

# FIVE TOPICS NEWS <sup>10</sup>



DIE BERATUNGSSPEZIALISTEN DER  
PENTADOC FÜR DEN GESUNDHEITSMARKT

Martinsried / Januar 2015

---

## Die Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015 – ein Gastkommentar

Eine der größten Reformen der letzten Jahrzehnte steht an: Die Krankenhausreform 2015, deren Eckpunkte von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet werden. Welche Wirkungen ergeben sich daraus für die Gesundheitsbranche? Eine Frage, die man angesichts von Umfang und Komplexität dieser Reform am besten von einem herausragenden Experten kommentieren lässt: Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Lehrstuhlinhaber für Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg. Anspruchsvolle Lektüre für Sie

**Ab Seite 3**

## Unser nächster Topic Table in Hamburg zum Thema Krankenhausmanagement

Der Wichtigkeit und Komplexität des Themas Krankenhausreform werden wir auch mit einer hochkarätigen Veranstaltung gerecht. Zu unserem exklusiven Topic Table im März begrüßen wir dazu den Autor unseres Gastkommentars, Herrn Prof. Dr. Schreyögg, als Keynote-Speaker in Hamburg. Wir würden uns sehr freuen, auch Sie empfangen zu dürfen. Erste Informationen zum Topic Table

**Ab Seite 9**

## Effiziente Ansatzpunkte zum Kostenmanagement in GKV und PKV

Kostenmanagement gehört für weitsichtige Kassen immer auf die Agenda. In diesem Jahr wird dieser wichtige Bereich auf den Tagesordnungen aber bestimmt deutlich nach oben rücken. Wir haben plakativ aufbereitet, welche zielgerichteten Maßnahmen und Instrumente hier spürbar positive Effekte erzielen.

**Ab Seite 10**

## Kostenmanagement

Seite 3



# Krankenhausreform 2015

## 1

### Ein Kommentar zu den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform 2015

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe nimmt mit ihrem Eckpunktepapier eine Konkretisierung und teilweise auch Erweiterung des Koalitionsvertrages zum Thema Krankenhausreform vor. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind sehr umfangreich und würden zusammengenommen eine der größten Krankenhausreformen der letzten Jahrzehnte darstellen. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte des vorgelegten Papiers hinsichtlich ihrer möglichen Wirkung kommentiert.

### 1. Maßnahmen zur Integration von Qualitätsaspekten in die Krankenhausplanung und -vergütung sind überfällig und könnten sehr effektiv sein

Bisher hatte die Nichteinhaltung von qualitätssichernden Maßnahmen noch die tatsächlich erzielte Qualität einer Krankenhausbehandlung Auswirkungen auf die Vergütung dieser Leistung. Das Nichterreichen von Mindestmengen bleibt bisher folgenlos und Komplikationen führen z. T. sogar zu einer Höhergruppierung. Zudem war es den Bundesländern kaum möglich rechtssicher eine von Qualitätskriterien geleitete Krankenhausplanung durchzuführen. Die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sehen hier sehr umfangreiche Maßnahmen an vielen unterschiedlichen Stellen des Systems vor.

Zunächst schaffen sie erstmals die Voraussetzung, dass Bundesländer eine qualitätsgeleitete Krankenhausplanung auf Basis von G-BA definierten Kriterien durchführen können und sogar Krankenhäuser aus dem Krankenhausplan, bei Nichteinhaltung von Kriterien, ausschließen können. Diese Maßnahme stattet die Bundesländer mit einem völlig neuen Gestaltungsspielraum aus. Dieser Schritt erscheint konsequent, da in vielen Bundesländern die Krankenhausplanung de facto völlig an Bedeutung verloren hatte. Das Bett hat seinen Stellenwert als kapazitätsplanungsgröße überwiegend verloren. Personal ist oft die relevanteste Restriktion aus Sicht eines Krankenhauses. Fallzahlentwicklung und Bettenentwicklung waren zunehmend entkoppelt.

Die Eckpunkte sehen eine ganze Reihe von wichtigen Konkretisierungen und Verschärfungen der Qualitätssicherung zur Implementierung durch den G-BA vor. So soll ein Nichteinhalten der Qualitätsrichtlinien sowie der Mindestmengenregelung durch Vergütungsabschläge sowie Nichterstattung der Leistungen sanktioniert werden. Diese Regelungen wären sehr wichtig, da die bisherige Qualitätssicherung weitgehend ohne Konsequenzen war. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden patientenfreundlicher und aussagekräftiger gestaltet. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass sofort Sanktionen ausgelöst werden sollen, sobald die Dokumentationsrate eines Krankenhauses bei den jeweiligen Indikatoren unter 100% liegt. Bisher lag die zu erbringende Dokumentationsrate bei 95%, was die Aussagekraft der Indikatoren deutlich eingeschränkt hat, da 5% der Fälle mit schlechter Qualität, um die es in der Regel ja gerade geht, legal abgeschnitten werden konnten.

### Sehr geehrte Damen und Herren,

seit circa einem Monat haben sich die Rahmenbedingungen in der Kassenlandschaft verändert. Damit wird unserer langjährigen Erfahrung nach der Markt in diesem Jahr in Bewegung kommen: Strukturell mit Druck auf Fusionszenarien – aber sicherlich auch inhaltlich. Denn auch ein fokussierter Blick auf das eigene Profil im Wettbewerb wird zu den Auswirkungen gehören müssen.

Wie in den letzten Jahren schon häufig thematisiert, wird es auch 2015 zu einer weiteren Konsolidierung im Kassenmarkt kommen. Wenn auch aus einem anderen Blickwinkel wie noch vor einigen Jahren. Nach wirklich »heißen Phasen« von Mitgliederbewegungen, Fusionen und auch einigen kritischen Kassensituationen, hatten die meisten gesetzlichen Krankenkassen Gelegenheit, sich auf strategische und organisatorische Aufgaben zu konzentrieren.

Dies gilt vor allem in technischer Hinsicht. Große Projekte, wie die Einführung der Branchensoftware iskv\_21c, standen lange ganz oben auf der Tagesordnung. In dieser Ausgabe berichten wir über drei Kassen, die wir – neben einigen Anderen – bei der Softwareumstellung im vergangenen Jahr beratend begleitet und unterstützt haben.

Es wäre jedoch nicht der Gesundheitsmarkt, wenn sich nach solchen Schwerpunktthemen nicht auch wieder stürmischere Zeiten ankündigen würden. Mit den entsprechenden Veränderungen im Beitragsbereich entsteht auch wieder Druck auf viele Krankenkassen. Mitgliederbewegungen deuten sich an, strategische Optionen werden geprüft und der Kostendruck steigt. In Summe bedeutet dies ein starkes Signal für mehr Wettbewerb. Eine Entwicklung, die dem Markt gut tun wird. Jedenfalls dann, wenn die Entscheider diese Situation auch als Chance verstehen.

Zum einen im Marketingbereich, der im Sinne einer Profilschärfung und langfristig ausgerichteter Differenzierung nach wie vor große Potentiale bietet. Zum anderen aber auch mit Maßnahmen für effiziente Organisationen, schlanken Prozessen und fokussiertem Risikomanagement.

Mit den 5 Topics, die wir mit unserem Unternehmensnamen umschreiben, werden wir Sie natürlich in diesen Themen kompetent begleiten. Ebenso, wie mit fundiert aufbereiteten Inhalten wie in diesen News und auf unserer Website. Und wenn Sie die ganz persönliche Diskussion mit Kollegen und Experten schätzen, sind Sie natürlich schon jetzt herzlich zu unseren Topic Tables eingeladen. Das erste Live-Event dieser Art findet im März in Hamburg statt. Selbstverständlich erhalten Sie hierzu noch gesondert eine persönliche Einladung von uns.

Nun wünschen wir Ihnen viel Inspiration beim Lesen. Gerne nehmen wir Ihr Feedback hierzu oder thematische Wünsche für die nächste Ausgabe auf.

Für Ihre Themen, Aufgaben und Ziele in diesem Jahr stehen wir selbstverständlich jederzeit zur Verfügung und besprechen mögliche Ansatzpunkte für eine Zusammenarbeit gerne persönlich mit Ihnen.

