

Integriertes Klinik-Marketing

Auf der Zentralen Marketing-Tagung in der Gesundheitswirtschaft im September 2016 diskutieren Experten neue Erkenntnisse und Lösungsansätze.

Prof. Dr. Sylvia E. Kerne, FOM Hochschule für Ökonomie und Management

Das Klinik-Marketing hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten immens entwickelt. Die Entwicklung verlief vom informativen bis zum gestalterischen Marketing, bei dem es schließlich auch um die Markenentwicklung und interne Public-Relations-Ansätze ging. Nachdem sich auch das Social-Media-Marketing in den Kliniken manifestiert hat, ist der nächste logische Optimierungsansatz, das Marketing in sämtliche Geschäftsprozesse zu integrieren. Denn nach Manfred Bruhn ist Marketing eine unternehmerische Denkhaltung, die sich in Analyse, Planung sowie Umsetzung und Kontrolle aller externer und interner Unternehmensaktivitäten konkretisiert und die darauf abzielt, alle Unternehmensziele zu erreichen.

Patient im Mittelpunkt

Dies erfolgt durch die Optimierung der Unternehmensleistung am Kundennutzen. Das bedeutet, dass Marketing eine Philosophie darstellt – und zwar die der marktorientierten Unternehmensführung. Die Bedürfnisse und Erfordernisse des Marktes, also der Patienten, stehen hierbei im Mittelpunkt. Daher sind diese detailliert zu analysieren, um sämtliche Unternehmensaktivitäten gezielt daran anzupassen. Die wesentliche Intension im Marketing ist, den Nutzen für Patienten oder auch andere



V.l.n.r.: Prof. Dr. Sylvia E. Kerne, Prof. Heinz Lohmann, Prof. Dr. Anke Simon auf der 9. Zentralen Marketing-Tagung in Berlin 2015

Anspruchsgruppen wie Einweiser, durch angebotene Leistungen etc. zu steigern. Eine zentrale Aufgabe ist es daher auch, komplementäre Nutzenpotentiale in der Krankenhausleistung zu suchen und zu finden, die über den Grundnutzen hinaus den Wert einer Einrichtung aus Patientensicht steigern. Damit ergeben sich für die eigene Klinik Wettbewerbsvorteile, da sich nur über den Zusatznutzen und die Nebenleistungen, die die Kernleistung und den Grundnutzen ergänzen, Kliniken differenzieren können. Die Wiederherstellung der Patientengesundheit wird als Grundnutzen verstanden. Aber hieraus lässt sich keine Positionierung – bzw. kein komparativer

Angebotsvorteil – gegenüber dem Wettbewerb ableiten. Denn Patienten gehen selbstverständlich davon aus, dass die Gesundheit in einer Einrichtung wiederhergestellt wird. Würde dieser Behandlungserfolg aus Patientensicht infrage gestellt, so würde der Patient die Klinik keinesfalls präferieren. Daher dient der Behandlungserfolg, der die Kernleistung bzw. den Grundnutzen darstellt, nicht einer Profilierungsmöglichkeit, sondern wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Wenn also der Grundnutzen, das WAS in einer Klinik realisiert wird, nämlich der Behandlungserfolg, nicht einem USP (Unique Selling Proposition – Wettbewerbsvorteil) dient, dann sollte das WIE in einer Klinik

realisiert wird in den Fokus des Marketing rücken. Das WIE wiederum kann nur dann erfolgversprechend sein, wenn sich der Zusatznutzen am Patientenwunsch und dem Wunsch anderer Anspruchsgruppen konsequent ausrichtet. Dies ist ein fortwährender bzw. dynamischer Anpassungsprozess der Klinikleistungen und daher nie tatsächlich abgeschlossen.

