8 Planung eines regionalen Transitionsprogramms mit dem Software-Tool "Geschäftsplanung Transitionsmanagement"

8.1 Nutzungsbedingungen

Die "Geschäftsplanung Transitionsmanagement" bietet ein detailliertes Planungsinstrument für potenzielle Gründer einer Transitionsstelle. Es handelt sich um ein Instrument auf Basis der Standardsoftware MS Excel[®], das vom Nutzer leicht an seine spezifischen Gegebenheiten angepasst werden kann.

Das Software-Tool wurde im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekts durch das IGES Institut (Berlin) entwickelt. Es wird zusammen mit dem Handbuch Berliner TransitionsProgramm (BTP) kostenfrei zur Verfügung gestellt und kann direkt beim BTP e. V. angefordert werden kann.

8.2 Aufbau des Geschäftsplanungstools

Das Planungstool umfasst zehn Excel-Tabellenblätter, die auch über die Navigationsspalte angesteuert werden können, sowie ein Tabellenblatt mit Anleitungen.

Bei der Planung einer Transitionsstelle sollten die zehn Tabellenblätter sukzessive bearbeitet, d. h. die für das geplante Programm jeweils zutreffenden Werte eingesetzt werden. Die einzelnen Tabellenblätter nehmen aufeinander Bezug, d. h., die jeweils folgenden Blätter arbeiten mit den Berechnungsergebnissen ihrer Vorgänger weiter. Die Zellen der Tabellenblätter, in die Eintragungen vorgenommen werden sollen/können, sind farblich (orange) hinterlegt. Um die Tabellenblätter bearbeiten zu können, ist es i. d. R. zuvor erforderlich, den "Blattschutz" aufzuheben, indem auf die entsprechende Aufforderung des Excel-Programms das Kennwort "Neues1" eingegeben wird. Teilweise sind Spalten ausgeblendet, in denen rechnerische Zwischenschritte erfolgen. Falls die Berechnungen im Detail nachvollzogen werden sollen, können die Spalten durch "Einblenden" sichtbar gemacht werden.

Das Tool wird mit Voreinstellungen ausgeliefert, die sich an den Eckwerten der Berliner BTP-Transitionsstelle bzw. einem bestimmten Kenntnisstand zum Zeitpunkt der Erstellung des Tools (z. B. zu Prävalenzen der berücksichtigten Indikationen) orientieren. Die voreingestellten Werte werden im Folgenden erläutert, sie können bzw. sollten vom Nutzer jedoch ggf. angepasst werden, wenn er über aktuellere oder besser geeignete Werte verfügt.

Es empfiehlt sich, für einen Planungsdurchgang die Datei mit dem Planungstool zu kopieren bzw. unter neuem Namen zu speichern, damit ggf. später nochmals auf die originalen Voreinstellungen zurückgegriffen werden kann.

Das Tool lässt sich in vier Bausteine gliedern:

Baustein 1: Bedarf und Inanspruchnahme

Ziel dieses Bausteins ist die Abschätzung des Bedarfs bzw. der zu erwartenden tatsächlichen Inanspruchnahme des regionalen Transitionsprogramms. Diese Abschätzung erfolgt in drei miteinander verbundenen Tabellenblättern, die weiter unten im Detail erläutert werden. Das dritte zu diesem Baustein gehörige Tabellenblatt ("Einstellung Netzwerk") liefert für jede Indikation die Zahl der "Bearbeitungsfälle", also der Patienten, die Kontakt zu dem Programm aufnehmen werden.

Die erwarteten Bearbeitungsfälle werden für drei aufeinanderfolgende Jahre ausgewiesen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass der Aufbau eines Transitionsprogramms i. d. R. über einen längeren Zeitraum erfolgt. Das heißt, die Zahl der Bearbeitungsfälle dürfte in der Aufbauphase von Jahr zu Jahr zunehmen, je nachdem, wie schnell das Netzwerk von Kooperationspartnern und die Nutzungsbereitschaft auf Seiten der Patienten wachsen. (Die entsprechenden Wachstumsraten können für jede Indikation eingestellt werden.)