Ihr Ralf Minning  
Vorstand Five Topics AG



Ralf Minning  
Vorstand  
Five Topics AG  
ralf.minning@fivetopics.de  
Mobil: +49 172 829 45 63

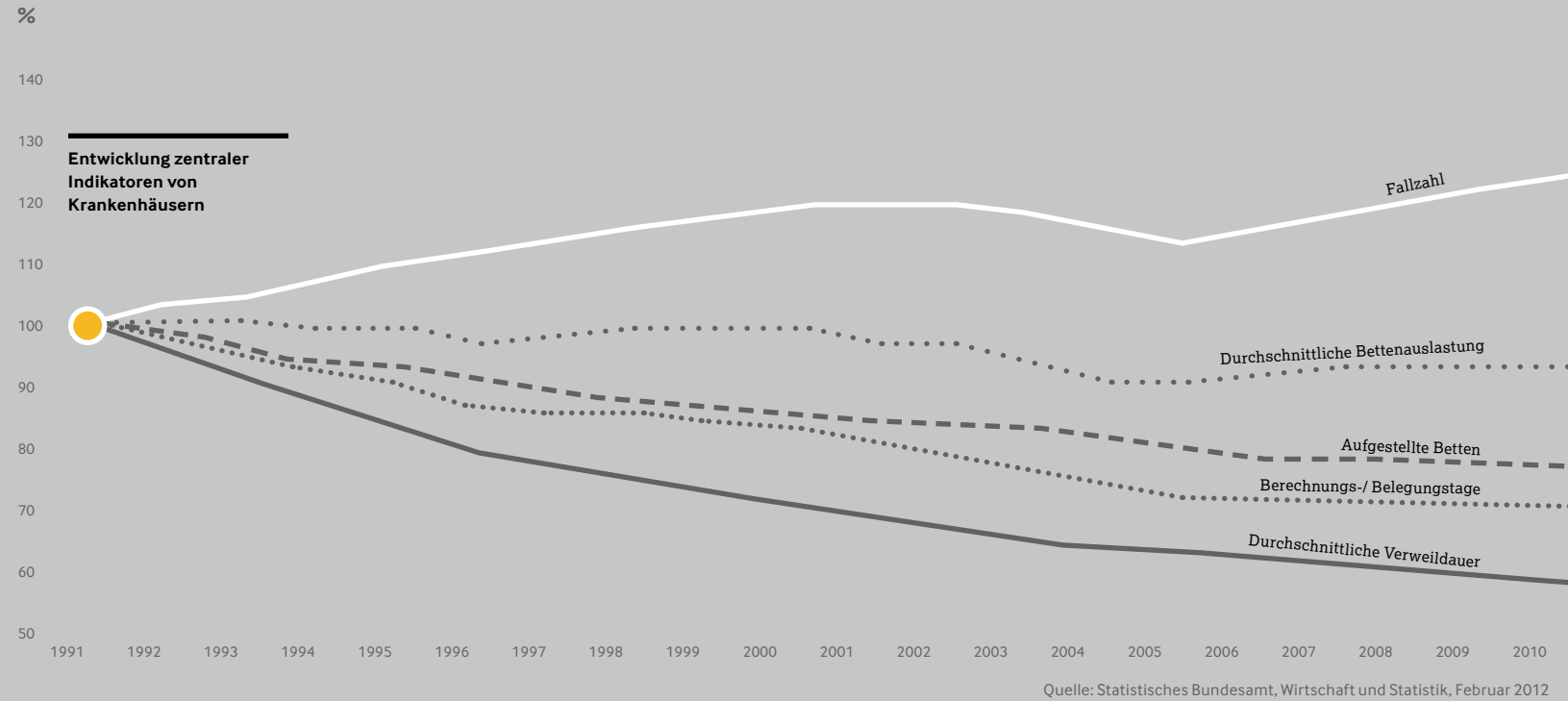


Joachim Adam  
Aufsichtsratsvorsitzender  
Five Topics AG  
joachim.adam@fivetopics.de  
Mobil: +49 173 860 48 00

## Historie der Reformen

- 2013 Patientenrechtegesetz
- 2013 Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)
- 2012 GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)
- 2011 GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)
- 2011 Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)
- 2010 Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften
- 2009 Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften
- 2009 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
- 2008 GKV-Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG)
- 2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
- 2007 Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
- 2006 Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)
- 2005 Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz
- 2004 Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)
- 2003 Fallpauschalengesetz
- 2002 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs
- 2001 Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
- 2000 GKV-Gesundheitsreform 2000, Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 1999 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
- 1998 GKV-Finanzstärkungsgesetz
- 1997 Beitragsentlastungsgesetz, 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- 1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
- 1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG)

## Krankenhausreform 2015



Qualitätszu- und abschlüsse werden in Analogie zu den englischen Best Practice Tariffs eingeführt. Der G-BA soll hierfür einen Katalog von Leistungen erstellen, auf deren Grundlage dann Zu- und Abschlüsse festgelegt werden. Aus der Literatur ist bekannt, dass Zuschläge durchaus einen positiven Anreiz zur Verbesserung der Qualität bieten können. Gleichzeitig wissen wir jedoch, dass Abschlüsse kein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Qualität darstellen. Eine Incentivierung sollte immer positiv erfolgen. Eine direkte Verbindung zur G-DRG Vergütung soll offenbar nicht hergestellt werden. Dies ist bedauerlich, da ja der Anreiz zur Falleleistungsorientierung vom G-DRG-System ausgeht und dort entsprechend mit Qualitätsindikatoren ein Gegenpol gebildet werden könnte. Es existieren bereits jetzt einige DRGs, die mit Qualitätsindikatoren verbunden sind, z.B. ist für die Abrechenbarkeit der DRG »Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls« der Nachweis eines CT zwingend erforderlich.

Die Kassen erhalten die Möglichkeit, nicht nur kollektiv, sondern auch einzeln Qualitätsverträge für vier ausgewählte planbare Leistungen abzuschließen. Im Prinzip ist diese vertragliche Flexibilisierung zu begrüßen. Es wird sich zeigen, ob viele Krankenkassen tatsächlich von dieser Möglichkeit zur individuellen Leistungssteuerung Gebrauch machen. De facto werden dafür die meisten Krankenkassen mit anderen Krankenkassen kooperieren müssen, was im Anfangsstadium mit hohen Transaktionskosten einhergeht. Außerdem wird es ganz entscheidend sein, dass der G-BA gut über Routinedaten (insb. §301 SGB V) operationalisierbare Indikatoren zur Messung der Qualität für die auszuwählenden Indikatoren vorlegt. Nur durch eine hohe Transparenz und geringe Manipulationsanfälligkeit der festgelegten Indikatoren, die bisher bei den Indikatoren aus den Qualitätsberichten eher nicht gegeben ist, wird für Krankenkassen dieses Instrument attraktiv werden.

## § 301 SGB V

1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das krankenhäuserinterne Kennzeichen des Versicherten,

2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,

3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahme- und Verweildauer, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,

4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfalleinweisung die Aufnahme veranlassende Stelle,

5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,

6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,

7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,

8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,

9. die nach den §§ 115a und 115b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegegesetzverordnung berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b und § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische

# 2

Erwähnenswert ist außerdem die Berücksichtigung von Personalkosten im G-DRG-System. Die Maßnahme soll die Betreuungsintensität der Pflege in deutschen Krankenhäusern erhöhen. In der Tat ist die Zahl der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich sehr gering. Gleichzeitig existiert eine Reihe von Studien aus den USA, die zeigen, dass die Anzahl der Pflegekräfte sowie deren Qualifikation pro Bett oder pro Fall einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisqualität haben.

Daher hat z.B. Kalifornien eine fallgebundene »Minimum Nursing Ratio« für Krankenhäuser festgelegt, die nicht unterschritten werden darf. Eine Implementierung in Deutschland über einen Pflegemaßnahmen-Score (PKMS) könnte ein vielversprechender Ansatz sein.

## 2. Maßnahmen zur Änderung der Mengensteuerung sind der erste Schritt – müssen aber durch Differenzierung der Indikationsqualität ergänzt werden

Hinsichtlich der Mengensteuerung sehen die Eckpunkte für Patienten die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung bei operativen Eingriffen sowie die oben genannten Qualitätszu- und abschlüsse vor. Des Weiteren soll die Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene verlagert werden. Besonders wichtig in diesem Kontext ist, dass die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert ab 2017 aufgehoben wird. Eine Ausweitung der Fallmenge einzelner Krankenhäuser soll damit auch krankenhausspezifisch mit einem Abschlag berücksichtigt werden und nicht mehr allen Krankenhäusern auf Landesebene entgegen gehalten werden. Diese Umstellung der Mengensteuerung ist sicherlich systeminhärent konsistent. Die Krankenhäuser eines Bundeslandes werden nicht mehr für Mengensteigerungen individueller Krankenhäuser in Kollektivhaftung genommen. Nichtsdestotrotz erfolgt auch mit der neuen Mengenregulierung eine Rationierung, die einen Qualitätswettbewerb möglicherweise verhindert.