Big Data für Bewertungen nutzen

Es gilt, das Klinik-Marketing an die gegenwärtigen, aber auch die zukünftigen Märkte anzupassen, die nicht statischer Natur sind. Auf der Zentralen Marketing-Tagung

in der Gesundheitswirtschaft (ZeMark) wird am 29. September 2016 in Kassel die Möglichkeit der Big-Data-Text-Analysen von Prof. Buchkremer (FOM) vorgestellt. Damit haben die Gesundheitseinrichtungen eine Handhabe, sämtliche und unterschiedlich geortete Bewertungen der Klinik zusammenzufassen. Das stellt zum einen die Facetten des Images dar und bietet darüber hinaus abteilungsübergreifende Optimierungsansätze für die Gesundheitseinrichtung. Dies liefert basierte Informationen für die systematischen Planungs- und Entscheidungsprozesse für die Einrichtung. Auch aus diesem Grund wird Prof. Matusiewicz (FOM) auf der Tagung die Frage klären: Braucht das Krankenhaus einen Chief Marketing Officer (CMO)? Denn Marketing ist neben der Instrumentalkombination von Leistung, Gegenleistung, Kommunikation und Distribution vor allem auch eine Managementfunktion, die das strategische Entscheidungsverhalten in der Klinik bedingt. Markterfolge werden allerdings nicht immer ausschließlich durch analytisch-strategische Vorgehensweisen erzielt. Häufig sind innovative und besonders kreative Problemlösungen erforderlich, um sich abzugrenzen. Marketing beinhaltet daher auch die Suche nach einzigartigen Lösungen, die helfen, sich gegenüber dem Wettbewerb zu positionieren. Diesem kreativen Marketing-Ansatz wird auf der Zentralen Marketing-Tagung Prof. Hellmann mit seinem Vortrag: „Neue Herausforderungen für die Fachabteilungen im Krankenhaus – Bewältigungs- und Lösungsstrategien“ gerecht.

Philosophie der Unternehmensführung

Die gewonnenen Informationen und Lösungsansätze gilt es im Klinikmarketing mit zahlreichen Abteilungen, die einen direkten oder auch indirekten Bezug zum Patientenmarkt haben, zu berücksichtigen.

Für ein erfolgreiches Marketing ist es daher erforderlich, sämtliche Funktionsbereiche zu koordinieren, um ein integriertes Vorgehen im Unternehmen am Markt sicherzustellen. Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit externen Partnern wie den Einweiser. Welche rechtlichen Probleme bei den Klinik-Kooperationen auftreten können, wird auf der Tagung von Stefan Rohpeter, Fachanwalt für Medizinrecht, dargestellt. Diese juristische Klärung dient insbesondere dem integrierten Marketing, da hierdurch Synergieeffekte analysiert, ausgeschöpft und die Wirkungen aller Marketingmaßnahmen gegenüber der Marktpartner erhöht werden. Diese zentrale Vorgehensweise eines integrierten Marketings kennzeichnet das Klinikmarketing als eine Art Philosophie der Unternehmensführung, was im Übrigen für alle Unternehmenstypen und Branchen gleichermaßen gilt.

Auch die Bedarfe der wichtigen internen Zielgruppen werden durch das integrierte Marketing berücksichtigt. Dr. Brandstätter (Klinikum Aachen) informiert auf der Tagung, über die Möglichkeiten und Chancen einer Mitarbeiter-App, die in der Uniklinik bereits erfolgreich ihren Einsatz gefunden hat. Die zahlreichen Veränderungen und dynamischen Marktanspassungen, die ein Klinikmarketing mit sich bringt, gilt es auch für die Mitarbeiter zu transportieren. Daher werden Petra Perleberg mit ihrem Beitrag „Kommunikation im Change – Zauberformel der Veränderung“ sowie „Effiziente Krisenkommunikation“ von M. Brandstätter in parallelen Workshops auf der Tagung angeboten. Für alle Leistungen der Klinik gilt es, einheitliche Wiedererkennungsmerkmale zu schaffen. Der erfolgreiche Designer Knut Hartmann erläutert die „Verpackungsmöglichkeiten“ für ein Krankenhaus. Abschließend werden primäre Klinikmarketing-Konzepte präsentiert, die eine Orientierung über Best Practice in dieser Branche bieten. www.ze-mark.de

Ausschluss aus der Daseinsvorsorge erforderlich

Der Interessenverband Kommunaler Krankenhäuser stellt Unschärfen über Begriffe und Definitionen über die Daseinsvorsorge im Transatlantischen Freihandelsabkommen TTIP fest.

