Alexander Pimperl
Timo Schulte
Dr. Christian Daxer
Dr. Monika Roth
Helmut Hildebrandt

Balanced Scorecard-Ansatz: Case Study Gesundes Kinzigtal

In einem vorangestellten Artikel (s. MVF 06/12) wurde theoretisch herausgearbeitet, dass der Balanced Scorecard (BSC)-Ansatz ein hilfreiches System für das Performance Management (PM) von Netzwerken im Gesundheitswesen darstellen kann (vgl. Pimperl et al. 2012). Dieser zweite Artikel fokussiert auf Aspekte der praktischen Umsetzbarkeit. Ziel ist es, anhand einer Fallstudie im Einzelfalldesign (vgl. zur Methodik z.B. Yin 2003; Eisenhardt 1989) den Entwicklungs- und Implementierungsprozess in einem integrierten Versorgungssystem im deutschen Gesundheitswesen zu erörtern. Als Fallbeispiel dient das IV-Modell Gesundes Kinzigtal.

>> Der Vertrag zur integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) wurde im Jahr 2005 mit der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und ein Jahr später mit der LKK Baden-Württemberg (LKK BW) und der Gesundes Kinzigtal GmbH (GK) mit einer Laufzeit von neun Jahren geschlossen.[1] Im IV-Vertrag wurde vereinbart, dass GK die ökonomische und medizinische Mitverantwortung für alle Indikationen und Leistungsbereiche (mit Ausnahme der Zahnmedizin) für die ca. 31.000 Versicherten der beiden Krankenkassen, die in der PLZ-Region Kinzigtal wohnen, übernimmt. Unter anderem koordiniert GK Versorgungsprozesse über verschiedene Sektoren hinweg, setzt eigene Krankheitsmanagement- und Präventionsprogramme um und führt ein regelmäßiges Controlling durch (ausführlicher dazu Hildebrandt et al. 2010). Ein wichtiger Bestandteil des regelmäßigen Controllings ist der BSC-Ansatz.

Die Diskussion des Implementierungsprozesses des BSC-Ansatzes erfolgt anhand des im ersten Artikel (vgl. Pimperl et al. 2012) erörterten sieben-Phasen-PM-Vorgehensmodells (siehe I. bis VII.):

I. Bedarfsevaluation/PM Audit: Insgesamt bot sich eine gute Ausgangslage, da GK bereits über eine umfangreiche Datenbasis verfügte: die Routinedaten der kooperierenden Krankenkassen für alle Versicherten der PLZ-Region Kinzigtal.[2] Diese Datenbasis ist die zentrale Grundlage für die Informationsbedürfnisse der BSC. Zusätzlich konnte auf Dokumentationen der GK-Geschäftsstelle (Abrechnungs- und medizinische Daten zu IV-spezifischen Sonderleistungen) zugegriffen werden. Um diese Daten systematisch für ein PM nutzen zu können, wurde Ende 2006 mit dem Aufbau einer adäquaten IT-Infrastruktur sowie einer Controlling- und Versorgungsforschungsabteilung begonnen. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass sowohl das Netzmanagement, die kooperierenden Leistungserbringer als auch die AOK BW breite Unterstützung für ein solches Vorhaben gezeigt haben.

II. Entwicklung der Strategie: Für die nachfolgenden Phasen bildete der Gesundheitsnutzen für das Versichertenkollektiv den Maßstab für die strategische Ausrichtung der BSC.[3]

Zusammenfassung

Der Balanced Scorecard-Ansatz wird aufgrund seiner konzeptionellen Ausgestaltung als adäquates Performance Management System für Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen diskutiert. Eine empirische Überprüfung fehlt bislang. In diesem Artikel soll der Entwicklungs- und Implementierungsprozess eines solchen Ansatzes am Beispiel eines integrierten Versorgungssystems im deutschen Gesundheitswesen (Gesundes Kinzigtal) tiefergehend erörtert werden. Es wird aufgezeigt, dass und wie ein solcher Ansatz in die Managementpraxis eines Netzwerkes integriert werden kann und welche Herausforderungen sich dabei stellen. Besonders hervorgehoben wird die Notwendigkeit der Verfügbarkeit der GKV-Routinedaten und deren Kombination mit den klinischen Praxisdaten, die Gewährleistung eines schnellen und zeitgerechten Feedbacks, die kulturelle Dimension eines herrschafts- und vorwurfsfreien Diskurses sowie die Begrenzungsnotwendigkeit der Kosten.