Es wird implizit unterstellt, dass die Erbringung zusätzlicher Fälle per se medizinisch nicht gerechtfertigt ist und gleichzeitig eine Fixkostendegression auslöst. Eine Mengenregulierung in dieser Form ist aus wettbewerbsökonomischer Sicht nicht optimal. Es stellt sich die Frage, ob es nicht gerade wünschenswert ist, dass Kliniken mit einer hohen Versorgungsqualität zusätzliche Fallzahlen erbringen, die möglicherweise in anderen Kliniken wegfallen. Auch Qualitätszu- und abschlüsse sowie die Möglichkeit zu selektiven Qualitätsverträgen lösen dieses grundsätzliche Problem nicht.

Es wäre sinnvoller, die Anforderungen an die Indikationsqualität bei mengenanfälligen Indikationen möglichst hoch zu schrauben, um zwischen guter und schlechter Menge differenzieren zu können und dann nur Preisabschlüsse bei schlechter zusätzlicher Menge vorzunehmen. Indikationsqualität kann für viele Leistungen über die § 301 SGB V und/oder in Verbindung mit § 295 Abs. 1 Nr. 1–3 SGB V Daten gemessen werden. Leistungen bei denen es sich um typische Notfalldiagnosen handelt und gleichzeitig eine Ausweitung der Indikationsstellung unwahrscheinlich oder nicht relevant ist, z.B. Herzinfarkt sollten ohnehin von Abschlüssen ausgenommen werden.

Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet den Krankenkassen bei stationärer Behandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das interne Kennzeichen der Einrichtung für den Versicherten,

2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,

3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahme- und Verweildauer, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,

4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,

5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,

6. Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,

7. die berechneten Entgelte. Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. 6 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt Absatz 2 entsprechend. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenhausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs. 1 Satz 3 die für die Abrechnung erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; § 295 gilt entsprechend. Der Krankenhausträger hat den kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zweck der Abrechnung vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend.

# 3

Auch die Einführung eines freiwilligen Zweitmeinungsverfahrens dürfte nur einen kleinen Beitrag zur Mengensteuerung leisten. Dieses Verfahren wird bereits von vielen Kassen seit langem angeboten und wird von den Patienten zu wenig genutzt. Deutlich wirkungsvoller wäre ein verpflichtendes interdisziplinäres Zweitmeinungsverfahren vor der Durchführung ausgewählter operativer Prozeduren.

## §21

### Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG

Gemäß § 21 KHEntgG müssen die dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser ihre Leistungsdaten jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle übermitteln. Das Nähere zum Übermittlungsverfahren und zur Datensatzstruktur regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene in einer Vereinbarung.

Im Bereich Datenstelle finden Sie Informationen über die Datenstelle. Informationen über die Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG (Datensatzstruktur, Fehlerverfahren, Verschlüsselungshilfe etc.) finden Sie im Bereich Dokumente zur Datenlieferung.

In Umsetzung des § 21 Abs. 5 KHEntgG haben die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart, dass für jeden nicht, nicht fristgerecht oder nicht vollständig übermittelten Fall ein Abschlag für Krankenhäuser, die ihre Pflicht zur Übermittlung der §21-Daten verletzt haben, fällig wird.

### 3. Stärkere Gewichtung vorhaltebezogener Vergütungskomponenten ist wichtige Ergänzung des Systems

Die primär (Fall)leistungsorientierte Vergütung des G-DRG-Systems führte mit ihren finanziellen Anreizen dazu, dass Krankenhäuser mit bestimmten Vorhalteaufgaben, vor allem Landkrankenhäuser mit selten genutzten Kapazitäten, Krankenhäuser mit vollumfänglicher Notfallversorgung und Maximalversorger, besonderem finanziellen Druck ausgesetzt waren. Nicht selten wurden drohende Defizite über starke Mengensteigerungen aufgefangen. Daher ist es konsequent, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die notwendige Vorhaltung bestimmter Infrastrukturleistungen durch Sicherstellungszuschläge für ländliche Krankenhäuser, ein gestuftes System von Zu- und Abschlägen für die Vorhaltung von Notfallversorgung und eine zusätzliche Vergütung für spezialisierte Zentren vorsieht.

Die Festlegung der Vergütungsstufen bzw. Grenzen im G-BA dürfte eine große Herausforderung werden. Idealerweise sollte diese Festlegung datengetrieben erfolgen. Dabei sollten zu pauschale und leicht manipulierbare Kriterien, z.B. Vorhaltung bestimmter Abteilungen, Rund-um-die-Uhr Bereitschaft vermieden werden. Nur reale Falldaten aus dem §21 Datensatz helfen hier weiter, um zu ermitteln, welchen Anteil ein Krankenhaus tatsächlich zur Notfallversorgung einer Region beiträgt. Gerade an dieser Stelle erscheint es ratsam, dem G-BA auf Basis extern durchzuführender, wissenschaftlicher Studien Entscheidungshilfen zu geben.

5	1	15	3	9	1	2	5	1	2	8
		2	6	3	5	1	1	2	1	
3	13	10	7	30	1	5	3			
		1	1	6	8	1	5	1	2	
2	2	6	3	1	3	3				
		1	7	1	2	1	3	1	2	
8	99	13	3	1	2	8				
		3	7	1	2	1	4	1		
3	2	6	3	5	1	5	1	2	1	+6
		1	1	1	2	1	2	1	1	
25	1	1	6	8	1	5	1	2	6	
		1	1	1	3	3	3	2	8	
2	1	7	1	2	1	3	1	2	3	
		1	1	8	1	1	1	0	3	
3	3	7	6	2	1	8	1			
		1	2	1	6	2	2	0	1	
a	1	1	5	2	1	2	1	1		
		1	1	5	1	1	1	1	4	
233	1	1	3	3	3	3	2	8		
		2	2	3	1	1	1	5		
5	1	1	8	1	1	2	1	0	3	
		1	2	4	3	2	1	6		
2	1	2	6	6	2	2	0	1		
		4	1	6	1	1	4			
33	1	1	5	1	1	4				
		1	6	1	4	5				
2	2	2	3	1	2	3	1	5		
		1	2	2	1	3	5	2	1	6
6	1	2	6	1	2	4	3	2	1	6
		2	2	1	4					
42	4	1	6	1	1	2	4			
		1	2	2	4					
3	1	6	2	4	5	3				
		1	2	1	3	2				
		1	2	2	1	1	6			
52	2	2	1	4	1	6				
		1	0	2	5					
55	1	2	2	4	4	2	2	4		
		4	1	2	2	3				
8	1	2	1	3	8	1	5	2		
		8	1	5	2					
63	1	2	1	1	2	6	1	5		
		2	2	6	1	5				
1	1	0	2	5	4	1	1	8	5	
		4	1	2	2	5				
6	4	1	2	2	8	5				
		8	1	5	2	8				
53	8	1	5	2	2	2	6	1	6	
		2	2	6	1	6				
		4	1	1	8					

# 4

### 4. Änderungen am DRG-System werden ihre Wirkungen nicht erreichen – Weiterentwicklung des Kalkulationsverfahrens notwendig

An dieser Stelle verordnet die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Auswahl einer repräsentativen Kalkulationsstichprobe. Krankenhäuser sollen demnach verpflichtet werden können, gemäß der InEK Modulmatrix zu kalkulieren und entsprechend Daten zu liefern. Der Gedanke einer repräsentativen Kalkulationsstichprobe ist gut und wichtig. Allerdings wird es wenig zielführend sein, Krankenhäuser zur Kalkulation zu verpflichten. Die Kalkulation gemäß der InEK Modulmatrix erfordert umfangreiche Veränderungen in der Kostenrechnung eines Krankenhauses. Wenn diese nicht oder nicht ausreichend erfolgen, leidet die Kalkulationsqualität und die betreffenden Datenlieferungen werden in Plausibilitätsprüfungen ausgeschlossen.

