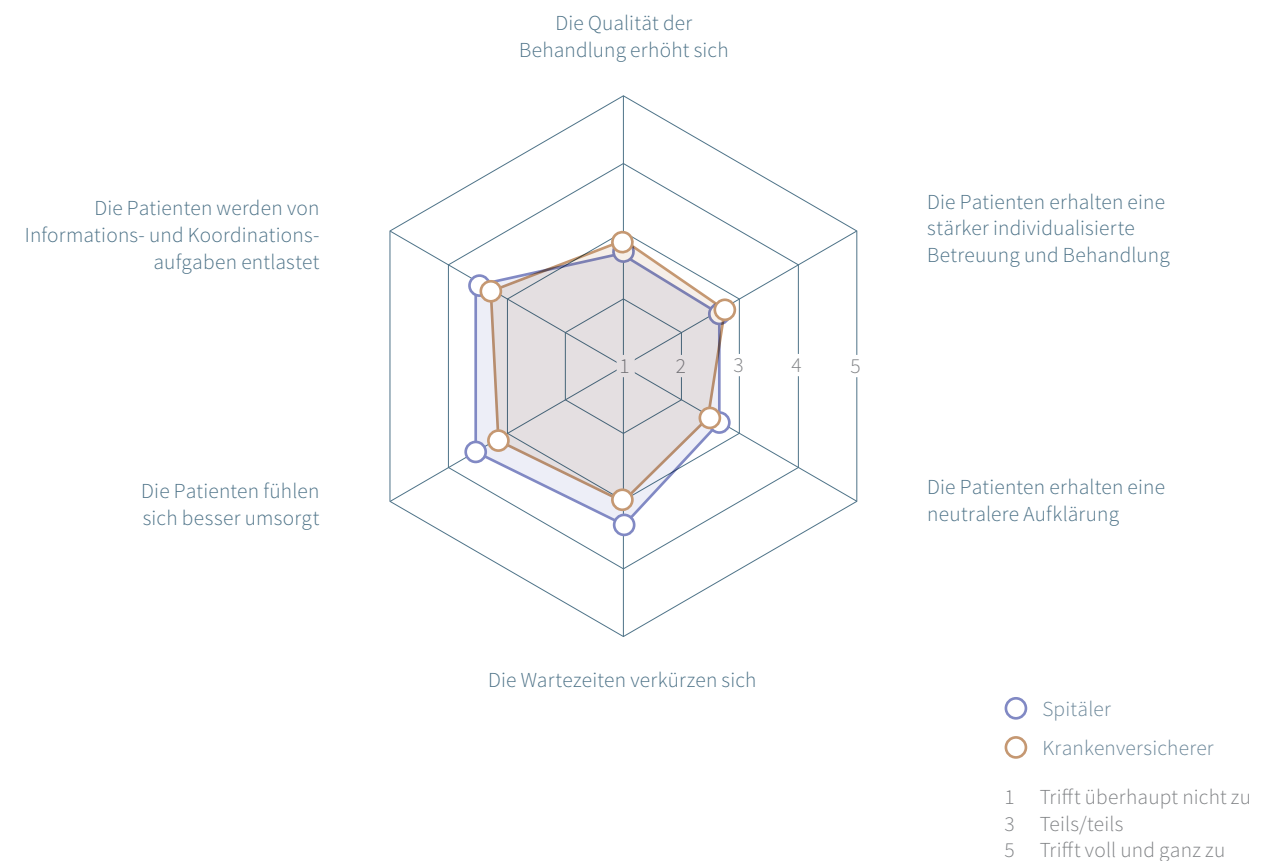
Nachdem die Potenziale an den Schnittstellen und des elektronischen Datenaustausches allgemein beleuchtet wurden, wird nun der Frage nachgegangen, wie stark die drei Akteure – Spitäler, Krankenversicherer und Patienten – von einer verstärkten Zusammenarbeit profitieren würden.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Vertreter der Spitäler hinsichtlich einer Zusammenarbeit insgesamt optimistischer sind als die Vertreter der Krankenversicherer (vergleiche  19). So würde aus der Sichtweise der Spitäler der Patient insgesamt stark (4.03) und aus der Sichtweise der Krankenversicherer mittel bis stark (3.64) von einer verstärkten Zusammenarbeit profitieren. Die Krankenversicherer würden aus Perspektive der Spitäler am stärksten (4.45) von dieser Zusammenarbeit profitieren, noch mehr als sie selbst (4.21). Die Spitäler würden aus Sicht der Krankenversicherer ebenfalls stark (4.12) profitieren. Bemerkenswert ist insgesamt, dass sowohl aus Sicht der Spitäler als auch aus Sicht der Krankenversicherer der Patient am wenigsten profitieren würde und der jeweilig andere Akteur stärker als man selbst.




 19: Wie stark würden Patient, Krankenversicherer und Spital von einer verstärkten Zusammenarbeit profitieren?

Dennoch bleibt festzuhalten, dass beide Akteure den Patienten durchaus als Profiteur sehen. Auf welchen Ebenen der Patient genau von einer verstärkten Zusammenarbeit profitieren könnte, zeigt  20. Insgesamt erwarten Spitäler und Krankenversicherer, dass Patienten von einer Erhöhung der Prozessqualität profitieren könnten: Sie würden sich hauptsächlich «besser umsorgt» fühlen und würden deutlich von «Informations- und Koordinationsaufgaben» entlastet.



 20: Wo und wie würden Patienten von einer verstärkten Zusammenarbeit profitieren?

5. Handlungsempfehlungen und Fazit

Im Folgenden werden, basierend auf den Studienergebnissen, Handlungsempfehlungen für Spitäler und Krankenversicherer gegeben. Die Elemente einer Brücke sollen helfen, diese Empfehlungen zu strukturieren (siehe  21).

Die von den Spitälern und Krankenversicherern zu bewältigenden Aufgaben lassen sich den folgenden aufeinander aufbauenden Bereichen zuordnen, welche in den Abschnitten dieses Kapitels im Detail beleuchtet werden:

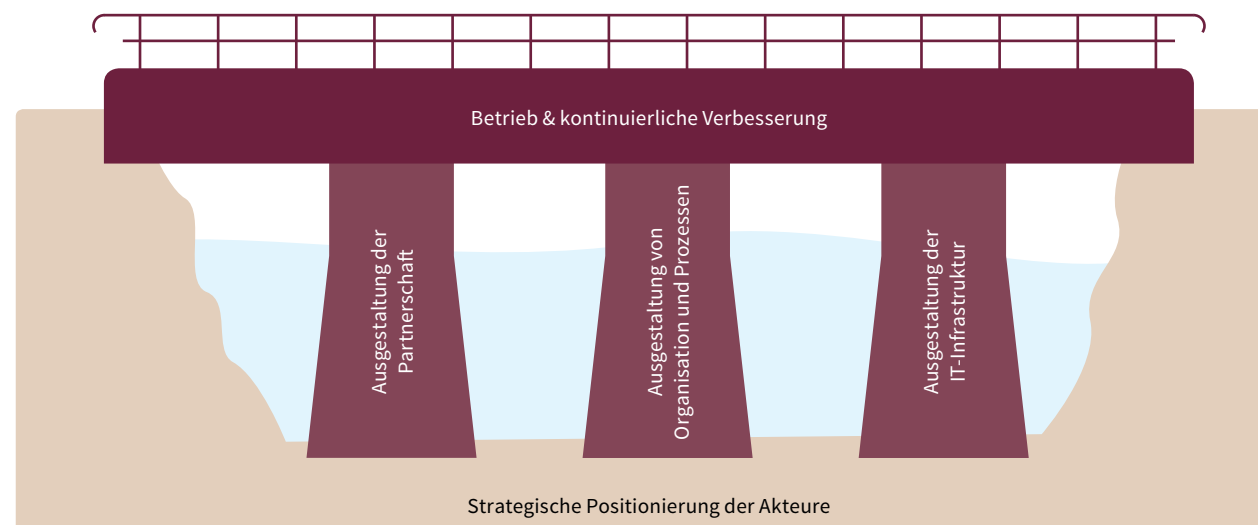
1. Strategische Positionierung der Akteure
2. Ausgestaltung der Partnerschaft
3. Ausgestaltung von Organisation und Prozessen
4. Ausgestaltung der IT-Infrastruktur
5. Betrieb und kontinuierliche Verbesserung

5.1. Strategische Positionierung der Akteure

Wie die Studie aufzeigen konnte, ist die Bereitschaft zur Zusammenarbeit in der Health-Value-Chain bei Spitälern und Krankenversicherern grundsätzlich stark ausgeprägt. Bevor

aber die Aufgabenverteilung zwischen den Partnern stattfinden kann, muss in einem ersten Schritt jeder Akteur im Rahmen einer strategischen Positionierung seine angestrebte Rolle in der Health-Value-Chain definieren.