Zur Stellungnahme des Bundesverbandes der Deutschen Industrie (BDI) „Daseinsvorsorge in Freihandelsabkommen GATS, CETA, TTIP und TISA“ erklärt der Vorsitzende des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser, Krankenhausdirektor Bernhard Ziegler: „Zunächst behauptet der BDI, dass bereits das GATS-Abkommen die Liberalisierung des Krankenhauses vorsehe, zumindest insoweit, dass die EU es explizit in ihre Agenda aufgenommen habe. Hier ergibt sich ein Widerspruch zu den Erklärungen der Bundesregierung sowohl gegenüber dem Bundestag als auch zum Annex des GATS-Abkommens selbst, in dem eine Liberalisierungsverpflichtung für Deutschland für den Bereich der medizinischen Leistungen ausdrücklich auf natürliche Personen (mithin niedergelassene Ärzte) und entsprechende Bedarfsprüfung begrenzt wird. Der Interessenverband Kommunaler Krankenhäuser stellt fest, dass weiterhin erhebliche Unschärfen bestehen über Begriffe und Definitionen, die ein Auslegungsrisiko beinhalten, welches für andere Bereiche in TTIP (beispielsweise audiovisuelle Dienste) explizit und

klar ausgeschlossen wird. Nicht so für Krankenhäuser.

Risiken bleiben unerwähnt

Sodann bestehen an der Darstellung der Vorzüge des Wettbewerbs im Bereich der Daseinsvorsorge aus Sicht des BDI erhebliche Zweifel an sich. Gerade die Krise der Banken vor knapp zehn Jahren hat gezeigt, dass von liberalisierten Märkten eben nicht nur Vorteile für das staatliche Gemeinwesen ausgehen, sondern auch signifikante, in Milliarden Euro zu beziffernde Risiken. Diese Tatsache lässt der BDI völlig unerwähnt. Die Ereignisse der Jahre 2007/8 ff. und die Folgen für öffentliche Haushalte sind jedoch für die

Schleichende Verlagerung von Kompetenzen

Schließlich besteht aus jenen Gründen aus der Sicht des Verbandes ein Verbot der Verlagerung des zentralen Sozialstaatsleistungs Krankenhauses von der grundgesetzlich geschützten Nationalstaatsebene auf die verfassungsrechtlich bislang nicht legitimierte Ebene der EU. Dieses aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Lisabon-Vertrag abzuwehrende Gebot der Ordnung des Krankenhauses im Rahmen des Bundesrechts wird nicht durchgesetzt. Stattdessen erleben wir eine schleichende Verlagerung von Kompetenzen speziell dieses Bereiches der Daseinsvorsorge auf die EU-Ebene (z.B. durch Hinnahme der Vorgaben der EU-Kommission zur Handhabung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse für Krankenhäuser als nur ein Indiz für die schleichende Verlagerung), sodass die wie oben erwähnt verhältnismäßig unspezifischen Erklärungen zum Bereich der Daseinsvorsorge im Zusammenhang mit TTIP vor dem Hintergrund ebendieser inhaltlichen Inkonsistenzen zu sehen sind. Es sei erforderlich, den Bereich des Krankenhauses (als einem der zentralen Pfeiler der Daseinsvorsorge und des grundgesetzlich geschützten Sozialstaatsgebots) explizit und unmissverständlich von TTIP auszuschließen. Die bisher bekannten Erklärungen und Positionen bergen nach wie vor ein erhebliches Auslegungsrisiko und fallen deutlich weicher aus als andere politisch gewollte Aussagen vom Umfang der Freihandelsabkommen. Insoweit bleibt auch die Stellungnahme des BDI hinter den Erwartungen zurück.“ www.ivkk.de



Meinungsbildung zur Frage des Wettbewerbs für den Verband mitentscheidend gewesen. Der Verband hält es für notwendig, den Wettbewerbsbegriff stärker zu differenzieren. Der IVKK erklärt die Vorzüge des Wettbewerbs um Best-Practice-Modelle an. Er warnt jedoch vor kommerziellem Wettbewerb in jenen Bereichen, die für die Daseinsvorsorge und für die staatliche Ordnung so systemrelevant sind wie Krankenhäuser und in denen ein markt-wirtschaftliches freies Angebot nicht wünschenswert ist.

Umfassende Barrierefreiheit noch weit entfernt

„Einige Vorschläge des DBR und seiner Mitgliedsverbände sind in die Neufassung des Behindertengleichstellungsgesetzes eingeflossen. Das erkennen wir an, sind aber mit dem Gesamtbild unzufrieden, da insbesondere beim Abbau von Barrieren die Privatwirtschaft nicht in die Pflicht genommen wird.“ Das erklärt Ulrike Mascher, Sprecherin der DBR und Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland, anlässlich der ersten Lesung der Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes im Bundestag.