Es wird sehr schwierig, dies nachzuerfolgen und unwillige Krankenhäuser zu einer guten Kalkulation zu zwingen. Sinnvoller wäre es an dieser Stelle gewesen mit Hochrechnungsfaktoren zu arbeiten, wie es beim Statistischen Bundesamt üblich ist, um annähernde Repräsentativität zu erzeugen (vollständige wird ohnehin niemals möglich sein). Auch die Selektion über die freiwillige Teilnahme an der Stichprobe kann problemlos durch ökonomische Verfahren minimiert werden.

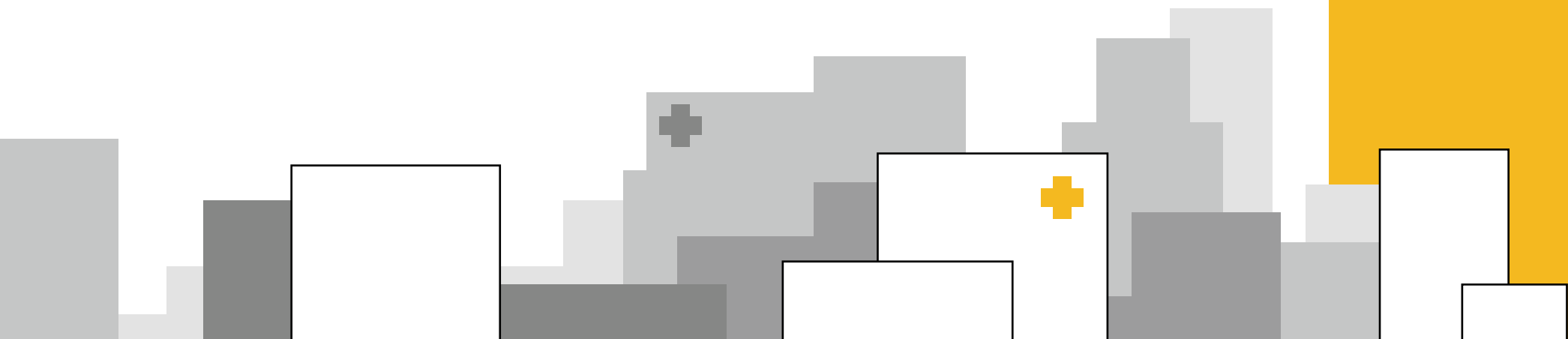
Desweiteren sollen mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten abgebaut werden. In der Tat ergibt sich im G-DRG-System ein time lag von zwei Jahren, bevor sich bei innovativen Technologien sinkende Preise infolge von Diffusion in den DRG-Gewichten niederschlagen. Bislang ist es jedoch unklar, ob dies tatsächlich einen Mengenanreiz auslöst. Dies konnte bisher empirisch nicht nachgewiesen werden. Auch dürfte eine Umsetzung schwierig werden, da starke Annahmen über den Diffusionsverlauf einer neuen Technologie getroffen werden müssten.

An dieser Stelle wären weitere und andere Änderungen wünschenswert gewesen. Sinkende Sachkosten sind nicht das Kernproblem für einen Mengenanreiz. Eines der tatsächlichen Kernprobleme sind sich ständig ändernde DRG-Gewichte, die sich nur nachrangig, aufgrund von Kostenänderungen der Krankenhäuser ergeben. Es konnte im gesetzlichen Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG gezeigt werden, dass Krankenhäuser auf diese Änderungen der DRG-Gewichte mit ihren Fallmengen reagieren. Es konnte auch gezeigt werden, dass sich Änderungen der DRG-Gewichte vor allem aus der sich ständig ändernden Stichprobe der nach Plausibilitätskontrollen berücksichtigten Krankenhäusern (vor allem durch variable Kalkulationsqualität und den daraus folgenden Ausschlüssen) und zahlreichen Migrationen infolge des Kriteriums der Kostenhomogenität innerhalb des Systems ergeben. Daher werden die beabsichtigten Änderungen am G-DRG System kaum Änderungen hinsichtlich des Mengenanreizes bewirken.

Die Kernproblematik der ständigen DRG-Gewichtsänderungen sowie der starken Prozedurenlastigkeit des System (47% der DRGs sind prozedurengetrieben) mit dem Anreiz zur Mengenausweitung verbleiben. Daher wären andere Schritte deutlich effektiver. Das Kalkulationsverfahren sollte weiterentwickelt werden, um die DRG-Gewichtsänderungen auf die Kostenänderungen in den Krankenhäusern zu reduzieren (durch ökonomische Verfahren umzusetzen). Das hauptsächliche Kriterium der Kostenhomogenität im DRG-System sollte hinterfragt werden und die Anzahl der prozedurenorientierten DRGs deutlich reduziert werden. Zur notwendigen Bestimmung der Komplexität von Fällen könnten z.B. leicht überprüfbar, in Diagnosen verschlüsselte Laborwerte herangezogen werden. Dies wurde bereits bei einigen DRGs umgesetzt. Diese Änderungen wären, wie im Detail im gesetzlichen Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG dargestellt, relativ kurzfristig umzusetzen. Die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Maßnahmen wären nicht notwendig.

### Stadt – Land Gefälle

Die primär (Fall)leistungsorientierte Vergütung des G-DRG-Systems führte mit ihren finanziellen Anreizen dazu, dass Krankenhäuser mit bestimmten Vorhalteaufgaben, vor allem Landkrankenhäuser mit selten genutzten Kapazitäten, Krankenhäuser mit vollumfänglicher Notfallversorgung und Maximalversorger, besonderem finanziellen Druck ausgesetzt waren.



## 5

### 5. Strukturfonds könnte Impulse auslösen, wird aber kaum zu Umwandlung von Krankenhäusern in ambulante Versorgungseinrichtungen führen

Der geplante Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und zum Abbau von Überkapazitäten kann sicherlich zu zusätzlichen Impulsen zur Veränderung der Versorgungsstruktur führen. Es darf allerdings bezweifelt werden, dass der Strukturfonds in der Lage ist, die notwendige Umwandlung von vielen ländlichen Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen tatsächlich im großen Stile zu befördern. Das Kernproblem, dass Landräte die Befürchtung haben, bei Aufgabe/Umwandlung eines Krankenhauses, das nicht selten zu den größten Arbeitgebern in einer Region zählt, nicht wiedergewählt zu werden, kann dadurch nicht beseitigt werden. Hinzu kommt, dass im derzeitigen Krankenhausmarkt infolge der geringen Anzahl an stattfindenden Privatisierungen, die Privatisierungserlöse sehr hoch sind (zu hoch für den Strukturfonds). Es ist demnach naheliegend, dass sich ein Landkreis eher für den Erhalt eines Krankenhauses entscheidet und dieses privatisiert, da so zugleich zur Haushaltssanierung beigetragen werden kann. Es könnte allerdings sein, dass die Länder mit den neu ausgestatteten Kompetenzen, z.B. im Falle der drohenden Schließung eines Krankenhauses mit nachgewiesener geringer Qualität, den Prozess befördern und so eine Umwandlung aus Landkreissicht als einziger Ausweg erscheint. Das heißt, es werden im Einzelnen sehr viele Faktoren zusammenkommen müssen, so dass der Strukturfonds seine volle Wirkung entfalten kann.

**Insgesamt setzt die Bund-Länder-AG wichtige Impulse, um Fehlanreize des bisherigen Systems zu korrigieren und den Spielraum zur Leistungssteuerung für Krankenkassen, aber auch für Bundesländer zu erhöhen. Das Papier hat einen klaren Schwerpunkt im Bereich Qualitätssicherung. Dort setzt es aus meiner Sicht auch die wichtigsten Impulse. Wenn die vorgeschlagenen Maßnahmen umgesetzt würden, wäre das tatsächlich ein großer Schritt in Richtung einer besseren, homogeneren und transparenteren Krankenhausversorgung. Auch die stärkere Gewichtung verhaltebezogener Vergütungskomponenten stellt eine lange überfällige Ergänzung des Vergütungssystems zum Abbau von Fehlanreizen dar. In den Bereichen Änderung des DRG-Systems und Mengensteuerung sind die vorgeschlagenen Maßnahmen allerdings nicht zielführend bzw. nicht weitreichend genug. Vor allem die Änderungen am DRG-System werden nicht effektiv sein.**

### Der Autor

Prof. Dr. Schreyögg ist Inhaber des Lehrstuhls für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg und wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE), das mit ca. 60 Wissenschaftlern eines der größten Zentren für gesundheitsökonomische Forschung in Europa ist.

Er ist gleichzeitig assoziierter Forscher an der Stanford University.