Entsprechend des Health-Value-Chain-Gedankens müssen hierbei zwei Aspekte berücksichtigt werden: Die Schaffung möglichst nahtloser Übergänge zwischen den Akteuren und das Ausrichten aller Prozesse auf die Bedürfnisse des Versicherten/Patienten bzw. Kunden. Ersteres wird von Spitälern und Krankenversicherern bereits angestrebt. Bzgl. des Ausrichtens der Prozesse am Versicherten/Patienten konnte in dieser Studie jedoch aufgezeigt werden, dass sowohl Spitäler als auch Krankenversicherer den Patienten/Versicherten als diejenigen betrachten, der am wenigsten von den Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer profitiert. Hier muss ein Umdenken stattfinden. Denn nur wenn der Patient/Versicherte einen Nutzen aus diesen Schnittstellen ziehen kann, wird er auch bereit sein, einen Preis für entsprechende Dienstleistungen zu bezahlen oder sich selbst zu engagieren. Letztlich könnte die Frage des Nutzens für den Patienten auch bei der Wahl des Versicherers/Leistungserbringers eine Rolle



 21: Struktur der Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer

spielen und der Patient/Versicherte den aus seiner Sicht besser positionierten Leistungserbringer/Versicherer einem anderen vorziehen.

Ein Krankenversicherer kann in der Health-Value-Chain vom fiskalischen Intermediär bis zum Manager der Integrierten Versorgung unterschiedliche Rollen einnehmen. Einige Krankenversicherer präsentieren sich heute schon als «Gesundheitspartner» und versuchen als solcher zentraler Ansprechpartner und Manager für alle Anliegen der Versicherten zu sein. Mit dem Wissensvorsprung, welchen Krankenversicherer haben, wird von ihnen zum Teil das Wahrnehmen einer solchen Rolle erwartet.

«Die Frage ist: Wer hat zukünftig den Lead? Derzeitig haben Krankenversicherer das Gefühl, sie hätten den Lead und zu bestimmen. Den Kontakt zu den Kranken haben die Leistungserbringer.»

Vertreter eines Spitals im Expertengespräch

Spitäler haben ebenfalls Handlungsspielräume: Sie können sich als spezialisierte Klinik oder Spital mit umfangreichem Leistungsangebot positionieren. Zudem können auch sie weitere nicht-klinische Dienstleistungen anbieten, wie zum Beispiel das Anbieten und den Betrieb von IT-Infrastrukturen, welche für E-Health-Communities notwendigen sind. Und natürlich steht es auch Spitälern frei, Angebote in Form der Integrierten Versorgung zu managen.

Neben dem Aspekt der Einflussmöglichkeiten und des Produkt- bzw. Dienstleistungsangebotes spielt bei der strategischen Positionierung auch die geographische Dimension eine

Rolle. Ausserdem müssen hier Aspekte wie die Möglichkeiten zur Differenzierung, die Verhandlungsstrategien gegenüber Spitälern/Krankenversicherern aber auch Kantonen, Lieferanten etc. berücksichtigt werden. Auch der angestrebten Positionierung auf dem Arbeitsmarkt und der Strategie zum Umgang mit dem Markteintritt neuer Akteure und neuer Geschäftsmodelle muss Beachtung geschenkt werden.

«Heutzutage ist es so, dass dem Patienten bei medizinischen Belangen der Arzt glaubwürdiger erscheint als der Krankenversicherer. Für uns wäre es ein Erfolg, wenn man dahingehend zusammenarbeiten könnte.»

Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

Basierend auf der eigenen Rollendefinition müssen die notwendigen Anpassungen an den Schnittstellen identifiziert werden. Hierbei helfen die folgenden drei Fragen:

1. Welche Schnittstellen müssen angepasst werden?

Basierend auf der angestrebten Rolle in der Health-Value-Chain muss identifiziert werden, an welchen Schnittstellen Anpassungsbedarf besteht und wo ggf. neue Schnittstellen/Partnerschaften aufzubauen sind.

2. Welche Dringlichkeiten und Wichtigkeiten bestehen?

Vor allem müssen bei der Festlegung der Reihenfolge der Schnittstellenanpassungen die Dringlichkeiten (bspw. aufgrund einer Gesetzesänderung) und Wichtigkeiten (bspw. grösstes Optimierungspotenzial) berücksichtigt werden. Eine wichtige Rolle spielen aber auch die Voraussetzungen (bestehende Standards, Fachkonzepte, technische Lösungen aber

Exkurs: Digitalisierung

Wie kaum ein anderes Thema zuvor erweckt der Trend der Digitalisierung das Interesse der Entscheider auf Spital- und Versichererseite. Fundamentale Umwälzungen in der Leistungserbringung (Stichworte Patient 2.0 und Precision Medicine) werden erwartet und können bereits beobachtet werden. Um veränderten Kommunikations- und Kollaborationsbedürfnisse von Kunden und Patienten zu entsprechen, investieren Spitäler wie auch Versicherer in Self-Service-Funktionalitäten in Portalen und ihre Präsenz auf Social-Media Plattformen. In mehreren Synpulse-

Marktstudien (unter anderem in «The Magazine – 1 | 2015», «clinicum 4/15» und «clinicum 5/2015») zur Situation der Schweiz kann beobachtet werden, dass die Investition noch primär auf die eigene Organisation und nicht die Schnittstelle zwischen Spital und Versicherer ausgerichtet sind. In der mittleren Frist kann erwartet werden, dass an dieser Schnittstelle gänzlich neue digitale Geschäftsmodelle von Dritten mit einem herausragenden Endkundennutzen etabliert werden können (Beispiel: Spitalvergleich).

auch die organisationale Bereitschaft im Sinne des KWD-Modells) an den Schnittstellen.

3. Welche Anpassungen sind notwendig?

Pro Schnittstelle muss der Anpassungsbedarf identifiziert und die Ausrichtung von Partnerschaft, Organisation und Prozessen sowie der IT-Infrastruktur auf die Zielsetzung vorgenommen werden.

5.2. Ausgestaltung der Partnerschaft

An den Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer treffen zwei Akteure mit sehr unterschiedlichen Interessen, Zielsetzungen und Herausforderungen aufeinander. Im Sinne des Health-Value-Chain-Gedankens müssen diese Hemmnisse überwunden und der gemeinsame Weg über die Stufen der Integration in die Health-Value-Chain eingeschlagen werden. Wie in der vorliegenden Studie aufgezeigt werden konnte, sprechen beide Akteure den Schnittstellen zwischen sich grundsätzlich eine grosse Bedeutung zu. Beide sehen in diesen Schnittstellen zudem noch viel Potenzial. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Partnerschaft sind folglich gegeben. Beiden Akteuren fehlt es jedoch oftmals am notwendigen «Können», um die Schnittstellen optimal zu betreiben und weiterzuentwickeln.

«Ich spreche immer von einer Partnerschaft, vor allem einer, die sich im Verlauf der Jahre deutlich verbessert hat. Vorher war es mehr eine Verhandlung zwischen Krankenversicherer und Lieferant.»

Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

Für die Verbesserung der Dimension «Können» muss pro bestehender oder neu einzurichtender Schnittstelle Transparenz bzgl. der Ziele, Prozesse, Herausforderungen und Ansprechpartner/Verantwortlicher des jeweils anderen Akteurs geschaffen werden. Um diese Dinge vermitteln zu können, müssen sie zunächst definiert und dokumentiert werden.

«Es kommen selten Verbesserungsvorschläge von Spitälern.»

Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

Eine klare, gemeinsame Zielsetzung für die Partnerschaft ist für die Schaffung des notwendigen Vertrauens essentiell. Im Rahmen dieser Studie wurden bereits mögliche Ziele der Partnerschaft zwischen einem Spital und einem Krankenversicherer genannt. Dies sind unter anderem:

- 🕒 Steigerung des Einflusses auf Preise und Tarife
- 🕒 Management von Leistungen und Qualität
- 🕒 Sicherstellung der nahtlosen Versorgungskette für Versicherte/Patienten
- 🕒 Entwicklung und Anbieten innovativer Versicherungsprodukte zu Differenzierung
- 🕒 Entwicklung und Anbieten innovativer Dienstleistungen zu Differenzierung
- 🕒 Pünktliche Bereitstellung von Informationen
- 🕒 Optimierung der Informations- und Datenflüsse

«Was fördert einen raschen Dialog?:
- Zuständigkeiten müssen klar sein!
- Beziehungsmanager für den strategischen Austausch [..].»

Vertreter eines Spitals im Expertengespräch

Die gemeinsame Zielsetzung muss in jedem Fall konkret formuliert und schriftlich festgehalten werden, um Widersprüche und Missverständnisse, auch zwischen leitenden und ausführenden Mitarbeitern desselben Akteurs, zu vermeiden. Aktivitäten und Investitionen müssen mit dem Unterzeichnen einer gemeinsamen Willenserklärung («Letter of Intent») besiegelt werden. Bestandteil dieser Zielsetzung muss auch eine Kosten-Nutzen-Prognose und die entsprechende Aufteilung zwischen den Partnern sein.

«Much of the current health care system's irrationality persists because the parties do not trust each other enough to risk change.»

Porter & Teisberg (2006)

Die Definition von Prozessen kann sehr schnell zu einer ressourcen- und zeitintensiven Aufgabe werden. Beim initialen Definieren der Prozesse müssen deshalb Schwerpunkte, zum Beispiel auf die Schnittstellen und identifizierte Verständnislücken, gesetzt werden. Zudem sollte auf bewährte Frameworks und Branchenstandards zurückgegriffen werden.

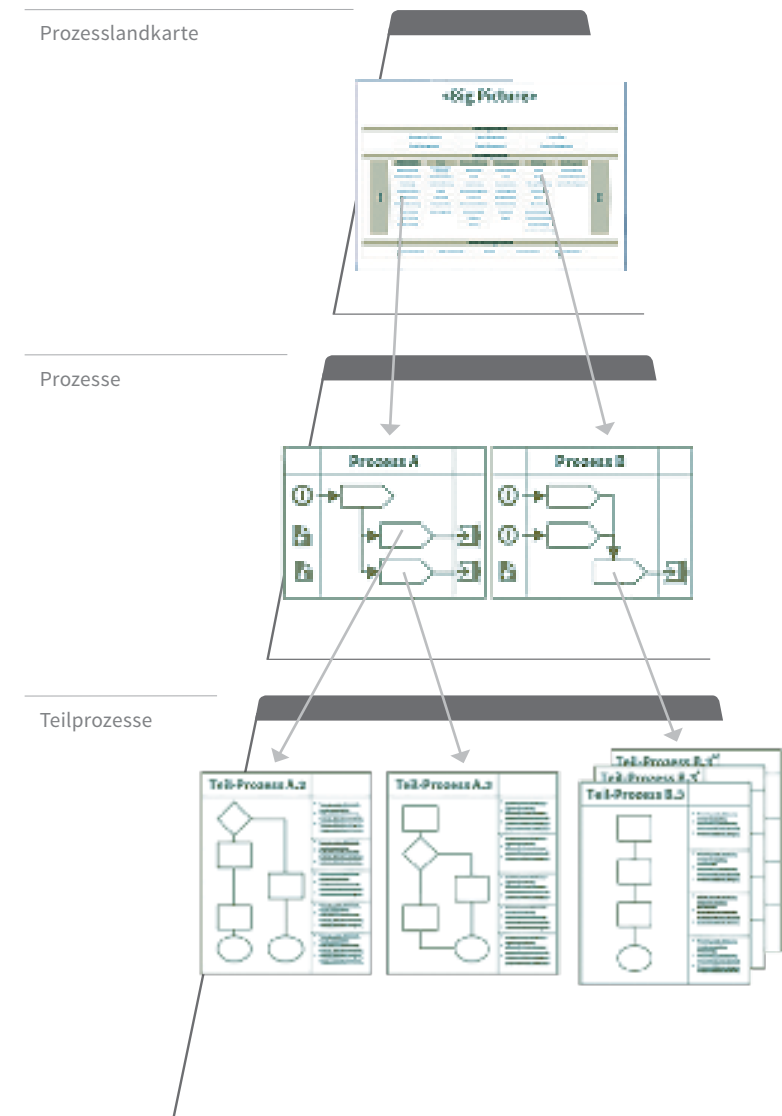
Sind Ziele, Prozesse, Herausforderungen und Ansprechpartner/Verantwortliche definiert, so muss dieses Wissen vermittelt werden. Idealerweise wird es gleich gemeinsam erarbeitet und regelmässig aktualisiert.

Exkurs:
Prozessmodell INSURANCEINABOX®

Synpulse hat für Krankenversicherer und Leistungserbringer Prozessmodelle entwickelt, welche eine hervorragende Ausgangsbasis für das Definieren und Dokumentieren unternehmensspezifischer Prozesse darstellen.

Für die täglichen Abläufe werden aus den Prozessmodell Kennzahlen und Zielgrössen abgeleitet und auf Basis der Messergebnisse Optimierungspotenzial identifiziert.

In Projekten jeder Art stellen die Prozessmodelle einen fachlichen Rahmen dar. Neben den Strukturen und Inhalten ist auch das Vorgehen zum Vervollständigen und Anpassen mehrfach erprobt.



Prozesslandkarte – LEVEL 1

Gibt Antworten auf die Fragen:

- 🕒 Welche Führungs-, Geschäfts- und Unterstützungsprozesse gibt es?
- 🕒 Wie sind alle Aktivitäten im Unternehmen auf abstrakter Ebene gruppiert?
- 🕒 Optional: Wie sind die Verantwortlichkeitsbereiche auf diesem hohen Level definiert?

Prozesse und deren Teilprozesse – LEVEL 2

Gibt Antworten auf die Fragen:

- 🕒 Welche Teilprozesse hat der Prozess?
- 🕒 Was sind Auslöser, Input und Output der Prozesse?
- 🕒 Wie sind die Prozesse voneinander abhängig (Vorgänger und Nachfolger)?

Teilprozesse und deren Schritte – LEVEL 3

Gibt Antworten auf die Fragen:

- 🕒 Welche Schritte laufen in den einzelnen Teilprozessen ab?
- 🕒 Welche Arbeitsanweisungen und Hilfsmittel gibt es für den jeweiligen Schritt?
- 🕒 Welche Applikation(en) sind wie involviert?
- 🕒 Welche Person (oder Organisationseinheit) führt den Schritt aus/ist verantwortlich?
- 🕒 Welche Kennzahlen und Zielgrössen sind für den jeweiligen Schritt definiert?
- 🕒 Eventuell: Gibt es unterschiedliche Abläufe zwischen Bereichen und/oder Standorten?

5.3. Ausgestaltung von Organisation und Prozessen

Neben dem Schaffen von Transparenz und Vertrauen zwischen den Partnern an den Schnittstellen ist die Ausgestaltung der Organisation und der Prozesse ein zweiter wichtiger Pfeiler. In diesem Zusammenhang müssen die KWD-Dimensionen «Wollen» und «Dürfen» und die Prozesse an der Schnittstelle auf die Zielsetzung der Schnittstelle ausgerichtet werden.

Wie die Ergebnisse der Studie eindrücklich zeigen, sind die Mitarbeiter allgemein bereits gut motiviert («Wollen»), um die bestehenden Schnittstellen zu den anderen Akteuren der Health-Value-Chain zu betreiben und zu verbessern. Teilweise werden sie hierzu vom Management auch schon gut incentiviert («Dürfen»). Hier besteht jedoch noch Verbesserungspotenzial. Und mit jeder neuen oder angepassten Schnittstelle müssen auch die Anreizsysteme entsprechend angepasst werden. Sie müssen eine effiziente und auf den Patientennutzen ausgerichtete Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Health-Value-Chain fördern.