Schlüsselwörter

Kennzahlensystem, Performance Management, Qualitätsmessung, Gesundes Kinzigtal, Integrierte Versorgung, Balanced Scorecard, Benchmarking

III. Explikation der Strategie: Die Konkretisierung und Quantifizierung der Strategie über Ziele und Kennzahlen erfolgte insbesondere über zwei Instrumente des BSC-Ansatzes: Strategy Maps und BSCs (zur theoretischen Differenzierung vgl. Pimperl et al. 2012). Abbildung 1 zeigt einen für GK erarbeiteten Ansatz für kooperierende Hausärzte, der die Instrumente integriert.

Dieses „Versorgungscockpit" für die Hausarztpraxis wurde in drei hierarchische Perspektiven gegliedert: Die erste Perspektive stellt die Strukturebene dar (Lernen und Innovation, Patientenstruktur). Diese bildet die Basis für die zweite Perspektive der Prozesse (Verbesserung Arzneimittel-Management, Inanspruchnahme-Verhalten, Verbesserung Diagnosequalität) und diese wiederum wird als Bedingung zur Optimierung der Ergebnisse (medizinische/versichertenbezogene Outcomes, finanzielles Ergebnis) gesehen. Parallelen zur originären BSC mit den vier Perspektiven Finanzen, Kunden, interne Prozesse sowie Lernen und Entwicklung lassen sich erkennen.

Entscheidend für die Ausgestaltung des Versorgungscockpits war insbesondere die Anlehnung an das im Gesundheitswesen allgemein akzeptierte Qualitätskonzept von Donabedian (Adair et al. 2003: 28; Donabedian 2005: 692ff, 721).

Die drei Perspektiven wurden, wo es sinnvoll für eine klarere Strukturierung schien, in weitere strategische Themen untergliedert (Abb. 1). Zu den strategischen Themen wurden Kennzahlen definiert. Beispielhaft wird in Tabelle 1 jeweils ein Indikator pro Thema und Perspektive präsentiert. Sie zeigen den aktuellen Entwicklungsstand der Diskussion zwischen der Geschäftsführung und den Ärzten auf und werden laufend weiterentwickelt und diskutiert. Für das strategische Thema Wirtschaftlichkeit wird pro Hausarztpraxis auf der Strukturebene z.B. der Anteil eingeschriebener Versicherter an allen behandelten Patienten der beteiligten Krankenkassen pro Quar-

1: Die regionale Managementgesellschaft GK ist eine Gemeinschaftsgründung von Medizinischen Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK) und der OptiMedis AG

2: GKV-Routinedaten sind die routinemäßig erhobenen Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Dies sind im Speziellen Angaben zu Stammdaten der Versicherten, vertragsärztlicher und stationärer Versorgung, Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie zu Arbeitsunfähigkeit und Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten (ausführlich dazu Pimperl 2007: 33ff). Der Dank gilt der AOK und LKK BW für das Zurverfügungstellen der Rohdaten, auf denen große Teile der Auswertungen im Kinzigtal beruhen.

3: Als Gesundheitsnutzen wird die parallele Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung betrachtet (vgl. u.a. Hildebrandt et al. 2009: 154ff; 2011a: 585f).



Abb. 1: Übersichtsblatt des Versorgungscockpits für die Hausarztpraxis (Beispielexporte aus der Business-Intelligence-Suite Deltamaster).