Ferner wird auf diesem Tabellenblatt die Verteilung der Patienten nach drei Falltypen vorgenommen. Im weiteren Verlauf der Planung werden diese drei Falltypen mit unterschiedlich hohen Bearbeitungsaufwänden verknüpft. Zur Logik dieser Differenzierung nach Falltypen vgl. Kapitel 7.2.3.

Baustein 2: Kalkulation der Fallmanagement-Kapazitäten

Der zweite Baustein übernimmt aus dem ersten Baustein die Zahl der Bearbeitungsfälle differenziert nach Indikationen, Jahren und Falltypen. Für dieses "Geschäftsvolumen" wird im zweiten Baustein zunächst der resultierende Arbeitsaufwand des Fallmanagements in Stunden berechnet (Tabellenblatt "Einstellung_Zeitaufwand"). Auch hier werden die Berechnungen für einen Zeitraum von drei Jahren durchgeführt, um das Anwachsen des Betreuungsvolumens über eine dreijährige Aufbauphase abbilden zu können.

Als ein weiterer Aspekt wird die zeitliche Verteilung des Arbeitsaufwands für einen Transitionsfall über die insgesamt zwei Jahre umfassende Transitionsbegleitung berücksichtigt. Das heißt, die Gesamtarbeitsstunden je Fall werden auf das Jahr der Aufnahme des Patienten bis zum Transfer in die Erwachsenenmedizin und das Folgejahr nach dem Transfer verteilt.

In einem weiteren Tabellenblatt ("Auslastung_Fallmanagement") wird ermittelt, wie sich die Auslastung der Fallmanager im ersten bis dritten Jahr des Programms darstellt. Die Ergebnisse lassen somit Rückschlüsse zu, wie viele Kapazitäten – bei einer zuvor eingestellten personellen Gesamtkapazität – durch das Wachstum der Bearbeitungsfälle gebunden bzw. welche Kapazitäten für die erwartete Patientenzahl benötigt werden.

Baustein 3: Finanzplanung

Der dritte Baustein umfasst das Tabellenblatt "Kalkulation", in das alle relevanten Kostengrößen des Programms eingegeben werden können. Dabei werden die Kostenarten "Administration", "Technik", "Kommunikationskosten", "Fahrtkosten" und "Personalkosten" als Fixkosten betrachtet und die an die ärztlichen Kooperationspartner gezahlten Honorare für programmspezifische Leistungen als variable Kosten.

In das Tabellenblatt "Break Even" können zwei unterschiedliche Preise (Fallpauschalen) sowie deren jeweilige Anteile an allen vergüteten Fällen eingegeben werden. Das Vergütungsmodell entspricht den Vertragskonstrukten des BTP, d. h., es werden nur für die Falltypen 2 und 3 pauschale Vergütungen gezahlt (Falltyp 1 sind Beratungsfälle, die nicht Teilnehmer des Programms werden und deren Bearbeitungsaufwand in die Fallpauschalen für die Typ-2-/-3-Fälle eingepreist ist, vgl. Kapitel 7.2.3).

Das Tabellenblatt berechnet dann unter Zugrundelegung der Kostendaten aus dem Tabellenblatt "Kalkulation" sowie der eingestellten Preise die Entwicklung von Kosten und Erlösen in Abhängigkeit von der Zahl der Transitionsfälle. Die Grafik zeigt die Verläufe dieser Parameter. Die Fallzahl am Schnittpunkt der Kurven "Kosten gesamt" und "Vergütung" entspricht dem "Break even", d. h., oberhalb dieser Fallzahl werden die Kosten gedeckt und das Programm "schreibt schwarze Zahlen".

Die Ergebnisse aus der "Break-even"-Berechnung werden im Tabellenblatt "Liquiditätsplan" noch einmal in anderer Form, nämlich als Darstellung der jährlichen Zahlungszu- und –abgänge, dargestellt. Dadurch wird sichtbar, welche Unterdeckung u. U. in der Anfangsphase – wenn die Patientenzahl eventuell zur Deckung der Kosten noch nicht ausreicht - besteht.

Baustein 4: Netzwerkpflege und -steuerung

Der Zugang zum Transitionsprogramm erfolgt in der Regel über die Kinder- und Jugendspezialisten. Dementsprechend ist das Netzwerk der pädiatrischen Leistungserbringer die entscheidende Stellgröße, um die Zahl der Programmteilnehmer beeinflussen zu können.