Die Abläufe an den operativen Schnittstellen sollten hinsichtlich unnötig manueller, überflüssiger, redundanter und ineffizienter Prozessschritte überprüft werden. Bisher bei beiden Partnern durchgeführte Schritte sind in einer solchen Partnerschaft redundant und können somit an einer Stelle eliminiert werden. Ineffiziente Prozessschritte können gemeinsam optimiert werden. Als Beispiele wurden in den Interviews die Kostengutsprache als «teilweise überflüssig», die Rechnungsprüfung als «redundant» und der Datenaustausch allgemein als «oftmals ineffizient» bezeichnet.

Die dritte Transformationsebene behandelt den durch die erste und zweite Transformationsebene bedingten administrativen Aufwand an den operativen Schnittstellen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Die Dokumentation und Prüfung von Einweisungen, Behandlungsalternativen und Abrechnungen führen sowohl auf Seiten der Krankenversicherer als auch auf Seiten der Leistungserbringer zu einem hohen Verwaltungsaufwand im klassischen Modell der Schnittstellen. Erschwerend kommt eine mangelnde Transparenz in diesen Verwaltungsabläufen hinzu, was die Verfahren weiter verkompliziert. Über elektronische Datenerfassungs- und Verarbeitungssysteme könnten effektivere und effizientere administrative Prozesse realisiert werden. Dabei sollten alle Prozesse auf die Steuerung und Abrechnung der gesamten Krankheitsperiode ausgerichtet werden.

Auf Basis dieser Transformationsschritte ist es den Krankenversicherern möglich, die reaktive Rolle als «Verhinderer» abzulegen und eine neue Rolle als «Case-Manager» einzunehmen. Die Hauptaufgabe im Case Management besteht darin, die Leistungen der verschiedenen Akteure vertikal und horizontal entlang der Health-Value-Chain zu koordinieren, für einen lückenlosen, zeitnahen Informationsaustausch zu sorgen sowie die Kontinuität (Maintenance) der Behandlung zu garantieren.

Durch die Health-Value-Chain-bezogenen Verbesserungen in der Koordination und im Informationsaustausch während der gesamten Krankheitsperiode ergeben sich Effektivitäts- und Effizienzgewinne sowie Steigerungen in der Profitabilität der an der Wertschöpfung beteiligten Organisationen (Pitta & Laric, 2004; Urban & Streak, 2013; Zepeda, 2012).

Krankenversicherer können nach dem Health-Value-Chain-Konzept als fallübergreifende Agenten des Patienten eine zentrale Rolle bei Versorgungsfragen der Versicherten einnehmen. In der Rolle dieser Agenten entscheiden sie über die Finanzierung einzelner Leistungen, erhalten versichertenbezogene Daten über Leistungen betroffener Leistungserbringer hinweg und qualifizieren sich damit für eine Rolle als Case-Manager ihrer Versicherten (Porter & Teisberg, 2006). Diese Rolle der Krankenversicherer in der Health-Value-Chain geht weit über ihre klassische Rolle als Organisation für die Kostenbewilligung, Rechnungskontrolle und Kostenübernahme von Behandlungen hinaus. Als zentrale Gesundheitsorganisation kann ihre Aufgabe darin bestehen, Patienten und Ärzten Services in Form von Informationen, Unterstützung und Koordination zu bieten (Urban & Streak, 2013).

Exkurs:

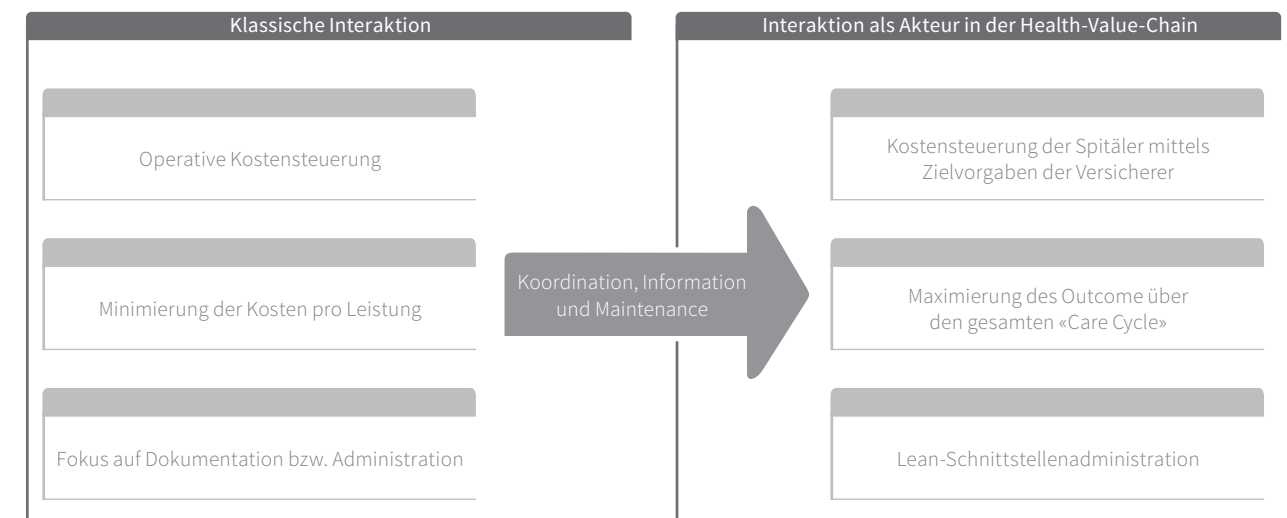
Transformationsebenen der Spitäler und Krankenversicherer nach Porter & Teisberg

Nach Porter & Teisberg (2006) sind folgende (siehe Abbildung) Transformationen notwendig, um die operativen Schnittstellen zwischen Krankenversicherern und Spitälern im Sinne der Health-Value-Chain zu gestalten.

Die erste Transformationsebene betrifft die operative Kostensteuerung. Betroffen sind hier die Schnittstellen der Kostensteuerung (siehe Kapitel 1.3.2). Um die Kosten von Leistungsfällen gering zu halten, behalten sich Krankenversicherer vor, einzelne Leistungen während der Behandlung unter einen Genehmigungsvorbehalt (Kostengutsprache) zu stellen und Vorgaben zu Behandlungsleitlinien zu machen. Diese operative Kostensteuerung mittels einer intensiven Kontrolle der Leistungserbringer beim «Wie» ihrer Leistungserstellung senkt den Spielraum der Leistungserbringer für eine flexible, variantenreiche und individuelle Behandlung der Fälle. Porter & Teisberg (2006) schlagen

vor, dass Krankenversicherer ihre Kosten nicht mehr mit einzelnen Genehmigungsvorbehalten steuern sollen. Stattdessen sollte die Kostensteuerung dadurch erfolgen, dass die Krankenversicherer den Leistungserbringern globale Ziele vorgeben, deren Erreichung sie überwachen und Überschreitungen sanktionieren.

Die zweite Transformationsebene betrifft die Abgrenzung der organisationalen Einheiten bei der Kostensteuerung. Diese Transformationsebene betrifft die Schnittstellen der Rechnungsprüfung (siehe Kapitel 1.3.2). Die Steuerung auf der Ebene einzelner Leistungserbringer vernachlässigt die Interdependenzen zwischen den Akteuren bei einer Behandlung über den gesamten Care Cycle hinweg. Nach Porter & Teisberg (2006) sollten Krankenversicherer daher die Kosten über die gesamte Krankheitsperiode hinweg und nicht auf die separaten Kosten der einzelnen Leistungserbringer minimieren.



5.4. Ausgestaltung der IT-Infrastruktur

Vertreter der Spitäler und der Krankenversicherer sind sich darin einig, dass im elektronischen Datenaustausch und damit auch der entsprechenden Ausgestaltung der IT-Infrastruktur noch viel Potenzial steckt. Wie zudem aus den Expertengesprächen hervorgegangen ist, wird die Herausforderung der Umsetzung technischer Schnittstellen für Spitäler grösser sein als für Krankenversicherer. Die IT-Landschaft von Krankenversicherern ist homogener als jene von Spitälern. Die Anzahl involvierter Applikation ist bei den Spitälern entsprechend höher als bei den Krankenversicherern. So gilt es auch hier etappenweise vorzugehen oder konsolidierende Vorarbeiten zu leisten.

