HEALTH EBS

HEALTH ECONOMIST

Der Newsletter von HEALTH EBS e.V.

Ausgabe
September 2016

Vereinsmedium von HEALTH EBS e.V., Alumni-Vereinigung der gesundheitsökonomischen Studiengänge der EBS Unversität für Wirtschaft und Recht, Oestrich-Winkel

Inhalt:

- ***Digitalisierung im Gesundheitswesen – langsam, aber unaufhaltsam***
- ***Mit gesunder Ökonomie zur ökonomischen Gesundheit***
- ***Belegungssicherung stationärer Pflegeeinrichtungen***

Liebe Mitglieder und Freunde von HEALTH EBS e.V.,
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, dass Sie unseren neuen HEALTH ECONOMIST zur Hand oder auf den Bildschirm genommen haben und wünschen eine interessante Lektüre. Diese Ausgabe liefert an erster Stelle eine Nachbetrachtung zu unserem diesjährigen Member-Meeting, bei dem uns als Schwerpunktthema die Digitalisierung im Gesundheitswesen beschäftigt hatte. Die große Resonanz und die positiven Rückmeldungen, die uns zu diesem Veranstaltungsformat erreicht haben, haben uns sehr gefreut.

Auch für das kommende Jahr planen wir daher ein ähnliches Veranstaltungskonzept. Als inhaltlichen Schwerpunkt wollen wir dann die Chancen und Herausforderungen individualisierter Medizin aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und diskutieren. Termin für das Member-Meeting 2017 wird voraussichtlich der 19./20. Mai 2017 sein – auch wieder in Oestrich-Winkel.

Des Weiteren behandeln die Autoren in dieser Ausgabe die Themen Gesundheitsförderung in Unternehmen und die Belegungssicherung stationärer Pflegeeinrichtungen. Ein herzliches Dankeschön an alle Autoren für die eingereichten Beiträge. Diesen Dank verbinden wir gleichzeitig mit der Einladung an alle Interessierten, in den weiteren Ausgaben unseres HEALTH ECONOMIST eigene Beiträge zu veröffentlichen – gerne auch Zweitpublikationen. Bei Interesse bitte einfach bei uns melden.

Wir wünschen interessante Erkenntnisse und Anregungen auf den folgenden Seiten – und herzliche Grüße bis zum nächsten Mal.

Jürgen Merz
(für den Vorstand von HEALTH EBS e.V.)

Herzlich willkommen bei HEALTH EBS e.V.

Wir freuen uns über die neuen Mitglieder, die wir bislang im Jahr 2016 bei HEALTH EBS e.V. begrüßen durften:

Svenja Andrä

Pawel Janta

Christoph von Gienanth

Esther Zöllner

HEALTH-EBS-Symposium 2016

Digitalisierung im Gesundheitswesen – langsam, aber unaufhaltsam

Dr. André Kleinfeld
Geschäftsführer
Navi4Healthcare GmbH

Kontakt:

Bingertstr. 1
65191 Wiesbaden

Tel.: 0611 - 88 02 52 55
mobil: 0160 - 96 40 17 88

E-Mail:

kleinfeld@navi4healthcare.de

www.navi4healthcare.de

Dieser Beitrag ist unter dem Titel „Kein Hype - ein Zukunftsthema“ in der Zeitschrift „Market Access & Health Policy“, Nr. 05/16, 6. Jahrgang, S. 22-25 erschienen.

Der Anfang des 21. Jahrhunderts ist das „Zeitalter der Digitalisierung“. Ein großes Wort. Aber nicht zu groß, haben sich doch schon jetzt in vielen Wirtschaftsbereichen Geschäftsmodelle durchgesetzt, die die immensen Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen wissen: Google, Facebook, Amazon, eBay, Wikipedia, Airbnb, Uber, die Liste ließe sich noch beliebig fortsetzen. Auch im Gesundheitswesen schaut man auf dieses Thema, aber insgesamt noch weniger enthusiastisch und vor allem deutlich kritischer.

Digitalisierung hat bereits viele neue Produkte hervorgebracht. In erster Linie verändern sich dadurch aber die Prozesse. Und Letzteres erfolgt so umgreifend, dass auch die bestehenden Strukturen in Frage und nicht selten sogar auf den Kopf gestellt werden. Dies bedeutet zudem, dass neue Marktteilnehmer mit neuen Geschäftsmodellen auftauchen. Auch in den Gesundheitsmarkt kommen neue Player, die nicht zwangsläufig Experten für Gesundheit und Medizin sind, wohl aber für Digitalisierung. Und dies kann die herkömmlichen Spielregeln des Marktes kräftig durchmischen.