Außerdem ist Prof. Dr. Schreyögg Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Mitglied in verschiedenen wissenschaftlichen Beiräten.

Vor seiner Berufung an die Universität Hamburg war er Professor für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Abteilungsleiter am Helmholtz Zentrum München (2009–2010).

Zuvor war der Autor dieses Artikels Juniorprofessor an der Technischen Universität Berlin tätig (2007–2008), wo er sich im Jahre 2008 auch habilitierte.

Von 2006–2007 war Herr Prof. Dr. Schreyögg Harkness Fellow an der Stanford University.

Er erhielt ein Promotionsstipendium der Studienstiftung des deutschen Volkes sowie zahlreiche Preise und Forschungsstipendien. Herr Prof. Dr. Schreyögg verbrachte Lehr- und Forschungsaufenthalte in Norwegen, Singapur, Taiwan und den USA.



## Topic Table

### Ein relevantes Thema, hochkarätige Gäste und entspannte Atmosphäre für Diskussionen mit Experten: Das ist unsere Veranstaltungsreihe der »Topic Tables«.

Wir freuen uns, Sie zu einem weiteren Topic Table einladen zu dürfen. Am 26. März 2015 kommen in Hamburg wieder Fragen, Antworten und sicherlich auch Kontroversen auf den Tisch. Schließlich haben wir ein Thema ausgewählt, das zentrale Auswirkungen hat. Einer gemeinsamen Diskussion geben wir dabei einen hochkarätigen Einstieg: Herr Prof. Dr. Schreyögg wird die Keynote halten und unseren Gästen sicherlich entsprechende Impulse geben.

Nutzen Sie die Möglichkeiten, sich auf hohem Niveau mit Gleichgesinnten auszutauschen und zu informieren. Sie erhalten zeitnah eine persönliche Einladung mit detaillierter Agenda und Bekanntgabe der Veranstaltungs-Location. Selbstverständlich werden wir für entsprechende Hotelkontingente sorgen. Bereits heute nehmen wir gerne Ihre Anmeldung entgegen. Senden Sie uns einfach eine kurze E-Mail an [topictable@fivetopics.de](mailto:topictable@fivetopics.de).

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

## TOPICTABLE 2015-1

Eine gute Tradition: Herausragende Keynote-Speaker

Speaker 2013

Michael Weller

Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen

Speaker 2014

Prof. Dr. Volker Ulrich



Topic Table  
Location: Hamburg



Speaker 2015

Prof. Dr. Schreyögg



# Situation und Ansatzpunkte Kostenmanagement

Im Rahmen der Beitragssatzveränderungen wird 2015 das Thema Kostenmanagement noch stärker in den Fokus rücken. Five Topics gibt einen Gesamtüberblick und stellt konkrete Ansatzpunkte und wirkungsvolle Beratungspakete vor.

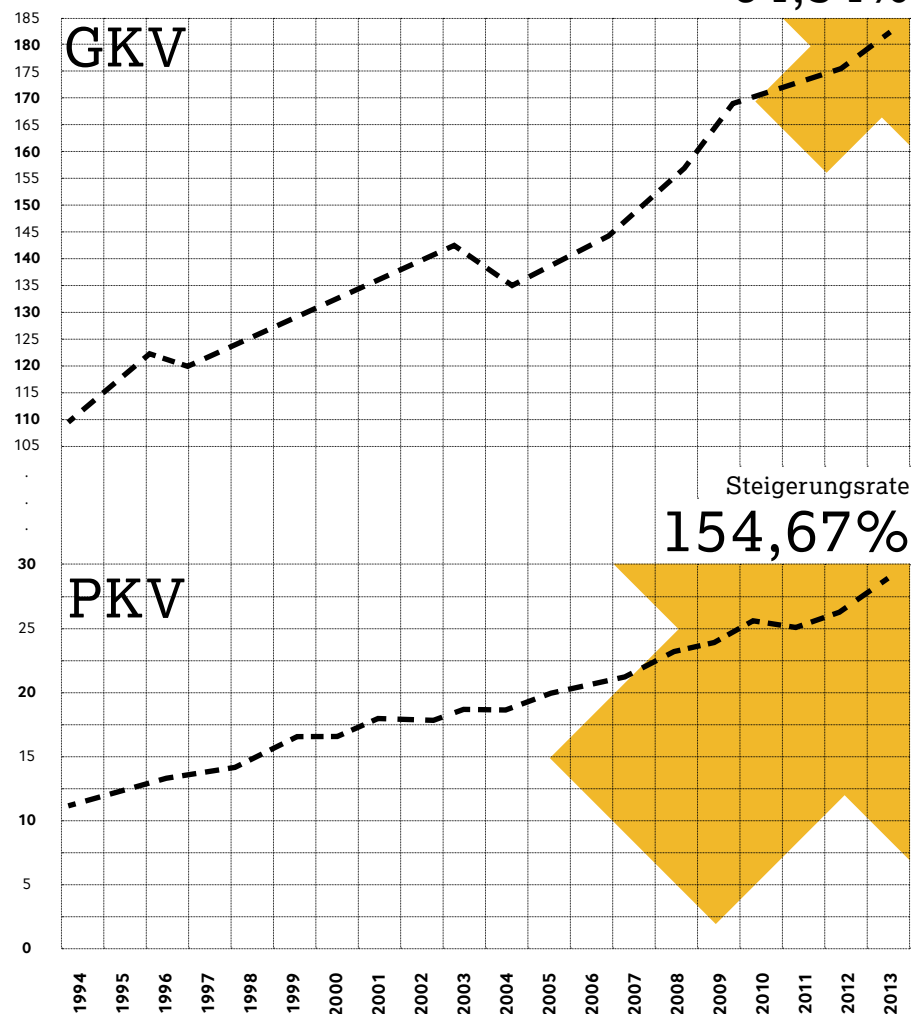
## Ausgangssituation GKV

Nach einigen Jahren mit insgesamt positiven Finanzergebnissen der gesetzlichen Krankenkassen, entsteht 2015 neuer Druck auf die wirtschaftliche Situation. Die Senkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6% und die bei vielen Kassen bereits eingeführten oder sich ankündigenden Zusatzbeiträge, feuern die Diskussion rund um das Kostenmanagement an.

## Auswirkungen auf die PKV

Sowohl GKV wie auch PKV sehen sich mit steigenden Ausgaben konfrontiert. Besonders im PKV-Markt zeigt die Kostenkurve steil nach oben. Eine Entwicklung, die auf die Ausgleichseffekte im Gesundheitswesen zurückzuführen ist: Die Kostendämpfungsgesetze machen sich bei den gesetzlichen Krankenkassen positiv bemerkbar – für die PKV entsprechend eher negativ.

Entwicklung Leistungsausgaben GKV und PKV in Mio. Euro



Steigerungsrate  
**64,54%**

Steigerungsrate  
**154,67%**

Ausgabenanteile GKV 1. Quartal 2014

Fahrtkosten 2%
Vorsorge & Rehamaßnahmen 2%
Behandlungs-/Häusliche Krankenpflege 2%
Zahnersatz 2%
Heilmittel 3%
Sonstige Ausgaben 3%
Hilfsmittel 4%
Krankengeld 5%
<b>Nettoverwaltungskosten 5%</b>

Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz 5%
Arzneimittel 17%
Vertragsärztliche Versorgung 18%
Krankenhausbehandlung 33%

Das Five Topics Beratungspaket setzt nicht nur hier an.

Ausgaben bzw. Kosten gliedern sich in Leistungsausgaben und Verwaltungskosten.