Der vierte Baustein dient der Kontrolle und ggf. Steuerung des Netzwerkaufbaus. Er liefert z. B. folgende Kennzahlen:

- Zu welchem Grad deckt das aufgebaute Netzwerk aus Kinder- und Jugendspezialisten die relevanten Versorgungsstrukturen in der Region bereits ab?
- Wie viele Patienten der teilnehmenden Leistungserbringer nehmen tatsächlich am Programm teil (Kontaktquote)?

Dieser Baustein setzt voraus, dass die entsprechenden Daten aus dem Netzwerkmanagement kontinuierlich eingepflegt und aktuell gehalten werden. Dieser Aufwand lohnt sich jedoch, da sich auf diese Weise ermitteln lässt, wo ggf. die Potenziale des Programms noch nicht ausgeschöpft sind.

8.3 Ablauf der Planung im Detail

8.3.1 Tabellenblatt "Einstellung Region"

Im ersten Planungsschritt geht es darum, das aufgrund der Epidemiologie der jeweiligen Erkrankung in einer gegebenen Region zu erwartende Aufkommen von Patienten im "Transitionsalter" zu schätzen. Die Schätzung erfolgt für sechs voreingestellte Krankheitsbilder.

Im oberen Teil der Tabelle soll die Bevölkerung der "Zielregion" eingegeben werden. Das Programm schätzt dann zunächst die Bevölkerung im Altersbereich zwischen 16 und 25 Jahren, indem es den entsprechenden Anteilswert für die Bundesrepublik (gem. Statistischem Bundesamt) auf die Gesamtbevölkerung der Zielregion anwendet. Falls Informationen über eine abweichende Bevölkerungszusammensetzung der Zielregion vorliegen, kann der voreingestellte Wert (11,4%) überschrieben werden.

Anschließend werden die Patientenzahlen für die sechs voreingestellten Krankheitsbilder für die Zielregion berechnet, indem aus der Literatur entnommene Prävalenzraten auf die Zielbevölkerung im Alter von 16 bis 25 Jahren angewendet werden. Bei den eingestellten Prävalenzraten handelt es sich meist nicht um altersspezifische Werte, sondern um Gesamtprävalenzen. Sofern der Benutzer über aktuellere oder altersspezifische Prävalenzraten verfügt, sollten die voreingestellten Werte überschrieben werden.

Voraussetzung für diesen Planungsschritt ist die Eingrenzung des vorgesehenen Einzugsgebiets der regionalen Transitionsstelle (= Zielregion), die die Bevölkerungsgröße definiert. Zu Illustrationszwecken erfolgen die Berechnungen nicht nur für die vom Benutzer eingestellte Zielregion, sondern auch für Deutschland insgesamt und vier beispielhafte Einzugsgebiete (A bis D).

Wenn sich die gesamte Planung nicht auf alle sechs voreingestellten, sondern auf weniger oder nur eine einzige Indikation erstrecken soll, müssen in diesem Tabellenblatt die Prävalenzraten der nicht erfassten Indikationen auf "Null" gesetzt werden. Alle weiteren Berechnungen des gesamten Planungstools werden dann nur für die Patienten mit der/den ausgewählten Indikation/en (Prävalenz > 0) durchgeführt.

Ergebnis dieses Planungsschritts ist eine Abschätzung des allein aufgrund der Epidemiologie zu erwartenden Aufkommens von Patienten mit den betreffenden Indikationen in der Zielregion.

8.3.2 Tabellenblatt "Simulation Bedarf"

Die Zahl der für ein Transitionsprogramm in Betracht kommenden Patienten hängt ferner davon ab, in welchem Alter die Patienten von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung wechseln. Dieser Wechsel erfolgt manchmal schon mit 16 Jahren, zum Teil aber auch erst nach Vollendung des 18. Lebensjahrs.