Die Notwendigkeit der Anpassung der IT-Infrastruktur hängt grundsätzlich stark von der Art der jeweiligen Schnittstelle zwischen Krankenversicherer und Spital ab. Naheliegender Weise werden strategische Schnittstellen eher durch Gremien und Sitzungen abgedeckt, für die operativen Schnittstellen braucht es dagegen in der Regel technische Lösungen. Die Beispiele der Kostengutsprache und der Rechnungsprüfung zeigen aber, dass auch bei technischen Lösungen die Art der Schnittstelle sehr unterschiedlich ausfallen kann: Von der Übermittlung der Entscheidungshilfen an das Spital bis zu den Einzelfallanfragen vom Spital an den Krankenversicherer. Zudem sollte beachtet werden, dass es nicht an jeder operativen Schnittstelle sofort vollautomatisierte Prozesse und den elektronischen Datenaustausch braucht, auch wenn dem in

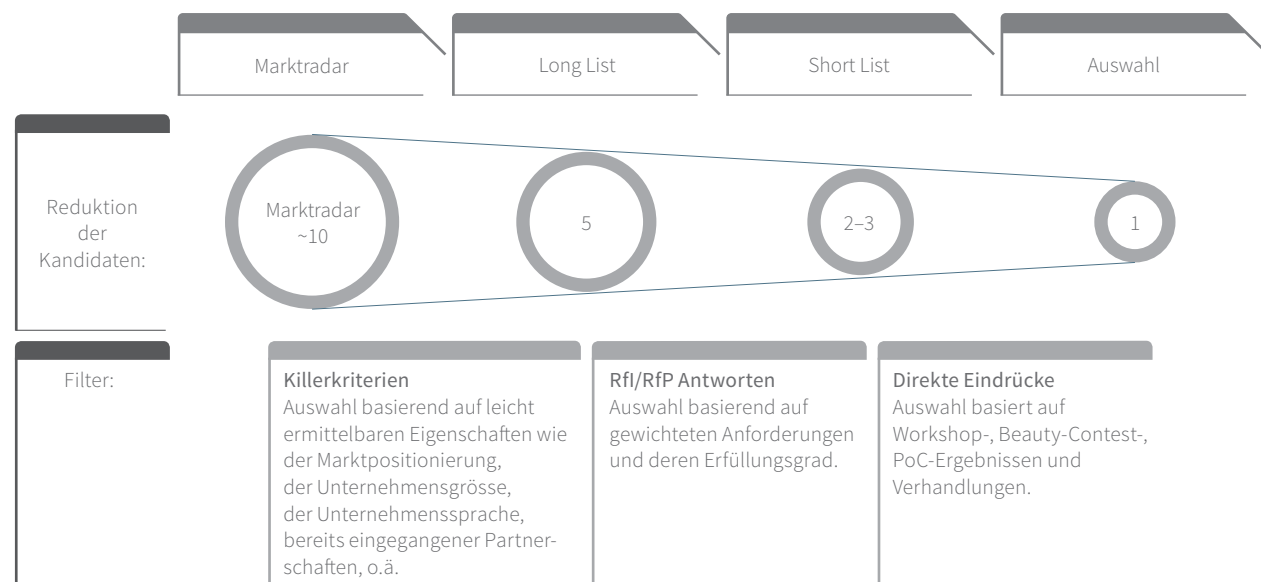
Exkurs:

Evaluationsvorgehen für den Fall eines «Buy»-Entscheids

Das Erreichen der angestrebten, strategischen Positionierung in der Health-Value-Chain bedingt in der Regel diverse Evaluationsentscheide: Partner in der Health-Value-Chain, Anwendungssoftware, Umsetzungspartner, Expertenunterstützung, etc.

technische Themen an der betroffenen Schnittstellen beziehen. Vielmehr müssen auch Aspekte des Marktes, der Unternehmensform und -grösse, der Organisation und der Unternehmenskultur in der Evaluation berücksichtigt werden. Evaluationsvorhaben sollten rechtzeitig angegangen, Entscheide dürfen dann aber nicht überstürzt werden.

Evaluation sollte in jedem Fall objektiv und umfassend erfolgen. Kriterien für die Auswahl dürfen sich nicht nur auf fachliche und



Evaluationsvorgehen von Synpulse

der Umfrage sehr viel Potenzial zugesprochen wurde. Im Sinne von «Evolution statt Revolution» sollten neue Schnittstellen viel eher mit Pilotphasen starten und dann sukzessive ausgebaut werden.

«Eine Revolution sehen wir nicht. Wir sehen [die Entwicklungen an den Schnittstellen] eher im Bereich von Evolution.»

Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

Im Rahmen der Anpassung von technischen Lösungen ist noch ein weiterer, wichtiger Entscheid zu treffen: «Make or Buy?» Falls eigene Lösungen notwendig sind, so sollten diese skalierbar sein, der Einsatz zum Beispiel auch bei anderen Spitälern und Krankenversicherern möglich sein. Ausnahmen stellen hier selbstverständlich Ideen zur Differenzierung dar.

«IT ist kein Thema. Diese Dinge sind alle gelöst.»

Vertreter eines Krankenversicherers im Expertengespräch

Um innovative Lösungen zu finden, können im Rahmen der Anpassung der IT-Infrastruktur auch kreative und gleichzeitig medienwirksame Wege eingeschlagen werden (siehe Exkurs zu «Hackathons»).

5.5. Betrieb und kontinuierliche Verbesserung

Die Aufnahme des Betriebs einer Schnittstelle sollte aktiv kommuniziert oder sogar die Aufmerksamkeit der Medien dar-

auf gelenkt werden. Denn die Mitarbeiter, Patienten/Versicherten und andere Stakeholder erwarten, dass sich am Status quo etwas ändert. Sie werden nutzen- oder mehrwertstiftende Anpassungen an den Schnittstellen zwischen Spital und Krankenversicherer in Form von Bewerbungen oder bei der Wahl eines Spitals oder Versicherers goutieren.

Für den Betrieb einer Schnittstelle zwischen Spital und Krankenversicherer ist unbedingt ein Betriebskonzept notwendig, welches vor allem Verantwortlichkeiten und Ansprechpartner sowie Not- und Ausfallszenarien definiert. Bei strategischen Schnittstellen sollten solche Not- und Ausfallszenarien in Form von Stellvertreter- und Eskalationsregeln definiert sein. Für die operativen Schnittstellen müssen sie unter anderem für dringende Einzelfälle (bspw. Kostengutsprache bei mehrtägigem Systemunterbruch) und für umfangreiche Datenverarbeitungen (bspw. Zurückweisung aller Rechnungen einer Datenlieferung aufgrund eines technischen Defekts) definiert und erprobt sein. Zudem kann ein Service-Level-Agreement zwischen den Partnern helfen, Prioritäten sowie Bonus- und Malus-Regeln zu definieren.

Aufgrund der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen muss die angestrebte strategische Positionierung in der Health-Value-Chain regelmässig hinterfragt und bei Bedarf angepasst werden.

Auch die Partnerschaften, Organisation, Prozesse und IT-Lösungen an den Schnittstellen sind bzgl. Bedeutung, Status und Verbesserungspotenzial immer wieder zu überprüfen. Die Schnittstellen sollten einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterliegen. Dies verlangt langfristige Ziele und Umsetzungspläne, welche aber auf sich ändernde Anforderungen

Exkurs:

«Hackathons» als Plattform für kreative Lösungen

Hackathons, auch Hackdays genannt (nicht zu verwechseln mit «Hacking Days»), sind Anlässe, an welchem Programmierer und andere, an Softwarelösungen interessierte Personen (Software-Designer, -Architekten, etc.; aber auch Business-Innovatoren und Personen mit fachlichen Anliegen), zumeist anhand einer spezifischen Aufgabenstellung intensiv an der Umsetzung der Anforderungen in einer lauffähigen Software (App o.ä.) arbeiten. In der Regel werden die besten Lösungen am Ende von einer Jury gekürt. In der Schweiz finden dieses Jahr unter anderem Hacka-

thons statt, welche von der NZZ (in Kooperation mit Google) und vom SRF organisiert werden.