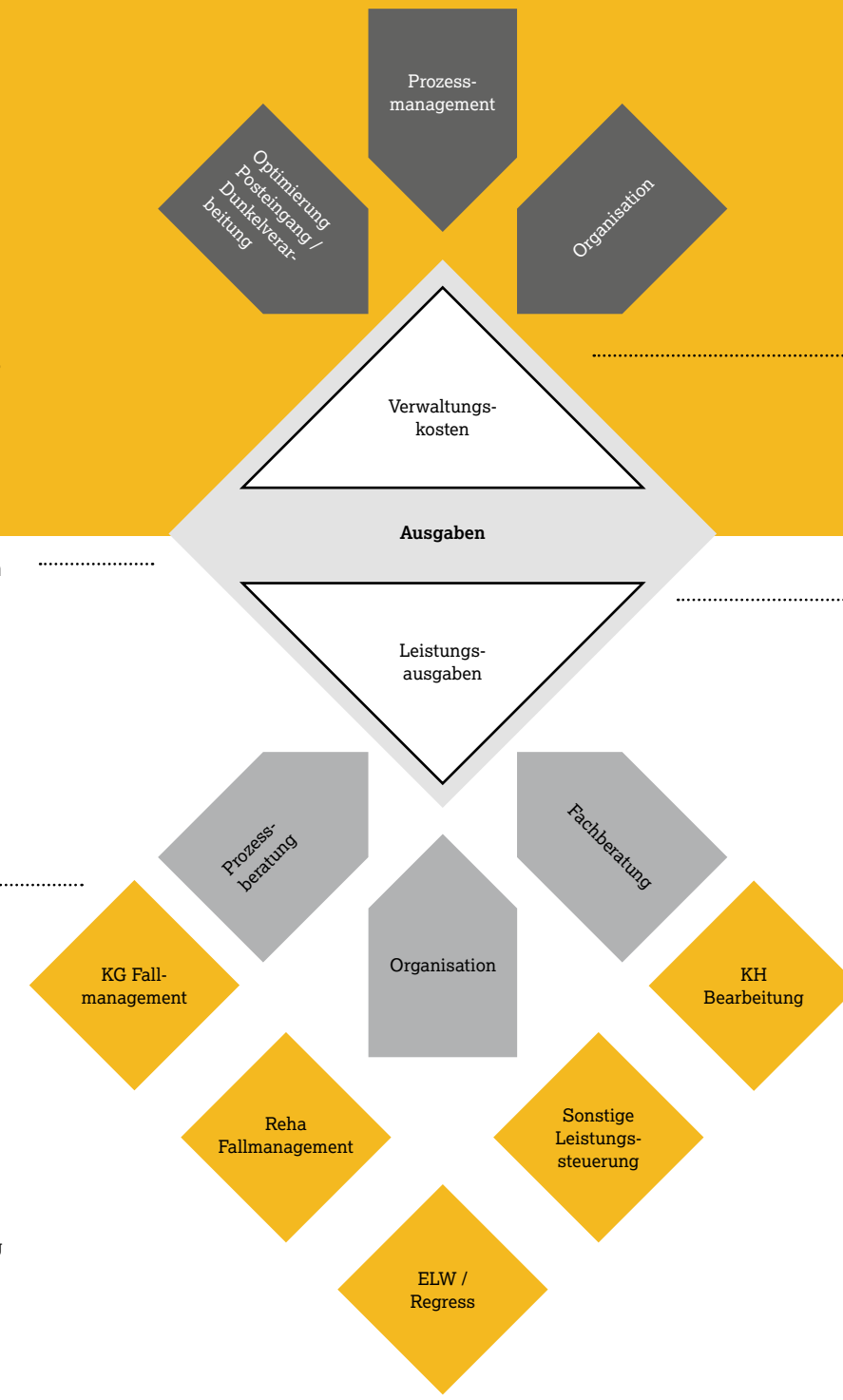
Für die Fachlichkeit hat Five Topics gezielt Beratungspakete aufgebaut.

Krankengeldfallmanagement  
Krankenhausbearbeitung / Krankenhaus Analyse

Sonstige Leistungssteuerung (z.B. Reha Fallmanagement)

Pflegeversicherung (Ansatzpunkt, der besonders für Kassen mit weniger Pflegefällen interessant ist)

ELW (Ersatzleistungswesen) / Regress



Verwaltungskosten lassen sich durch Automatisierung, Organisationsänderungen und Prozessmanagement positiv beeinflussen.

Leistungsausgaben lassen sich dadurch ändern, dass auch dort Prozesse optimiert werden (Verringerung der Fehlerhäufigkeit / Durchgängigkeit von Entscheidungen etc.) oder auch Organisationen geprüft werden (Ableitung von Schnittstellen, Kommunikationswege, Fehlerwahrscheinlichkeiten etc.).

## Fazit

Die letzte offizielle Ausgabenstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit, zeigt für die gesetzlichen Krankenversicherungen folgendes Bild: Je Versicherten gab es im ersten Halbjahr 2014 einen Ausgabenzuwachs von 5,2%. Die Leistungsausgaben stiegen um 5,3 Prozent je Versicherten; die Verwaltungskosten um rund 2,2 Prozent. Gerade unter diesen Rahmenbedingungen rücken die aktiv beeinflussbaren Themenfelder wieder verstärkt in den Fokus der Branche.

Unsere plakative Übersicht macht transparent, wo aktives und effizientes Kostenmanagement betrieben werden kann und welche Instrumente dafür geeignet sind. Unsere Fachberater beweisen hier mit dem beruflichen Hintergrund einer Ausbildung zum Kassenfach- oder Betriebswirt hohe, praxisorientierte Kompetenz. Für die GKV, wie für die PKV. Auf Basis langjähriger Erfahrung in unterschiedlichsten Projekten, haben wir Beratungspakete entwickelt, die eine analytische, strukturierte und umsetzungsorientierte Vorgehensweise sicherstellen.

Unsere Leistungen für einige Themengebiete stellen wir Ihnen auf den Folgeseiten vor.

**Krankengeld- und Krankentagegeldfallmanagement**

Krankengeldfälle haben meist einen langen zeitlichen Horizont. Ohne eine entsprechende Steuerung, sind entstehende Kosten also kaum abzusehen. An dieser Stelle beraten wir zur Thematik des Fallmanagements. Eine Analyse Ihrer individuellen Situation und ein darauf aufbauender Einsatz entsprechender Software-Produkte, zeigt hier greifbar positive Effekte.

Diese positiven Entwicklungen können die von Five Topics zielgerichtet beratenen Kassen bereits nach kurzer Zeit verzeichnen. Durchdachte Justierungen der Software führen Ihr Haus von der reinen Terminverwaltung hin zu einer vollumfänglichen Fallbetrachtung. Damit schaffen Sie sich als Leistungserbringer gezielte Interventionsmöglichkeiten für Koordination und Beratung.

Übergeordnet erreichen Sie eine Automatisierung von Prüfprozessen sowie eine Erhöhung der Qualität, die sich nicht zuletzt auch auf die Kundenzufriedenheit auswirkt.

Besondere Berücksichtigung können vor allem Diagnosegruppen erlangen (in Absprache mit dem Auftraggeber – z.B. F-Diagnosen).

Wir kennen sowohl Vorgehensweisen der PKV als auch der GKV bei steigenden Ausgaben im Krankengeld- / Krankentagegeld-Bereich.

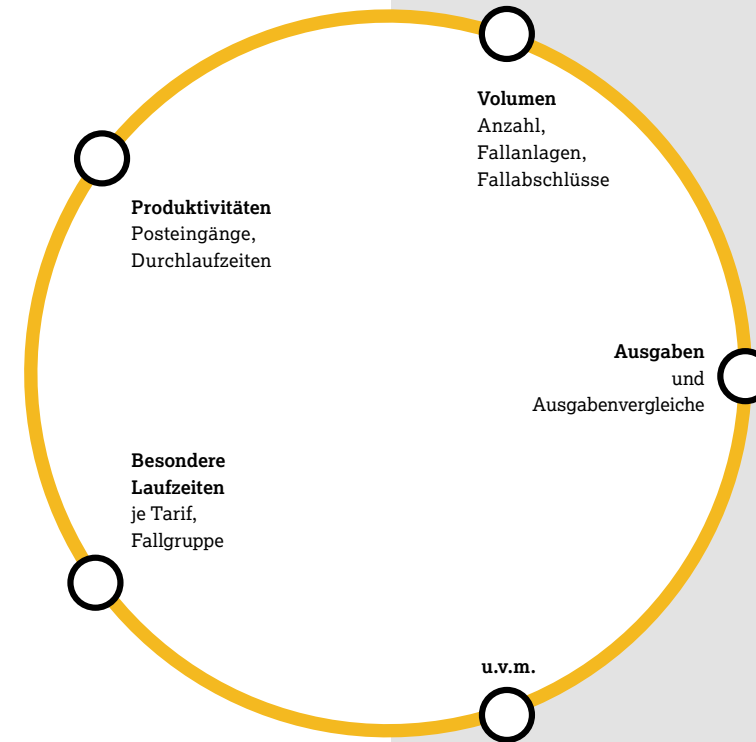
PKV Unternehmen nutzen bisher kaum die Möglichkeit eines »echten Krankentagegeld-Fallmanagements« obwohl die Probleme in GKV und PKV nahezu identisch sind.