Das Tabellenblatt nimmt eine Simulation des "Wechselverhaltens" vor, indem bei jeder Indikation für jedes betrachtete Altersjahr (16 bis 25) eine Wechselquote ("Anteil Transition") unterstellt wird. In der Voreinstellung wird bspw. bei Patienten mit Diabetes mellitus angenommen, dass von den 16-Jährigen in einem Jahr 15 % wechseln und von den Patienten, die sich als 18-Jährige noch in pädiatrischer Behandlung befinden, 75 %. Aus den eingestellten Wechselquoten ergibt sich, dass von den in der Altersgruppe 16 bis 25 in der voreingestellten Zielregion vorhandenen 1,597 Patienten mit Diabetes mellitus pro Jahr 157 in die Erwachsenenversorgung wechseln. Nur diese Patienten kommen grundsätzlich als Teilnehmer eines Transitionsprogramms in Betracht.

Die in der Spalte "Anteil Transition" eingestellten Wechselquoten stellen Annahmen dar. Empirisch gestützte Parameter sind uns zu diesem Sachverhalt nicht bekannt. Die Quoten können vom Nutzer verändert werden.

Als Ergebnis liefert das Tabellenblatt eine Schätzung der Summe der Patienten eines Jahres in der Zielregion, die von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung wechseln. (Dabei ist unterstellt, dass sich alle aufgrund der Epidemiologie geschätzten prävalenten Fälle auch in medizinischer Behandlung befinden, was bei den gewählten Indikationen in Deutschland sehr wahrscheinlich ist.)

8.3.3 Tabellenblatt "Einstellung Netzwerk"

Das dritte zum ersten Baustein gehörige Tabellenblatt modelliert die beiden weiteren Einflussgrößen "Umfang des Netzwerks von zuweisenden pädiatrischen Zentren" und "Anteil der Patienten aus dem bestehenden Netzwerk, die tatsächlich Kontakt zum Transitionsprogramm aufnehmen".

Beide Einflussgrößen entwickeln sich erfahrungsgemäß mit der Zeit, je nachdem, wie schnell sich ein Transitionsprogramm in der Region etabliert, d. h. zuweisende Kooperationspartner gewinnt und bei den Patienten und Eltern auf Interesse stößt. Für jede Indikation kann daher für die ersten drei "Aufbaujahre" ein Wert für den "Grad der Erfassung durch das Netzwerk" eingetragen werden. Grundlage ist eine Schätzung, wie viele Patienten der betreffenden Indikation sich im Einzugsgebiet bei den Ärzten und Zentren in Behandlung befinden, die als Kooperationspartner eingebunden sind. Als Ergebnis resultieren die – aufgrund der Netzwerkabdeckung – prinzipiell "erreichbaren Fallzahlen". Dieser Wert wird noch einmal mit einer "Kontaktquote" multipliziert. Nicht alle "erreichbaren" Patienten wenden sich tatsächlich

an das Transitionsprogramm. Der Wert steigt erfahrungsgemäß mit der Dauer der Zugehörigkeit des kooperierenden Arztes zum Programm und mit dem wachsenden Bekanntheitsgrad des Programms in der Region (z.B. bei Selbsthilfegruppen usw.). Als wesentliches Ergebnis resultieren die "Bearbeitungsfälle", d.h. die Zahl der Patienten, mit denen das Transitionsprogramm in dem betreffenden Jahr tatsächlich konfrontiert ist. Im letzten Schritt werden die Bearbeitungsfälle jeder Indikation noch auf drei Falltypen aufgeteilt. Mit den Falltypen werden unterschiedlich hohe Bearbeitungsaufwände des Transitionsprogramms abgebildet (vgl. dazu Kapitel 7.2.3). Die voreingestellte Verteilung (20 % Typ 1, 70 % Typ 2 und 10 % Typ 3) entspricht den Erfahrungen aus dem BTP.

Das Ergebnis dieses Tabellenblatts – die Zahl der Bearbeitungsfälle pro Jahr und deren Verteilung auf die Falltypen – bildet die Grundlage für die anschließenden Berechnungen zu den erforderlichen Fallmanagement-Kapazitäten.

8.3.4 Tabellenblatt "Einstellung Zeitaufwand"

Ganz oben auf diesem Tabellenblatt ist zunächst einzugeben, welche Personalkapazität für das Fallmanagement zur Verfügung steht. Neben dem Gesamtumfang der Stelle in Stunden kann eingetragen werden, zu welchem Anteil die Stelle für das Fallmanagement eingesetzt werden kann. Dadurch kann berücksichtigt werden, dass die betreffende Person u. U. auch andere Aufgaben im Rahmen des Transitionsprogramms wahrnimmt (z. B. Netzwerkmanagement, Administration).