tal angegeben. Ein möglichst hoher Anteil wird zwar nicht als Garantie für Wirtschaftlichkeit, wohl aber als eine Vorbedingung gesehen. Auf der Prozessebene steht die Generikaquote als ein Indikator für den bisher erreichten Ausschöpfungsgrad des wirtschaftlichen Potenzials in der Arzneimittelversorgung. Auf der Ergebnisebene wird als ökonomische Kennzahl der aktuelle durchschnittliche Deckungsbeitrag pro Patient angezeigt. Dabei ist allen Beteiligten bewusst, dass diese Zahl, auf die Größe einer Praxis mit z.B. 500 AOK-/LKK-Patienten berechnet, nur ein erster Indikator ist und genauerer Betrachtung bedarf. Bei so kleinen Fallzahlen ist davon auszugehen, dass die Prognosegenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches, der in die Deckungsbeitragsberechnung mit eingeht, nicht ausreichend ist, was zu Verzerrungen führen kann (zum Deckungsbeitragscontracting siehe Hildebrandt et al. 2010, sowie zum Morbi-RSA Drösler et al. 2011). Für das strategische Thema Qualität wurde als Kennzahl auf Strukturebene z.B. die absolute Anzahl an Stunden pro Quartal, die für die Mitarbeit in Qualitätszirkeln aufgebracht wurde, definiert. Auf der Prozessebene wird als Indikator der Anteil von Patienten ab 65 Jahren, welche mindestens eine Verordnung eines potenziell inadäquaten Arzneimittels aufweisen (Definition gemäß Holt et al. 2011), herangezogen. Ein wichtiges Erfolgskriterium der Osteoporose-Prävention und -behandlung besteht in der Verringerung der Frakturhäufigkeit (z.B. Silverman et al. 2007). Der Anteil der Patienten mit Fraktur unter allen Osteoporose-Patienten gibt in der Ergebnisperspektive einen Hinweis auf die Qualität der Frakturprävention. Aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen, bedarf es aber auch hier weiterer Detailanalysen, um relevante Schlüsse ziehen zu können (Tab. 1).

Im Versorgungscockpit werden die Werte der analysierten Praxis dem Durchschnitt der Leistungspartner und Nicht-Leistungspartner des gleichen Fachgebiets gegenübergestellt (Abb. 1).[4] Zusätzlich wird die zeitliche Entwicklung der jeweiligen Praxis als Miniatur-Säulendiagramm (Sparklines) dargestellt.[5] Lässt sich eine statistisch signifikante Entwicklung über die Zeit nachweisen, so wird diese über einen Trendpfeil illustriert. Zusätzlich zu den jeweiligen Kennzahlen des Versorgungscockpits werden Detailberichte generiert. Diese liefern eine vollständige Gegenüberstellung aller Benchmarking-Partner sowie spezifische weitere Kontextanalysen zur jeweiligen Kennzahl. Für den Indikator Anteil Patienten über 65 Jahre mit potenziell inadäquater Medikation können z.B. neben dem Rang im Vergleich und der absoluten Anzahl an Verordnungen auch die am häufigsten verordneten, möglicherweise unangemessenen Wirkstoffe inklusive Empfehlungen zu potenzieller Substitution eingeblendet werden (Abb. 1). Die einzelnen Praxen werden in einem Ranking pseudonymisiert gelistet. Nur Werte der eigenen Praxis und die der beiden Praxen mit der besten Zielerreichung sind ersichtlich (sofern sich die Kennzahl beurteilen lässt). So soll die einzelne Praxis ihre Optimierungspotenziale erkennen und eine positive Form der Leistungs-

4: Leistungspartner sind Haus- und Fachärzte, die in vertraglicher Kooperationsbeziehung mit GK stehen. Nicht-Leistungspartner erbringen zwar Leistungen an Versicherten der AOK oder LKK BW aus der PLZ Region Kinzigtal, haben aber keine Vertragsbeziehungen mit GK.

5: Sparklines sind einfache, konzentrierte Grafiken in Wortgröße (ausführlich dazu Tufte 2012).

messung sowie kontinuierliches Lernen angeregt werden, ohne dabei Praxen mit unterdurchschnittlichen Ergebnissen negativ hervorzuheben.

IV. Sicherstellung gemeinsamer strategischer Ausrichtung: Das Versorgungscockpit für Hausarztpraxen ist nur ein Teil des vollständigen BSC-Ansatzes in der IVGK. Ein wichtiger Erfolgsfaktor für PMS ist eine tiefe und breite Integration in die Netzwerkorganisation. Das bedeutet für das konkrete Beispiel, dass nicht nur für die Hausärzte, sondern ebenso für weitere wichtige Anspruchsgruppen (Stakeholder) eine gemeinsame strategische Ausrichtung angestrebt und entwickelt wird. In der IVGK lassen sich mehrere Ebenen unterscheiden. Auf oberster Ebene ist das Gesamtnetzwerk mit dem Netzmanagement verortet. Dieses kann die BSC sowohl zur internen strategischen Steuerung als auch gegenüber ihren Vertragspartnern zur Legitimation nutzen. Mit der AOK BW wird z.B. auf dieser Ebene gemeinsam an einer Kooperations-BSC gearbeitet. Von dieser Ebene aus lässt sich die BSC auf die einzelnen „Geschäftseinheiten und unterstützenden Funktionen" des IV-Systems kaskadieren.[6] Diese sind im Falle der IVGK die einzelnen Gruppen von Leistungspartnern (Haus-, Fachärzte, Psychotherapeuten), Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie die Managementgesellschaft mit eigenen Mitarbeitern. Für diese Ebene wurde ein einheitliches BSC-Design entwickelt (Beispiel Versorgungscockpit), welches zukünftig sämtlichen Einzelorganisationen zur Verfügung gestellt werden soll. Hervorzuheben ist, dass sämtliche Beziehungen zwischen den verschiedenen Stakeholdern und zum Netzmanagement als heterarchische Organisationsform zu verstehen sind (vgl. ausführlicher Hildebrandt et al 2011b). Konkret heißt dies, dass beim Ausrollen des