- Five Topics überführt die Prüfpunkte / Interventionskriterien der GKV auch auf die Bedürfnisse der PKV
- Five Topics kennt selbstverständlich die gesetzlichen Bestimmungen des SGB und macht Schnittstellen für die PKV zugänglich

**Einrichtung Controlling und Verbesserungsprozesse**

Mit der Veränderung der Prozesse wird dann ein umfangreiches Controlling der operativen, aber auch strategischen Kennzahlen notwendig.

Einrichtung Controlling und Verbesserungsprozesse



Projektvorgehen Five Topics (Auszug)



**Leistungen der Five Topics AG in der Zusammenfassung**

- Lieferung und Anpassung von Prüfpunkten hinsichtlich der Sachverhalte, der Personengruppen, der Kosten sowie der internen Qualität
- Überführung von Diagnose Interventionspunkten auf den vorhandenen Bestand
- Einführung des Fallmanagements auch in Form eines Piloten
- Unterstützung bei der Implementierung von Fallbesprechungen sowie der Entscheidung, welche Fälle steuerbar sind
- Hilfe bei Versichertengesprächen bis hin zu Kommunikationsschulungen (sofern notwendig)
- Erstellung unterstützender Unterlagen
- Analyse der Aufbau- und Ablauforganisation unter Einbeziehung der Besonderheiten eines Fallmanagements
- Hilfestellung bei der Verbindung zu gesetzlichen und sonstigen Leistungsträgern
- Analyse vorhandener Vorgehensweisen und Implementierung Krankentagegeld Fallsteuerung
- Arbeitsweisen werden sowohl für GKV als auch für PKV Unternehmen explizit ausgerichtet
- Umsetzung individueller Konzepte
- Zusammenstellung einzelner Kennzahlen (bei Bedarf je Teilprozess) und Erstellung eines individuell angepassten Controllings

**Krankenhausfallmanagement**

Das Prüfredgerwerk der Expertensysteme ist oft eine »black box« und lässt sich nur schwer auf die Bedürfnisse des Versichertenbestandes umbauen.

Grundlage sollte sein: Nur die Sachverhalte zu prüfen, welche eine festgelegte Rechnungskorrekturwahrscheinlichkeit übersteigen.

**Ersatzleistungen**

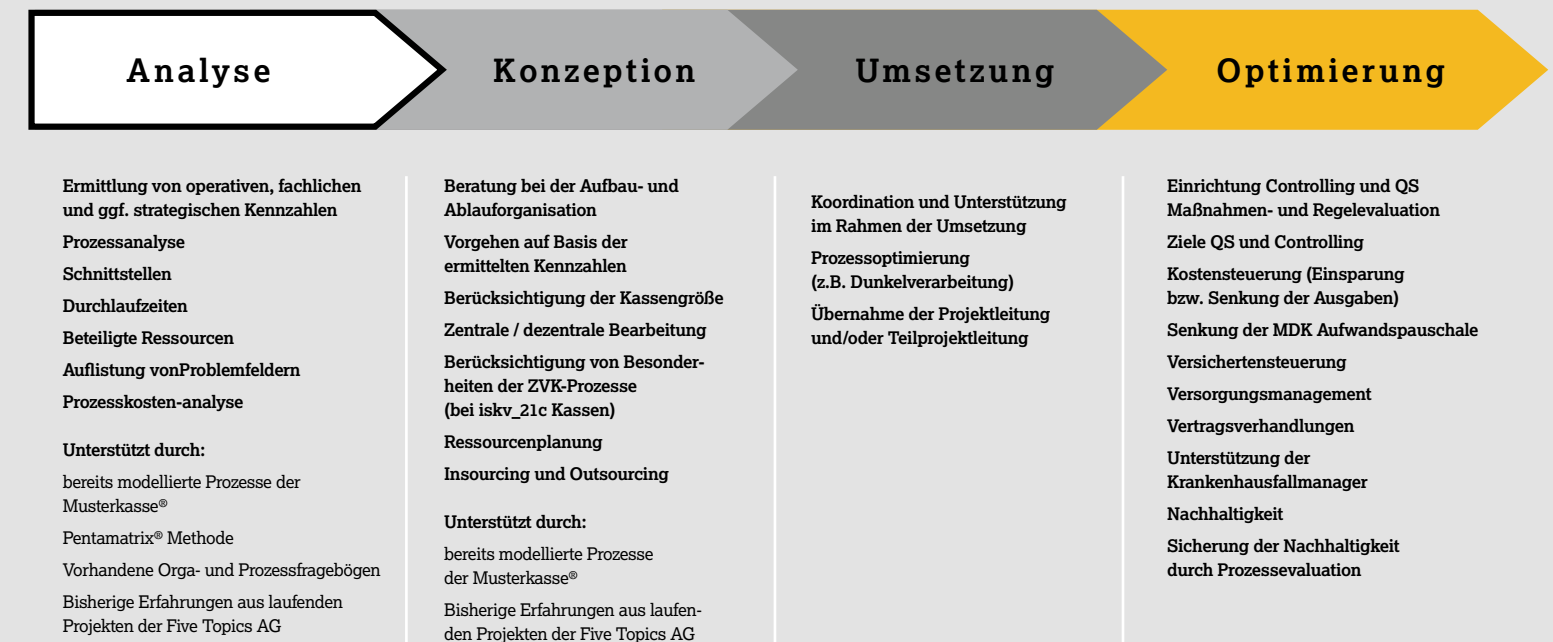
Ganz gleich, ob Sie einen zentralen oder dezentralen Ansatz verfolgen – Five Topics kennt alle gängigen Schnittstellen. Wir analysieren bestehende Prozesse, erstellen auf Ihr Unternehmen zugeschnittene Konzepte und unterstützen Sie bei der Erstellung angepasster Instrumente wie Diagnoselisten, Checklisten etc.

Alle gängigen ELW- und Regressprozesse sind in der GKV-Musterkasse® der Five Topics bereits abgebildet und können individuell auf Ihre Bedürfnisse angepasst werden.

**Haben wir Ihr Interesse geweckt? Gerne stellen wir Ihnen unsere Lösungspakete detaillierter vor.**

**Unser Spezialist für diesen Bereich, Herr Jörg-Henning Grimm, freut sich auf Ihre Fragen: joerg-henning.grimm@fivetopics.de**

Projektvorgehen Five Topics (Auszug)



## Five Topics unterstützt diverse Kassen bei der erfolgreichen Einführung der Branchensoftware iskv\_21c

### Salus BKK

Vor einem Jahr startete die Salus Betriebskrankenkasse das bisher größte EDV-Projekt ihrer Unternehmensgeschichte. Mit dem 2. September 2014 hat sie planmäßig und abschließend alle branchenspezifischen Geschäftsprozesse auf das neue, zukunftsorientierte EDV-System iskv\_21c umgestellt.

# i

Mit Unterstützung des erfahrenen Beraterhauses Five Topics AG sowie den Experten des itsc, das für den technischen Betrieb und den fachlichen Support der Software iskv\_21c verantwortlich ist, führte das Projektteam der Salus BKK, unter Leitung von Holger Hauswirth, die Umstellung zum Erfolg. »Die Kunden sollten im Tagesgeschäft möglichst wenig von dieser internen Großbaustelle mitbekommen. Auch wenn dies insbesondere in den letzten Wochen vor dem Umstellungstermin im Einzelfall nicht immer ganz zu vermeiden war, haben wir das unter dem Strich doch sehr gut hinbekommen«, stellt Projektleiter Hauswirth zufrieden fest. »Alle 320 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren direkt wieder arbeitsfähig und konnten sich um die Kundenanliegen kümmern. Das war uns besonders wichtig. Hierfür gebührt allen Beteiligten ein großes Dankeschön.«

# S

»Die wesentlichen Erfolgsfaktoren waren der frühzeitige Projekteinstieg im vergangenen Sommer, die detaillierte Planung und Steuerung der gesamten Aktivitäten und ein professionelles, engagiertes Projektteam«, erläutert Matthias Erlemann, verantwortlicher Seniorberater der Five Topics AG.