Für Spitäler und Krankenversicherer wären Hackathons eine innovative Art, um technische Lösungen zu entwickeln. Als Nebeneffekt würden solche innovativen Ansätze (medienwirksam inszeniert) das Image der Branche auffrischen und ggf. kreative, junge Köpfe anziehen.

oder neue Prioritäten reagieren können. Grundsätzlich muss es das Ziel jeder Anpassung an den Schnittstellen sein, Aufgaben auf die beteiligten Partner zu verteilen, sie gemeinsam wahrzunehmen (in Anlehnung an Balling, 1998) oder sie zu eliminieren.

Partnerschaften müssen gepflegt und entwickelt werden. Das bedeutet, dass gemeinsam mit dem Partner regelmässig die gemeinsamen Zieldefinitionen überprüft und angepasst werden müssen. Partnerschaften müssen aber auch regelmässig hinterfragt werden. Dies sollte zum einen intern, zum anderen aber auch mit dem jeweiligen Partner geschehen.

Die mit der Schnittstelle eingeführten Prozesse und organisatorischen Massnahmen müssen regelmässig bzgl. Effizienz

und Wirksamkeit gemessen und verbessert werden. Für das Messen müssen vorab klare Kennzahlen und Zielgrössen definiert werden. Erreichen die Kennzahlen die Zielsetzung nicht, so muss den Ursachen auf den Grund gegangen und entsprechende Massnahmen eingeleitet werden. Mit dem «Process Mining»-Ansatz steht hier eine Methode bereit, welche es erlaubt, solche Kennzahlen zu erheben und zu analysieren.

Beide Akteure an der jeweiligen Schnittstelle sind gefordert, Partnerschaften, Organisation, Prozesse und IT-Lösungen regelmässig auf die Ausrichtung auf die Patienten/Versicherten und deren Zufriedenheit hin zu überprüfen und ggf. Alternativen in Erwägung zu ziehen. Solche Alternativen können mit Hilfe des «Open Innovation»-Ansatzes identifiziert werden (siehe Exkurs).

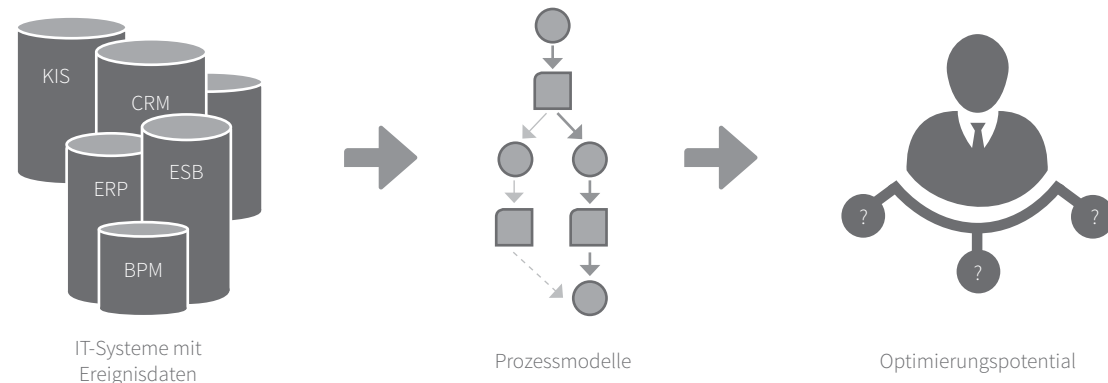
Exkurs: Process Mining

Sowohl Krankenversicherer als auch Spitäler haben diverse IT-Systeme im Einsatz, in welchen die Aktivitäten von Mitarbeitern, Versicherten oder Patienten elektronische Spuren hinterlassen. Wenn die Aktivitäten dieser Akteure einschliesslich elektronischer Zeitstempel erfasst und gespeichert werden und einzelnen Fällen zugeordnet werden können, sprechen wir von Ereignis-Logs.

Process Mining ist ein relativ neuer Ansatz, bei dem aus solchen Ereignis-Logs mittels entsprechender Algorithmen automatisch Prozessmodelle erstellt werden können (Descriptive Modelling). Der Vergleich dieser beschreibenden Modelle mit allenfalls vorhandenen Prozessvorschriften zeigt auf, wo die in der Realität

gelebten Abläufe von den Vorschriften abweichen. Weiter können die Daten aus Ereignis-Logs auf die mittels Process Mining erhaltenen Prozessmodelle gelegt werden, um Flaschenhälse oder andere Hotspots zu identifizieren, die Optimierungspotential haben.

Aufgrund der historischen Daten aus Ereignis-Logs können zusätzlich Modelle erstellt werden, die den weiteren Verlauf aktuell bearbeiteter Fälle vorhersagen (Predictive Modelling) oder gar Empfehlungen zur optimalen Steuerung konkreter Fälle abgeben (Prescriptive Modelling) können.

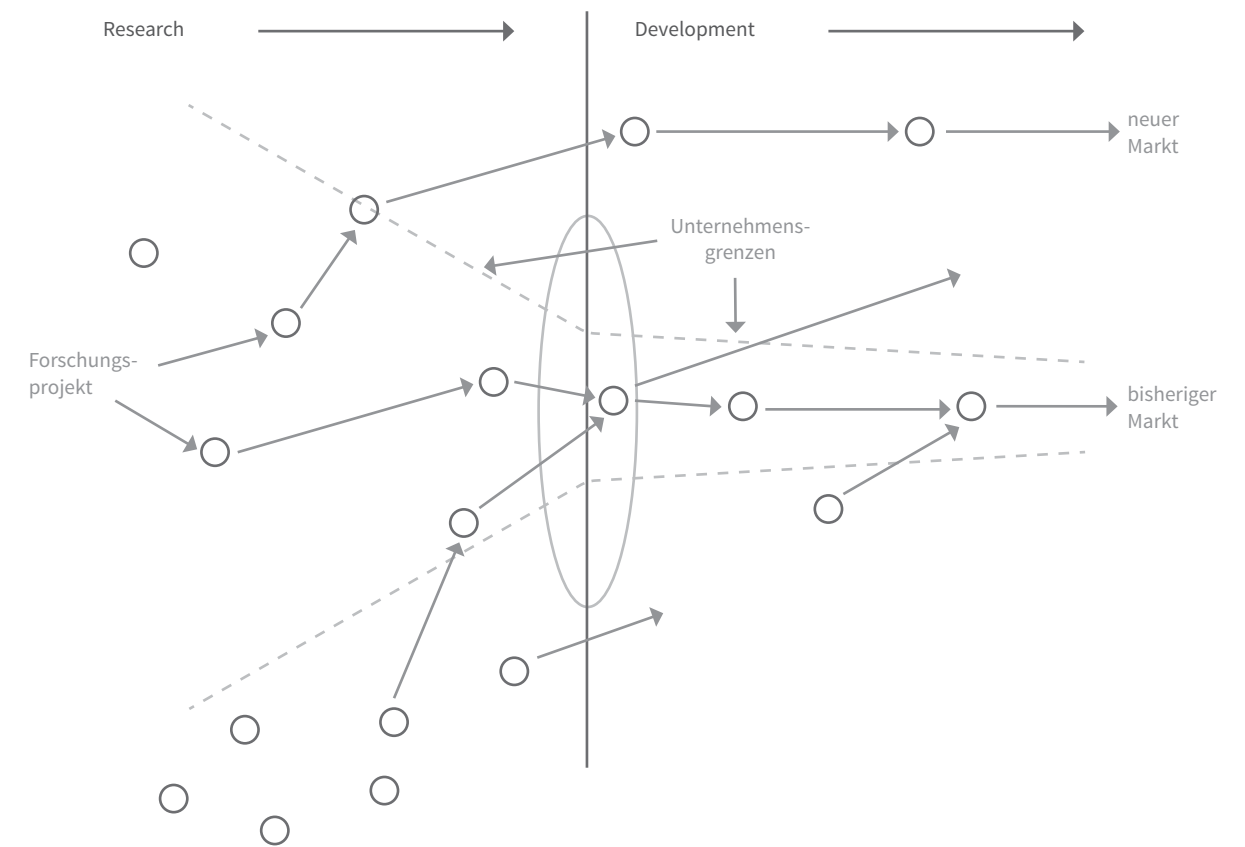


Ableitung von Optimierungspotential aus den Ereignis-Logs durch Process Mining

Exkurs: Open Innovation

Open Innovation ist ein Ansatz für den Umgang mit den eigenen und fremden Innovationen. Es werden Outside-In-, Inside-Out- und Coupled-Prozess unterschieden (Chesbrough, 2003). Der Outside-In-Prozess ergänzt das im Unternehmen vorhandene Wissen durch externes Wissen von Kunden, Lieferanten, anderen Unternehmen, Universitäten, Fachleuten oder weiteren Partnern. Der Inside-Out-Prozess ermöglicht die Kommerzialisierung internen Wissens ausserhalb des Unternehmens und sogar ausserhalb der eigenen Branche. Die Verbindung dieser beiden Kernprozesse zu einem Coupled-Prozess führt zu unternehmensübergreifenden Entwicklungen in Allianzen, Joint Ventures oder Netzwerken.