Ausgewählte Kennzahlen		
	Strategisches Thema	
Indikatoren	**Qualität**	**Wirtschaftlichkeit**
Ergebnis	Anteil Patienten mit epidemiologisch sicherer Osteoporose u. Frakturdiagnose	Deckungsquote bzw. -beitrag pro Patient
Prozess	Anteil Patienten ü. 65 Jahre mit potenziell inadäquater Medikaton (PRISCUS-Liste)	Generikaquote am generikafähigen Markt
Struktur	Teilnahme der Netzärzte an Qualitätszirkeln	Anteil Patienten, die in IVGK eingeschrieben sind

Tab. 1: Ausgewählte Kennzahlen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit nach Betrachtungsebene.

6: Terminologie von Kaplan/Norton 2008: 11f, 127

Literatur

Adair, E.C./Simpson, L./Birdsell M.J./Omelchuk, K./Casebeer, L.A./Gardiner, HP/Newman, S./Beckie, A./Clelland, S./Hayden, K.A./Beausejour, P. (2003): Performance measurement systems in health and mental health services: models, practices and effectiveness: a state of the science review. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research

Bissantz, N. (2010): Bella berät: 75 Regeln für bessere Visualisierung. Nürnberg: Bissantz & Company

Donabedian, A. (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. In: Milbank Quarterly 2005, 83, 4: 691-729

Drösler, S./Hasford J./Kurth, B.M./Schaefer, M./Wasem, J./Wille, E. (2011): Eva-luationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht_morbi-rsa.pdf (abgerufen am 10.07.2012)

Eisenhardt, K.M. (1989): Building theories from case study research. In: Academy of Management Review 1989, 14, 4: 532–550

Hildebrandt, H./Richter-Reichhelm, M./Trojan, A./Glaeske, G./Hesselmann, H. (2009): Die hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen. In: Sozialer Fortschritt 2009, 58, 7: 154-164

Hildebrandt, H./Hermann, C./Knittel, R./Richter-Reichhelm, M. (2010): Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. In: International Journal of Integrated Care 2012, 10

Hildebrandt, H./Schmitt, G./Roth, M./Stunder, B. (2011a): Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem „Gesunden Kinzigtal". In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011, 105, 8: 585-589

Hildebrandt, H./Michalek H./Roth M. (2011b): Integriertes Management auf Augenhöhe – Anforderungen an eine konsistente Führungsphilosophie in IV-Systemen am Beispiel Gesundes Kinzigtal. In: Amelung, V./Eble, S./Hildebrandt, H. (Hrsg.) (2011): Innovatives Versorgungsmanagement. Berlin: Wiss Verlagsgesellschaft Berlin: 215-226

Holt, S./Schmiedl, S./Thürmann, P.A. (2011): PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. In: http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf (abgerufen am 12.12.2011)

Kaplan, R.S./Norton, D.P. (2008): The execution premium: linking strategy to operations for competitive advantage. Boston, Mass.: Harvard Business Press

OptiMedis AG (2010): KBV testet Qualitätsindikatoren in „Gesundes Kinzigtal". In: http://www.optimedis.de/presse/pressemitteilungen/128-kbv-testet-qualitaetsindikatoren-in-gesundes-kinzigtal (abgerufen am 10.03.2012)

OptiMedis AG (2011): Was wollen Patienten? OptiMedis AG Partner einer wissenschaftlichen Studie zu Patientenpräferenzen. In: http://www.optimedis.de/component/content/article/221?start=8 (abgerufen am 10.03.2012)

Pimperl, A. (2007): Strategieentwicklung in integrierten Versorgungssystemen unter Nutzung von GKV-Routinedaten am Beispiel der Herzinsuffizienz. Diplomarbeit, Pinkafeld: Fachhochschulstudiengänge Burgenland