Ute Schrader, Vorstand der Salus BKK, zieht ein positives Resümee: »Alle Beteiligten haben von Beginn an sehr konstruktiv und zielorientiert zusammengearbeitet. Das zahlt sich am Ende aus. Mit dem Umstieg auf die neue EDV-Generation iskv\_21c sind wir als erfolgreiche mittelständische Betriebskrankenkasse für die nächsten Jahre ins Sachen IT-Infrastruktur gut aufgestellt. Davon werden Mitarbeiter und Kunden im Alltagsgeschäft inhaltlich und zeitlich gleichermaßen profitieren.«

»Von Seiten des itsc sind wir sehr zufrieden mit dem reibungslosen Projektverlauf und dem positiven Fazit der Salus BKK in Neu-Isenburg«, ergänzt Thorsten P. Balsler, Projektleiter des itsc.

**hkk – Erste Gesundheit**  
Im November 2013 startete die hkk – Erste Gesundheit das Projekt »hkk\_goes\_21c« mit dem Ziel eine marktgerechte, zeitgemäße, anforderungsgerechte und auf die Zukunft ausgerichtete GKV-Branchenlösung iskv\_21c zu implementieren. Mit dem 3. November 2014 wurden planmäßig alle spezifischen Geschäftsprozesse auf iskv\_21c umgestellt.

Mit Unterstützung der Experten der BITMARCK, welche für den technischen Betrieb und den fachlichen Support der Software iskv\_21c verantwortlich zeichnet, und des erfahrenen Beraterhauses Five Topics AG, konnte das Projektteam der hkk unter Leitung von Erich Oltmer diese große Herausforderung erfolgreich meistern.

# k

Der Projektleiter, die Teilprojektleiter, die versierten Fachexperten der hkk, die Mitarbeiter aus dem Umstellteam der BITMARCK, sowie die Senior Berater der Five Topics AG arbeiteten, während der letzten 12 Monate, mit aller Kraft an der Erreichung dieses Ziels. Die Senior Berater der Five Topics AG unterstützten den Projektleiter, die Teilprojektleitungen und übernahmen die Leitungen der Teilprojekte Zusatzprodukte und Technik.

# v

Mit dem parallelen Wechsel des Rechenzentrums und dem damit verbundenen Umzug der Windows-Terminal-Server war dieses Projekt auch für die hkk von außergewöhnlichem Umfang. Mit der Umstellung von ISKV Basis auf iskv\_21c waren auch zahlreiche Zusatzprodukte auf die neue Systemlandschaft um das iskv\_21c anzupassen und es galt, die dortigen Verfahren und Schnittstellen in die neue Welt zu überführen.

# 2

»Mit dem erfolgreichen Umstieg haben wir den Spagat geschafft, neben dem Wechsel auf eine moderne Software auch den Wechsel zu einem neuen Rechenzentrum zu vollziehen, und gleichzeitig den Zeitraum für den Systemausfall sehr gering zu halten. Hierfür ein herzliches Dankeschön an alle Beteiligten!«, so der Sponsor des Projekts, Herr Stephan Rüstmann.

»Das sehr hohe Engagement und fachliche Knowhow der Projektmitarbeiter der hkk waren neben dem frühzeitigen Einstieg in die Projektvorbereitung, dem kollegialen Klima im Projekt und die konzentrierte und gewissenhafte Erledigung der Aufgaben die wichtigsten Erfolgsfaktoren«, erläutert das verantwortliche Beraterteam der Five Topics AG.

# 1

»Von Seiten der BITMARCK sind wir sehr zufrieden mit dem reibungslosen Projektverlauf und dem positiven Fazit der hkk in Bremen«, ergänzt Henry Machleb, Projektleiter der BITMARCK.

**BIG direkt gesund**  
Deutschlands größte Direktkrankenkasse, BIG direkt gesund, stellt erfolgreich auf die neue Branchensoftware iskv\_21c um. Die BITMARCK-Unternehmensgruppe und Berater der Five Topics AG unterstützten die Mitarbeiter der BIG in diesem komplexen Projekt.

BIG direkt gesund, Deutschlands größte Direktkrankenkasse, ist am 01.12.2014 nach nicht einmal einem Jahr Projektdauer live gegangen. Dies ist dem großen Engagement und der Zielstrebigkeit des Projektteams zu verdanken. Die Herausforderungen lagen hier bei den Besonderheiten einer modernen Direktkrankenkasse mit einem sehr hohen technischen Anspruch. Gerade die Umsetzung der Webcenterkomponenten war ein wichtiger Bestandteil im Projekt.

»Mit unserer neuen und modernen Kernsoftware sind wir bestens aufgestellt für zukünftige technische Entwicklungen. Unsere Vorstellungen von »digitaler Nähe« können wir nun noch besser und schneller umsetzen«, so Peter Kaetsch, Vorstandsvorsitzender der BIG.

Gemeinsam mit dem Projektteam der BIG, dem Umstellungsteam von BITMARCK und den Senior Beratern der Five Topics AG, wurde dieses Projekt erfolgreich durchgeführt.

Als Partner der BITMARCK-Unternehmensgruppe berät und unterstützt die Five Topics AG die BIG mit mehreren erfahrenen Senior Beratern in den wesentlichen Teilprojekten.

# c

»Ein solches Projekt innerhalb einer so kurzen Zeit muss straff geplant sein und macht ein gut abgestimmtes Projektmanagement notwendig. Dies ist uns gemeinsam mit allen Partnern gut gelungen. Hierfür gebührt allen Beteiligten ein großes Dankeschön«, fasst Lea Thanner, Projektleiterin und Senior Beraterin der Five Topics AG zusammen. »Mit unserer Erfahrung als Beratungsspezialist im Gesundheitsmarkt konnten wir als verlässlicher Partner von BITMARCK und BIG zum Erfolg des Projektes beitragen. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit BITMARCK war dabei ein wichtiger Baustein.«

Andreas Strausfeld, Geschäftsführer der BITMARCK-Unternehmensgruppe, bedankte sich beim gesamten Projektteam: »Die ausgezeichnete Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten war entscheidend für den Projekterfolg. Wir freuen uns darüber hinaus sehr, unserem Kunden mit Umstellung, Software und RZ-Betrieb alle zentralen Dienstleistungen aus einer Hand bieten zu können.«



# In eigener Sache

## Veranstaltungen 2015

Bitte merken Sie sich bereits jetzt für das erste Quartal 2015 folgenden interessanten Veranstaltungstermin vor:

**26. März 2015**

Topic Table in Hamburg

### Thema

Krankenhausmanagement

### Key-Note

Prof. Dr. Jonas Schreyögg  
Universität Hamburg

Details zur Veranstaltung werden wir in Kürze auf unserer Website in der Rubrik Events veröffentlichen. Selbstverständlich senden wir Ihnen auch eine persönliche Einladung zu. Alle Informationen zu Agenda, Veranstaltungsort und Unterkunftsmöglichkeiten entnehmen Sie bitte dieser Einladung.

## Blog

Die Artikel zu diesem Newsletter und alle Themen, die den Gesundheitsmarkt sonst noch bewegen, lesen Sie in unserem Blog. Klicken Sie rein und diskutieren Sie mit. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag! [blog.fivetopics.de](http://blog.fivetopics.de)

## Schlusswort

Wir wünschen Ihnen einen guten Start ins Jahr 2015, das sicherlich einige spannende Weichenstellungen bereithält. Sicherlich haben wir zu unserem Topic Table im März Gelegenheit, aktuelle Entwicklungen persönlich zu diskutieren.

Bis zur nächsten Ausgabe der Five Topics News!  
Ihr Five Topics Team.

## Feedback

Wie ist Ihre Meinung zu den aktuellen Themen? Welche Themen würden Sie gerne behandelt sehen? Nehmen Sie mit uns Kontakt auf:  
[info@fivetopics.de](mailto:info@fivetopics.de)

## Impressum

Five Topics AG

Fraunhofer Straße 22  
82152 Martinsried

Tel. +49 (0)89 95 89 3-77 00  
Fax. +49 (0)89 95 89 3-77 28

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

Vorstand:  
Ralf Minning

Aufsichtsratsvorsitzender:  
Joachim Adam

Registergericht München  
HRB 202570

## Konzept

Skalecki Marketing &  
Kommunikation GmbH

Margaretenstraße 17  
60489 Frankfurt am Main

[www.skalecki-kommunikation.de](http://www.skalecki-kommunikation.de)

## Gestaltung und Satz

Martin Berkemeier  
Visuelles Gut

Dipl. Designer (FH)

Fritz-Kohl-Str. 3B  
55122 Mainz

[www.martinberkemeier.com](http://www.martinberkemeier.com)