Open Innovation kann in der Health-Value-Chain weit gefasst werden: Neben medizinischen und technischen Innovationen geht es auch um Prozess-, Produkt-/Dienstleistungs- und ganze Geschäftsmodellinnovationen. Selbstverständlich kann der Ansatz auch bei der Identifikation innovativer Schnittstellen zwischen Krankenversicherern und Spitälern verwendet werden. Zu beachten ist jedoch, dass dieser Ansatz auf die mittlere bis lange Frist ausgelegt ist und dementsprechend ein Bestandteil der «Kontinuierlichen Verbesserung» sein kann.



Der Weg innovativer Ideen nach dem «Open Innovation»-Ansatz (Chesbrough, 2003)

5.6. Abschliessendes Fazit

Die Rahmenbedingungen im Schweizer Gesundheitswesen sind für die Akteure Chance und Gefahr zugleich. Die demographische Entwicklung bspw. mit den immer älteren und multimorbiden Patienten sorgt dafür, dass die Koordination der gesamten Behandlungskette immer wichtiger wird. Die Rolle eines dafür notwendigen «Koordinators» ist im Schweizer Gesundheitswesen bisher jedoch nicht besetzt. Krankenversicherer wären prädestiniert, diese Lücke zu füllen. Gleichzeitig besteht aber auch für Spitäler und für ganz neue, innovative Akteure im Gesundheitswesen die Chance, die Rolle als Koordinator einzunehmen oder andere Steuerungslösungen zu finden. In jedem Fall werden für die Koordination der Behandlungskette sehr gute Kooperationen oder sogar Kollaborationen zwischen den Akteuren benötigt.

Auch die Herausforderungen der personalisierten Medizin, die des mündigen Patienten sowie des technischen und medizinischen Fortschritts können nur gemeinsam von den Akteuren der Health-Value-Chain bewältigt werden. Im Kontext des Kostendrucks und des Verdrängungswettbewerbs spielen Kooperationen mit dem Ziel der Differenzierung von Wettbewerbern eine wichtige Rolle.

Gleichzeitig müssen die operativen Schnittstellen effizient, d.h. mit möglichst wenigen personellen Ressourcen, flexibel, also anpassbar auf neue Rahmenbedingungen, und nutzenstiftend für Patienten und Versicherte sein.

Die Studie hat gezeigt, dass sowohl Krankenversicherer als auch Spitäler sich dieser Situation bewusst und grundsätzlich zu einer Ausrichtung und zu Kooperationen im Sinne des Health-Value-Chain-Ansatzes bereit sind. Die Akteure messen den Schnittstellen zwischen Krankenversicherern und Spitälern eine hohe Bedeutung bei. Der Umfang der Zusammenarbeit ist ausbaufähig. Dort, wo bereits operative Schnittstellen bestehen, wird die Qualität der Zusammenarbeit als gut bewertet. Insgesamt sehen die Akteure jedoch noch grosses Potenzial an den Schnittstellen allgemein und insbesondere im elektronischen Datenaustausch. Um dieses Potenzial erschliessen zu können, muss das «Dürfen» in den Organisationen verbessert und das «Können» sogar stark verbessert werden. Für das «Dürfen» bedeutet das konkret, dass Anreizsysteme für die Mitarbeiter an die Ziele der Schnittstellen angepasst werden und die Mitarbeiter diesbezüglich aktiv unterstützt werden müssen. Dem fehlenden Verständnis für die Ziele, Prozesse und Herausforderungen beider Akteure an der Schnittstelle (das «Können») muss mit Vertrauensbildung, Transparenz, Ausbildung und Teambildung zwischen den Akteuren begegnet werden. Voraussetzung für diese Massnah-

men ist jedoch die Definition der angestrebten Rolle bzw. der strategischen Positionierung der Akteure. Zudem muss ein Umdenken stattfinden bzgl. der Ausrichtung der Prozesse auf den Patienten/Versicherten.

In der Studie werden Handlungsfelder aufgezeigt, welche Verbesserungspotential für Spitäler und Krankenversicherer beinhalten oder dem Patienten selbst einen Mehrwert bringen können. Auf operativer Ebene ist dies vor allem die Optimierung der Prozesse der Kostensicherung, Rechnungsprüfung und Zahlungsabwicklung. Diese Prozesse sollten zudem so angepasst werden, dass sie die Anforderungen der Patienten/Versicherten erfüllen. Die Ideen hierbei reichen von technischen Verbesserungen bis hin zu revolutionären Ansätzen.

Für die strategischen Schnittstellen wurden diverse Handlungsfelder aufgezeigt. Hierzu gehören gemeinsame Lösungen zur Qualitätssicherung, das Management komplexer Behandlungspfade, Spitalzusatzprodukte (unter anderem im Kontext von Differenzierungsbemühungen), die Nutzung des Wissens auf Krankenversichererseite zur Unterstützung medizinischer Entscheide, Ideen zur Entlastung der Spitäler und Strategien in den Baserate-Verhandlungen mit den Kantonen.

Die Medien beschäftigen sich intensiv mit den Entwicklungen und Innovationen im Gesundheitswesen. Ihnen sind immer wieder Beispiele aus den in dieser Studie aufgezeigten Handlungsfeldern zu entnehmen. Erste Akteure schlagen demnach bereits innovative Wege ein, andere optimieren die bestehenden Schnittstellen. Durch die Koordination, Kooperation und Kollaboration zwischen Spitälern und Krankenversicherern können hier Brücken geschlagen werden, welche beiden Akteuren einen Vorteil im Wettbewerb verschaffen und die strategische Handlungsfreiheit für einen aktiven (und nicht reaktiven) Umgang mit den Herausforderungen im Gesundheitswesen ermöglichen.

Danksagung

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Interviewpartnern und Teilnehmenden an der Umfrage!

Namentlich gilt unser Dank:

Achim Baumstark, Helsana
 Marianne Bugmann, Klinik Hirslanden Aarau
 Nikolai Dittli, Concordia
 Alain Flückiger, CSS Gruppe
 Peter Graf, Helsana
 Urs Kneubühler, Concordia
 Marc Kohler, Spital Thurgau AG
 Nanda Samimi, Spital Limmattal
 Dr. Olaf Schäfer, Helsana
 Sanjay Singh, Sanitas

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Die Autoren

Die Autoren



Prof. Dr. Alfred Angerer – ZHAW
 Leiter der Fachstelle Management im
 Gesundheitswesen am Winterthurer Institut
 für Gesundheitsökonomie WIG



Privatdozent Dr. Florian Liberatore – ZHAW
 Stv. Leiter der Fachstelle Management im
 Gesundheitswesen am Winterthurer Institut
 für Gesundheitsökonomie WIG



Dr. des. Pirmin Mussak – ZHAW
 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für
 Risk & Insurance



Robin Schmidt – ZHAW
 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Winterthurer
 Institut für Gesundheitsökonomie WIG & Experte
 für Schnittstellenoptimierung zwischen Kranken-
 versicherung und Spital



Angela Zeier – ZHAW
 Dozentin und Stv. Leiterin des
 Zentrums Risk & Insurance



Ingo Muschick – Synpulse
 Partner (Health Insurance & Health-Value-Chain)



Christian Ruhse – Synpulse
 Associate Partner (Topic Expert Health-Value-Chain)



Dr. Andreas Wicht – Synpulse
 Senior Consultant (Health-Value-Chain)

Quellenverzeichnis

Angerer, A., Auerbach, H. & Früh, M. (2012). SpitalPuls 2012: Prozess- und Changemangement in Schweizer Spitälern. ZHAW Forschungspublikation. Abrufbar unter <http://www.spitalpuls.ch>

Angerer, A. (2015). Die Lean-Philosophie in der Praxis. In D. Walker (Hrsg.), *Lean Hospital: Das Krankenhaus der Zukunft* (1. Auflage). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Behzad, B., Moraga, R. J. & Chen, S. J. G. (2011). Modelling healthcare internal service supply chains for the analysis of medication delivery errors and amplification effects. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 4(4), 554-576.