Der Hauptteil dieses Tabellenblatts dient der Festlegung, welcher Arbeitsaufwand im Fallmanagement (in Stunden) für einen Transitionsfall einer definierten Indikation je nach Falltyp entsteht und wie sich dieser Aufwand zeitlich auf fünf Phasen des Transitionsprozesses (von "Ansprache, Teilnahmeerklärung, Programmstart" bis "Abschluss") verteilt. Die Differenzierung nach Transitionsphasen wird zusammengefasst zum Arbeitsaufwand im "Berichtsjahr (BJ)" und im "Folgejahr (FJ)". Der Gesamtaufwand für das Fallmanagement in einem Jahr ergibt sich aus dem Aufwand für die Patienten, die in diesem Jahr neu in das Programm gelangen (Stunden für Bearbeitungsfälle im BJ), und den Fällen, die im Vorjahr eingetreten sind (Stunden für Bearbeitungsfälle im FJ). Durch Multiplikation der Einstellungen zum Arbeitsaufwand pro Fall (Stunden) mit den zuvor kalkulierten Zahlen der Bearbeitungsfälle in den ersten drei Jahren ergibt sich der Arbeitsaufwand in Stunden insgesamt. Im unteren Teil des Tabellenblatts wird das Ergebnis über alle Indikationen hinweg zusammengefasst ausgewiesen. Die Stundenansätze in der Voreinstellung sind aus den Erfahrungen des BTP abgeleitet.

8.3.5 Tabellenblatt "Auslastung Fallmanagement"

Das Tabellenblatt setzt die zuvor berechneten Arbeitsaufwände des Fallmanagements (in Stunden) zu der im vorangehenden Tabellenblatt eingestellten Personalkapazität in Beziehung. (Die Personalkapazität wird im oberen Teil des Tabellenblatts "Auslastung Fallmanagement" angezeigt, muss aber im Tabellenblatt "Einstellung_Zeitaufwand" eingegeben werden.)

Aus den angezeigten Auslastungsquoten für jedes der drei "Aufbaujahre" lässt sich leicht ersehen, welche Personalkapazitäten für das Fallmanagement benötigt werden bzw. ob die zunächst eingestellte Kapazität ggf. verringert oder erhöht werden sollte. Im unteren Teil des Tabellenblatts besteht ferner die Möglichkeit einer raschen Abschätzung der maximal möglichen Patientenzahl bei der zuvor eingegebenen Personalkapazität. Dies erfolgt, indem Zahlen für die jährlichen Neuaufnahmen und die weiter zu betreuenden Fälle des Vorjahres eingegeben werden, bis eine Auslastung von etwa 100 % erreicht ist. (Die Zahl der Neuaufnahmen und der weiter zu betreuenden Fälle wird i. d. R. nicht gleich sein, da damit zu rechnen ist, dass ein Teil der aufgenommenen Patienten das Programm vorzeitig verlässt. Dies erfolgt bei jungen Erwachsenen z.B. im Kontext von Ortswechseln wegen Studium usw.)

8.3.6 Tabellenblatt "Kalkulation"

Im oberen Teil des Blatts wird eine Übersicht der (fixen) Kosten geboten, die sich aus den im unteren Bereich eingegebenen Kostenansätzen errechnen. Zunächst können alle Kosten für Administration, Technik, Kommunikation und Fahrtkosten eingegeben werden. Das Modul "Personalkosten" nimmt eine Berechnung der Brutto-Personalkosten aus Arbeitgebersicht vor, also unter Einschluss der Arbeitgeberanteile zu den Sozialversicherungen. Die Berechnung erfolgt nur korrekt, wenn die jeweils geltenden Beitragssätze eingestellt sind. Im unteren Teil des Tabellenblatts müssen die mit den ärztlichen Kooperationspartnern vereinbarten Vergütungssätze eingegeben werden. ("TG" bedeutet Transitionsgespräch.)