Pimperl, A. (2012): Performance Management Systeme für Netzwerke im Gesundheitswesen: Entwicklung einer Soll-Konzeption. Dissertation, Hall in Tirol: UMIT

Pimperl, A./Schulte, T./Daxer, C./Roth, M./Hildebrandt H. (2012): Der Balanced Scorecard-Ansatz als Managementinstrument für Netzwerke im Gesundheitswesen: Ein theoretischer Überblick. In: Monitor Versorgungsforschung 2012, 5, 6: 31-35

Siegel, A. et al. (2008): Kooperation und Wettbewerb im integrierten Versorgungssystem »Gesundes Kinzigtal«. In: Amelung, V. E./Sydow, J./Windeler A. (Hrsg.) (2008): Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: Kohlhammer: 223-236

Silverman, S.L./Watts, N.B./Delmas, P.D./Lange, J.L./Lindsay, R. (2007): Effectiveness of bisphosphonates on nonvertebral and hip fractures in the first year of therapy: The risedronate and alendronate (REAL) cohort study. In: Osteoporosis International 2007, 18, 1: 25–34

Tufte, E.R. (2006): Beautiful Evidence, Cheshire, CT: Graphics Press

Tufte, E.R. (2012): Edward Tufte forum: Sparkline theory and practice. In: http://www.edwardtufte.com/bboard/q-and-a-fetch-msg?msg_id=0001OR&topic_id=1&topic= (abgerufen am 18.01.2012)

Woolhandler, S. (2012): Will Pay for Performance Backfire? Insights From Behavioral Economics. In: http://healthaffairs.org/blog/2012/10/11/will-pay-for-performancebackfire-insights-from-behavioral-economics/ (abgerufen am 27.10.2012)

Yin, R. (2003): Case study research: design and methods. 3. Aufl., Thousand Oaks, California: SAGE

BSC-Ansatzes nicht hierarchisch (Top-Down) vorgegangen wurde, sondern vielmehr in Form eine Mischung von Top-Down- und Bottom-Up-Ansatz. Alle Kennzahlen wurden so vom Netzmanagement mit den Leistungspartnern in verschiedenen Workshops diskutiert und bereits mehrfach weiterentwickelt.

V. Planung von Operationen: Im nächsten Schritt des PM-Vorgehensmodells des BSC-Ansatzes wurde bewusst keine hierarchisch-orientierte Steuerungsform gewählt, wie sie etwa bei Kaplan/Norton (2008: 13 ff) erörtert wird. Das Versorgungscockpit wird vielmehr als kooperatives Unterstützungsinstrument zur Identifizierung von Optimierungspotenzialen angeboten, jeweils aufbereitet für jede einzelne Praxis. Welche Maßnahmen daraus abgeleitet werden, können die Leistungspartner als kompetente, autonome Netzwerkpartner selbst entscheiden. Das Management unterstützt sie durch die Organisation von Diskussionszirkeln, die Vorstellung von Auszügen des Versorgungscockpits in den regelmäßigen Kommunikationsmedien sowie durch regelmäßige Erörterung in Arbeitsgruppen auf den Leistungspartner-Klausuren. Mehrfach sind aus diesen Diskussionen gemeinsame neue Initiativen entstanden.

VI. Monitoring und Lernen / VII. Test und Anpassung der Strategie: Da die BSC Impulse für kontinuierliches Lernen liefern soll, kommt den beiden letzten Phasen des PM-Vorgehensmodells besonders große Bedeutung zu. Ziel war stets, dass die Leistungspartner sich aus intrinsischer Motivation mit den Versorgungscockpits auseinandersetzen und Anregungen für Optimierungspotenziale erschließen. Ein multidimensionales PMS, vom Aufbau angelehnt an das im Gesundheitswesen etablierte Qualitätsmodell von Donabedian, war dafür ein erster Baustein. Ein weiterer Baustein war eine möglichst einfache, gleichzeitig datendichte, interaktive und an der gemeinsamen Netzstrategie orientierte Ausgestaltung der Versorgungscockpits. Bei der technischen Realisierung wurde ein Reporting-Design mit speziellen grafischen Elementen (z.B. Sparklines) sowie einem eigenen Notationskonzept umgesetzt.[7]