Für den DBR muss auch die Privatwirtschaft ihren Beitrag zur Barrierefreiheit leisten, damit künftige Menschen mit Behinderung vor weniger Hürden stehen. In der Neufassung des Gesetzes werden die Bundesverwaltung und die Sozialleistungsträger verpflichtet, Standards zur Barrierefreiheit einzuhalten bzw. einzuführen. So gibt es z.B. beim wichtigen Thema der barrierefreien Informationstechnik zu wenig Fortschritt im Gesetz. Private Anbieter bleiben völlig außen vor, und die Träger öffentlicher Gewalt werden durch etliche

Info: Der Deutsche Behindertenrat (DBR) ist ein Aktionsbündnis der Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen in Deutschland und engagiert sich seit vielen Jahren für die Rechte von Menschen mit Behinderung. Im DBR haben sich über 140 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen vereinigt. Es repräsentiert mehr als 2,5 Mio. Betroffene.

bspw. Sehbehinderte und Blinde können an e-Commerce nicht teilnehmen. Insbesondere die private Wirtschaft würde aber von digitaler Barrierefreiheit profitieren. Ein Umdenken der Privatwirtschaft erschließe ihr neue Kunden und würde den Alltag der Betroffenen erheblich erleichtern, insbesondere bei Arztpraxen und Gesundheitsdienstleistern. Wir brauchen eine Barrierefreiheit im umfassenden Sinn. Ohne fremde Hilfe muss alles allen zugänglich sein.“

Außerdem lässt die Novellierung die Verbände behinderter Menschen bei der Durchsetzung von Zielvereinbarungen und Klagen bei Verfällen im Regen stehen. Ressourcen und Befugnisse der Verbände müssen daher deutlich gestärkt werden. „Letztlich bleibt die Gesetzesnovelle hinter unseren Erwartungen und Vorschlägen zurück. Barrieren abzubauen ist für Menschen mit Behinderung essenziell. Und für alle wichtig, weil wenn z.B. an Ältere oder Menschen, die zeitweise in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, denken. Bei den weiteren Beratungen zum Gesetz bzw. notwendigen Änderungen müssen die Verbände für Menschen mit Behinderung stärker Gehör finden. Darüber hinaus sollte sich unser Denken auch über die physischen Hürden hinaus bewegen. Es gibt immer noch zu viele Barrieren in den Köpfen gegenüber Menschen mit Behinderung.“

www.deutscher-behindertenrat.de

Pflege-Rechner kalkuliert Entgeltumstellung

Bis zum 1. Januar 2017 sind die Anbieter voll- und teilstationärer Leistungen für Pflegebedürftige gefordert, sich auf die neue Pflegegrad- und Entgeltsystematik des Pflegeleistungsgesetzes II (PSG II) vorzubereiten. Eine strategische Positionierung des Anbieters ist ebenso notwendig wie die frühzeitige Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs für die Umsetzung der neuen rechtlichen Vorgaben. Um den Trägern dies zu erleichtern, bietet die BPS Immobilien-Service, ein Tochterunternehmen der Bank für

Sozialwirtschaft, kostenlos einen PSG II-Rechner an, der die aktuelle Entgeltumstellung eines voll- oder teilstationären Angebotes in die ab Januar 2017 geltende Entgeltumstellung überträgt. Jede Einrichtung kann anschließend eigenständig Modellvarianten errechnen und miteinander vergleichen. Der PSG II-Rechner überführt die aktuell den Pflegebedürftigen zugeordneten Pflegegraden in die zukünftigen Pflegegrade und errechnet die neuen Pflegesätze sowie den einrichtungsindividuellen

einheitlichen Eigenanteil. Durch die Gegenüberstellung alter und neuer Werte ist eine schnelle Orientierung möglich, ob und wo signifikante Veränderungen zu erwarten sind. Durch verschiedene Simulationen können für jede Einrichtung beliebig viele Modellvarianten erstellt, heruntergeladen und miteinander verglichen werden.

www.sozialbank.de/expertise.html
www.bpsimmobilien-service.de/psg-ii-rechner.html