8.3.7 Tabellenblatt "Break_Even"

Dieses Tabellenblatt erfordert abschließend noch die Eingabe der zwischen dem Transitionsprogramm und den Kostenträgern vereinbarten Preise – also der pauschalen Vergütungen für einen Programmteilnehmer – und errechnet dann, ab welcher Patientenzahl die Gesamtkosten des Programms gedeckt werden.

Die Möglichkeit, zwei unterschiedliche Preise einzugeben, ist vorgesehen, weil u. U. mit festen Vertragspartnern andere Vergütungen vereinbart sind, als Kostenträgern in Rechnung gestellt werden, die ihren Versicherten auf der Basis von Einzelfallentscheidungen die Teilnahme ermöglichen. Bei Letzteren entsteht ein höherer Aufwand sowohl für das Fallmanagement, das die Patienten teilweise langwierig bei der Bemühung um eine Kostenübernahme unterstützt, als auch in der Administration (Rechnungsstellung usw.).

Die Tabelle "Break-Even" zeigt den aus den Planungsansätzen resultierenden Verlauf von Kosten und Erlösen in Abhängigkeit von der Fallzahl. In der Spalte "Über-/ Unterdeckung ist erkennbar, bei welcher Fallzahl eine Kostendeckung erreicht wird. Der gleiche Sachverhalt wird in der Grafik illustriert.

Unter der Grafik ist zusätzlich die Konstellation von Neuaufnahmen und weiter zu betreuenden Fällen ausgewiesen, bei der eine Vollauslastung der eingestellten Personalkapazität vorliegt (aus dem Tabellenblatt "Auslastung Fallmanagement").

8.3.8 Tabellenblatt "Liquiditätsplan"

Das Tabellenblatt fasst die Ergebnisse der Planung für die ersten drei "Aufbaujahre" noch einmal in Form einer Liquiditätsplanung zusammen: Es zeigt die Erlöse ("Einzahlung/Liquiditätszugang") und die zu leistenden Zahlungen sowie den Saldo beider Größen. Dadurch wird erkennbar, welche Unterdeckung ggf. in der Anfangsphase auftritt, die durch Bereitstellung von Liquidität aufgefangen werden muss.

8.3.9 Tabellenblätter "Netzwerkdaten" und "Netzwerk_Kennzahlen"

Diese beiden Tabellenblätter dienen der Steuerung und Kontrolle von zwei zentralen Einflussgrößen auf den Programmerfolg, nämlich dem Auf- und Ausbau des Netzwerks der ärztlichen Kooperationspartner sowie des Teilnahmeinteresses der Patienten.

Im Tabellenblatt "Netzwerkdaten" sollten zu jeder Indikation die kooperierenden Kinder- und Jugendspezialisten ("Zuweiser") und Erwachsenenspezialisten ("Weiterbehandler" eingetragen werden. Bei den Zuweisern wird ferner nach einer Schätzung der durchschnittlichen Patientenzahl des Kooperationspartners im relevanten Altersbereich sowie nach der Zahl der Patienten gefragt, die tatsächlich Kontakt zum Programm aufnehmen ("Patienten von Dr. X., die sich beim Programm gemeldet haben").

Auf Grundlage dieser Angaben errechnet das Tabellenblatt "Netzwerk_Kennzahlen" zum einen den Grad der "Netzwerkabdeckung", also den Anteil aller Patienten in der Zielregion, der bei den kooperierenden Ärzten und Zentren in Behandlung ist. Diese Kennzahl zeigt ggf. an, welche weitere Aufbauarbeit erforderlich ist, um die notwendige Patientenzahl zu erreichen.

Zum anderen kann für jede Indikation berechnet werden, zu welchem Anteil Patienten, die Kontakt zum Programm aufnehmen, auch tatsächlich am Programm

teilnehmen. Diese Kennzahl ist wichtig, weil sie in die Kalkulation der Vergütung einfließt, die auf einer bestimmten Annahme zum Verhältnis der tatsächlichen Teilnehmer (Falltypen 2 und 3) zu den Patienten, die sich nur beraten und informieren lassen (Falltyp 1), beruht. Um die Kennzahl berechnen zu können, ist in diesem Tabellenblatt noch die Angabe der Teilnehmerzahl erforderlich.