Die Business Intelligence Software Deltamaster wurde gewählt, da sie diese Bedürfnisse standardisiert umsetzt (vgl. Bissantz 2010). Darüber hinaus wurden die Leistungspartner intensiv in die gesamte Entwicklung einbezogen. Ein Defizit, das anfangs schnell zutage kam, war eine zum Teil zu geringe Detailtiefe der Auswertungen, um daraus entscheidungsrelevante Informationen für die einzelne Praxis zu erhalten. Dementsprechend wurden Detailanalysen entwickelt, z.B. einzelfallbezogene Datenexploration bei besonders auffälligen Unterschieden. Zudem wird an einer Erweiterung der Datenbasis gearbeitet, denn medizinische Daten, z.B. Laborwerte und Befunde, sind in den GKV-Routinedaten nur in sehr begrenztem Maße vorhanden. Abhilfe sollen die Integration von Daten aus den Praxisverwaltungssystemen der Ärzte sowie spezifische Zusatzdokumentationen der IV schaffen.[8] Ebenso waren outcome- und patientenbezogene Qualitätsindikatoren unterrepräsentiert in den Versorgungscockpits. Es wurde an einer Erweiterung auf Basis der vorhandenen Daten gearbeitet sowie eine entsprechende Datenerhebung zu Patientenpräferenzen initiiert.[9]

Diese Bestrebungen zur Erweiterung der Datenbasis verfolgen noch ein weiteres Ziel. Auf Basis von GKV-Routinedaten ist nur ein zeitverzögertes Reporting möglich, z.T. mit Zeitverzug von einem Jahr. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für ein PMS ist allerdings ein zeitnahes Feedback. Einige der o.g. Datenquellen liegen wesentlich schneller vollständig vor. Neben den Maßnahmen zur Stärkung der intrinsischen Motivation, wurde in der IVGK gemeinsam beschlossen, in vorsichtiger Weise gewisse extrinsische Anreize zu setzen. So wurde u.a. eine teilweise Verknüpfung der Versorgungscockpits mit einem erfolgsorientierten Vergütungsmodell für kooperierende Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Pflegeheime im Jahr 2012 eingeführt.

3. Diskussion und Ausblick

Dieser Artikel zeigt auf, dass ein BSC-Ansatz in die Managementrealität eines Netzwerkes im deutschen Gesundheitswesen implementiert werden kann. Bei der Einführung und Umsetzung konnten die wesentlichen im vorangegangenen Artikel dargestellten Anforderungskriterien an PMS (vgl. Pimperl et al. 2012) erfüllt werden. Ein klar strukturiertes, prozess- und phasenorientiertes Versorgungscockpit wurde etabliert bzw. befindet sich für einige weitere Leistungspartnergruppen in der Umsetzung. Dieses liefert den Netzwerkpartnern einen balancierten Blick auf die strategischen IV-Ziele sowie deren Einflussfaktoren.

Allerdings stell(t)en sich auch einige Herausforderungen. Einerseits hinsichtlich der Gewährleistung eines schnellen, zeitgerechten Feedbacks, da die GKV-Routinedaten der Praxen und ihrer Patienten erst mit Verspätung von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden können. Ohne die Routinedaten der Kassen wären allerdings die Informationen über die Patienten notwendigerweise unvollständig, da sie sich dann nur auf die jeweils in der einzelnen Praxis vorliegenden Informationen beziehen könnten und Krankenhaus- und Kostendaten anderer Sektoren u.ä. aber nicht enthielten. Andererseits schränkt die z.T. nicht ausreichende Detailtiefe der GKV-Routinedaten ein bedarfsgerechtes, strategieorientiertes PM ein. Eine Kombination von Krankenkassen- und medizinischen Daten aus einer zentralen Patientenakte lässt eine bessere Informationstiefe erwarten, bedingt aber ebenso laufende Investitionen in die IT-Infrastruktur. Jenseits der technischen Herausforderungen stellen sich ganz besondere kulturelle Herausforderungen. Die Verfasser wagen die These, dass ein solches System nur in einer lateralen, nicht-hierarchischen Kooperationskultur seine volle Wirkung entfalten kann. Nur wenn Kennzahlen und ihre Interpretation in einem herrschafts- und vorwurfsfreien Diskurs entwickelt und erörtert werden, können sich neue Herangehensweisen und praktische Veränderungen im Umgang mit Patienten entwickeln. Ähnlich den auf extern aufgestellten Kennzahlen basierenden Pay-for-Performance (P4P)-Modellen müsste ansonsten Ausweichverhalten, Ablehnung bzw. Negierung erwartet werden - zumindest lässt sich so die in zahlreichen Evaluationen festgestellte Erfolglosigkeit von P4P-Ansätzen erklären.[10] Aus wirtschaftlicher Perspektive waren der initiale Aufwand für die Einführung der BSC und der damit verbundene IT- und Personalaufwand relativ hoch. Eine Umsetzung kann sich für ein einzelnes Netzwerk nur langfristig rechnen. Im Falle der IVGK ist diese Perspektive durch einen entsprechend langen IV-Vertrag gewährleistet. Zusätzlich steht die OptiMedis AG als Partner zur Verfügung, der Synergieeffekte mit anderen betreuten Netzwerken realisieren kann. <<