Buchheim, T. (2005). Der mündige Patient - fünf Thesen aus Sicht des Normalverbrauchers. Abgerufen am 21. Oktober 2015, von <http://www.kas.de/upload/dokumente/verlagspublikationen/Arzt-Patient/Arzt-Patient-2-3.pdf>

Bundesamt für Gesundheit. Statistiken zur Krankenversicherung - Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2012. Abgerufen am 21. Oktober 2015, von http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/spitalstatistik/data/download/kzp12_publication.pdf

Bundesamt für Statistik (2013a). Spitallandschaft Schweiz 2011. Abgerufen am 13. Oktober 2015, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/02.html>.

Bundesamt für Statistik (2013b). Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Abgerufen am 24. Oktober 2015, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/04/02.html>

Bundesamt für Statistik (2014a). Überblick - Kosten des Gesundheitswesens. Abgerufen am 16. Juli 2015, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html>

Bundesamt für Statistik (2014b). Verhältnis zum BIP. Abgerufen am 16. Juli 2015, von http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/internationaler_vergleich.html

Bundesamt für Statistik (2014c). Krankenhäuser - Indikatoren. Abgerufen am 3. März 2015, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/key/01.html>

Bundesamt für Statistik (2014d). Medienmitteilung - Die Finanzstatistik der bedarfsabhängigen Sozialleistungen 2012. Abgerufen am 13. November 2015, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9540>

Bundesamt für Statistik (2015). Soziale Sicherheit - Die wichtigsten Zahlen - Wichtigste Daten, Indikatoren zum Bereich der Sozialen Sicherheit. Abgerufen am 13. November 2015, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/00/key.html>

Burns, L. R. (2002). *The health care value chain: producers, purchasers and providers*. San Francisco: Jossey-Bass.

Chesbrough, H. (2003). *Open Innovation - The new Imperative for Creating and Profiting from Technology*. Boston: Harvard Business School Press.

Christen, A., Hänggi, P., Kraft, C., Künzi, D., Merki, M. & Ruffner, J. (2013). *Gesundheitswesen Schweiz 2013 - Der Spitalmarkt im Wandel*. Credit Suisse Group AG. Abgerufen am 26.10.2015, von <http://publications.credit-suisse.com/tasks/render/file/index.cfm?fileid=01A96103-DFE6-2978-C06F29A365A58D09>

CSS (2008). Medienmitteilung: CSS Versicherung und The Swiss Leading Hospitals arbeiten eng zusammen.

Abgerufen am 21.10.2015, von https://www.css.ch/de/home/ueber_uns/medien_publicationen/medienmitteilungen/2008.html

Pitta, D. A. & Laric, M. V. (2004). Value chains in health care. *Journal of Consumer Marketing*, 21(7), 451-464.

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (finma). Bericht über den Versicherungsmarkt 2014. Abgerufen am 13. Oktober 2015, von <https://www.finma.ch/de/dokumentation/finma-publicationen/berichte/versicherungsbericht/>

Einkaufsgemeinschaft HSK (2011). Einkaufsgemeinschaft HSK. Abgerufen am 26. Oktober 2015, von <https://de.nachrichten.yahoo.com/die-einkaufsgemeinschaft-helsana-sanitas-und-kpt-hsk-schafft-000000007.html>

gfs.bern/Interpharma (2014). Gesundheitsmonitor 2014. Abgerufen am 24.10.2015, von <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/hohe-zufriedenheit-und-hoffnung-auf-stabilisierung-der-gesundheitskosten>

H+ (2015). H+ Spital- und Klinik-Barometer. Abgerufen am 09. November 2015, von http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_barometer

Helsana (2015). Krankenkasse Helsana. Abgerufen am 23. November 2015, von <http://www.helsana.ch/de/>

Hirslanden (2015). Unsere Versicherungspartner. Abgerufen am 21. Oktober 2015, von https://www.hirslanden.ch/global/de/startseite/gesundheits_medizin/versicherung_kostenuebernahme/partnerschaften/

De Vries, J. & Huijsman, R. (2011). Supply chain management in health services: an overview. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3), 159-165.

Kutscher, R. (2015, April 9). Luzerner Krankenkassengruppe: CSS wagt den Alleingang. NZZ. Zürich. Abgerufen am 26.10.2015 von, <http://www.nzz.ch/wirtschaft/>

[css-wagt-den-alleingang-1.18518116](https://www.css.ch/de/home/ueber_uns/medien_publicationen/medienmitteilungen/2008.html).

Luzerner Kantonsspital (2011). Medienmitteilung: Integrierte Versorgung: CONCORDIA und Luzerner Kantonsspital spannen zusammen. Abgerufen am 21. Oktober 2015, von <https://www.luks.ch/medien/medienmitteilungen/medienmitteilungen-detail/news/562-concordia-und-luzerner-kantonsspital-spannen-zusammen.html>

OECD (2013). Better Life Index - Schweiz. Abgerufen am 21. Oktober 2015, von <http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/countries/schweiz/>

Porter, M. E. (1991). Towards a dynamic theory of strategy. *Strategic management journal*, 12(S2), 95-117.

Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.

santésuisse (2014). santésuisse. Abgerufen am 23. Oktober 2015, von <https://www.santesuisse.ch>

santésuisse (2015). Krankenversicherer. Abgerufen am 23. Oktober 2015, von <https://www.santesuisse.ch>

Steinhard, C. & Alsup, R. (2000). Partnerships in health care: creating a strong value chain. *Physician Executive*, 27(3), 50-56.

SVV (2015). Krankenversicherung - Marktanteile 2014. Abgerufen am 17. Juli 2015, von <http://www.svv.ch/de/zahlen-und-fakten/schadenversicherung/krankenversicherung>

tarifsuisse ag (o. J.). tarifsuisse. Abgerufen am 3. März 2015, von http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.void=47384&navid=2563

Teisberg, E. O., Wallace, S. (2009). Creating a high-value delivery system for health care. In *Seminars in thoracic and cardiovascular surgery* (Vol. 21, No. 1, pp. 35-42). WB Saunders.

Urban, B., Streak, M. (2013).
Product innovation of private health insurers in South Africa
and the impact of entrepreneurial orientation.
South African Journal of Economic and Management
Sciences, 16(3), 298-315.

Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen
in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kranken-
pflege-Leistungsverordnung, KLV), SR 832.11.12.31.
Abgerufen am 26. Oktober 2015, von [http://www.admin.ch/
opc/de/classified-compilation/19950275/index.html](http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html)

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni
1995, SR 832.102.
Abgerufen am 26.10.2015, von [https://www.admin.ch/opc/de/
classified-compilation/19950219/](https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/)

Wendt, W. R. (2013).
Case Management im Gesundheitswesen. In Luthe, E.-W.
(Hrsg.), Kommunale Gesundheitslandschaften, 135-149.
Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Zepeda, E. D. (2012).
Technology-Enabled Health Care Supply Chain for Primary
Care: Reducing Disparities in the Delivery of Chronic Care.
Doctoral dissertation, University of Minnesota.

Impressum**Herausgeber**

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Gertrudstrasse 15
8401 Winterthur
Tel: +41 (0)58 934 71 71
info@zhaw.ch
www.zhaw.ch

Synpulse Schweiz AG
Management Consulting
Thurgauerstrasse 32
8050 Zürich
Tel: +41 (0)44 802 00 00
info@synpulse.com
www.synpulse.com

Bildnachweis

Fotos: fotolia.com

© Copyright

Synpulse Schweiz AG, Zürich 2016
Abdruck – auch auszugsweise – ist unter Angabe der
Quelle gestattet.

synpulse^{MC}
solve · evolve

Schweiz (Hauptsitz)

Zürich

Deutschland

Hamburg | Frankfurt

Singapur

Singapur

Hong Kong

Hong Kong

USA

New York

info@synpulse.com

synpulse.com