7: ausführlicher zum Notationskonzept siehe Tufte 2006.
8: Für Ersteres wurde von der OptiMedis AG, GK und MQNK ein Projekt gemeinsam mit der KBV aufgesetzt. Ziel dieses Projektes ist die Erforschung, Weiterentwicklung und pilothafte Implementierung eines Sets von Qualitätsindikatoren aus AQUIK (vgl. OptiMedis AG 2010).
9: Ende 2011 hat sich die IVGK für eine Teilnahme an einer Patientenbefragung, zur Messung von Patientenpräferenzen der Gesellschaft für empirische Beratung entschieden (OptiMedis AG 2011).
10: Vgl. die Übersicht bei Woolhandler 2012

Autorenerklärung

A. Pimperl, T. Schulte und H. Hildebrandt sind Mitarbeiter der OptiMedis AG, Hamburg. Dr. M. Roth ist Mitarbeiterin der Gesundes Kinzigtal GmbH, Haslach. Dr. C. Daxer ist niedergelassener Facharzt in Gengenbach. Die Autoren erklären, dass sie an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet haben. Die Analyse erfolgte ohne direkte finanzielle Unterstützung Dritter.

A Balanced Scorecard Approach: Case Study Gesundes Kinzigtal

The balanced scorecard approach is discussed to be an adequate performance management system for health care networks in Germany. An empirical proof has not been made yet. This paper describes the development and implementation process of such an approach in an integrated health care system in Germany (Gesundes Kinzigtal). It shows that such a concept can be integrated in the management practice of a health care network. This paper also discusses implementation challenges: e.g. the necessity of claims and clinical data, how to ensure timely feedback to the network partners within a positive cost-benefit ratio and the cultural dimensions of a nonhierarchical and lateral discourse without accusation about the results.

Keywords

Performance Management System, Performance Management, Quality Measurement, Gesundes Kinzigtal, Integrated Care, Balanced Scorecard, Benchmarking

Alexander Pimperl
Betriebswirt (Fachhochschul-Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in Pinkafeld). Seit 2007 bei der OptiMedis AG verantwortlich für den Aufbau und die Leitung des Bereichs Controlling & IT. Berufsbegleitend promovierte er am Studiengang Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der UMIT.
Kontakt: a.pimperl@optimedis.de



Timo Schulte
Betriebswirt (Universität Marburg, u.a. mit den Schwerpunkten Psychologie und Innovationsmanagement). Seit 2010 ist er für die OptiMedis AG im Bereich Health Care Controlling/Versorgungsforschung für die Durchführung gesundheitsökonomischer Studien und Versorgungsanalysen zuständig.

Kontakt: t.schulte@optimedis.de



Dr. Christian Daxer
Humanmediziner (Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Medizinische Hochschule in Wien). 2004 Niederlassung als Hals-Nasen-Ohrenarzt in Gengenbach und Gründungsmitglied der Gesundes Kinzigtal GmbH.

Kontakt: acdaxer@t-online.de



Dr. sc. hum. Monika Roth
Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH), Doktorin der Gesundheitswissenschaften. Seit 2008 im Projektmanagement und seit 2010 als Geschäftsstellenleitung der Gesundes Kinzigtal GmbH in Haslach tätig.

Kontakt: m.roth@gesundes-kinzigtal.de



Helmut Hildebrandt
Apotheker, Gesundheitswissenschaftler. Tätigkeiten in Forschung (Medizin-Soziologie, Universität Hamburg), Entwicklung und Umsetzung im Bereich angewandter Gesundheitswissenschaften, Gründer und Vorstand von OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH.

Kontakt: h.hildebrandt@optimedis.de