Alles in allem also ein spannendes Thema, dem sich momentan auf vielen Ebenen des Gesundheitswesens mit Arbeitsgruppen, Verbandsgründungen oder Veranstaltungen genähert wird. So auch das **HEALTH-EBS-Symposium „Digitalisierung im Gesundheitswesen: Chancen, Perspektiven und Herausforderungen“**, das am 3. und 4. Juni 2016 in Oestrich-Winkel stattfand (siehe hierzu Infobox).

Infobox: HEALTH-EBS zu Health-Apps & Co.

HEALTH EBS e.V. ist die Alumni-Organisation der gesundheitsökonomischen Studiengänge der EBS Universität für Wirtschaft und Recht. Zu den Studiengängen, die das Health Care Management Institute (HCMI) der EBS Universität anbietet, zählen

- *das Intensivstudium Gesundheitsökonomie, 1996 als einer der ersten berufsbegleitenden Studiengänge in Deutschland gestartet und aktuell im 38. Jahrgang,*
- *das Executive MBA-Programm Healthcare Management, aktuell im 13. Jahrgang sowie*
- *das Intensivstudium Market Access, aktuell im 5. Jahrgang.*

HEALTH-EBS hat lt. Satzung nicht nur das Ziel, diese Studiengänge zu unterstützen – und zwar vor allem durch die Bereitstellung eines Kontaktnetzwerkes für die Zeit nach Erhalt der Zertifikate. Das Alumni-Netz möchte darüber hinaus auch gesundheitsökonomische Themen promoten. Daher war es nur ein konsequenter Schritt, das jährliche Member-Meeting auch für Nicht-Mitglieder zu öffnen.

Zu dem ersten offenen Symposium „Digitalisierung im Gesundheitswesen: Chancen, Perspektiven und Herausforderungen“ konnte HEALTH-EBS folgende ausgewiesene Experten aus den Bereichen Telematik, eHealth und Health-Apps als Referenten gewinnen:

- *Prof. Dr. Arno Elmer (Geschäftsführer der Innovation Health Partners (IHP) und Professor für Gesundheitsmanagement und eHealth an der FOM in Nürnberg)*
- *Dr. Stephan H. Schug (Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gesundheits- telematik (DGG) e.V. und Chief Medical Officer beim Europäischen eHealth Verband EHTEL)*
- *Dr. Thilo Weichert (Vorstandsmitglied der Deutschen Vereinigung für Datenschutz e. V. DVD) und ehemaliger Datenschutzbeauftragter von Schleswig-Holstein (2004-2015))*
- *Dr. Max Wunderlich (Leiter Gesundheitsmanagement bei der Central Krankenversicherung)*
- *Dr. Markus Homann (Leiter Vertrieb und Kunde bei der Central Krankenversicherung)*
- *Dr. Ursula Kramer (Geschäftsführerin der sanawork Gesundheitskommunikation und Präsidentin von HealthOn e.V.)*
- *Dr. Markus Horneber (Vorstandsvorsitzender der AGAPLESION gAG)*
- *Dr. Christiane Groß (Vorsitzende des „Ärztlichen Beirats NRW“ und Vorsitzende des Ausschusses „eHealth“ der Ärztekammer Nordrhein)*

An dem HEALTH-EBS-Symposium nahmen rund 50 Fach- und Führungskräfte aus dem Gesundheitswesen teil. Einigkeit herrschte zur steigenden Bedeutung der Digitalisierung für das Gesundheitswesen. Kontrovers diskutiert wurde allerdings, warum sich die Digitalisierung trotz der vorhandenen technischen Möglichkeiten noch nicht so breit und vor allem nicht so schnell wie in anderen Wirtschaftsbereichen durchgesetzt hat.

Aus den acht Vorträgen ging hervor, dass es wohl mehrere Hürden bzw. „Verlangsamer" der Digitalisierungsentwicklung gibt: das sensible Gut Gesundheit, der Datenschutz, ein stark reglementierter und länderfokussierter Markt, ein eher auf Produktinnovationen gerichteter Blick und das (vielleicht doch typisch deutsche) Phänomen der Überbetonung an Negativbeispielen.

Dabei sei vorangestellt, dass Verlangsamung zwar zumeist negativ besetzt ist. Es ist aber nicht zu vergessen, dass damit auch schlechte Konsequenzen verhindert werden können. Und genau in der unterschiedlichen Einschätzung von Chancen und Risiken liegt wohl das größte Diskussionspotenzial.

1. Das sensible Gut Gesundheit

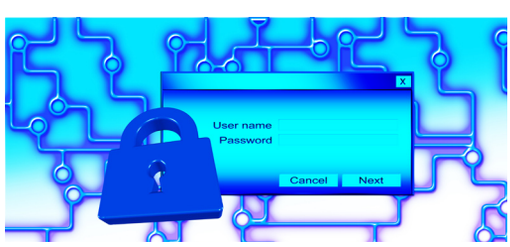
Die Veränderungsprozesse im Gesundheitsmarkt sind in der Regel weniger dynamisch als in anderen Märkten, geht es doch um das Gut, das von den meisten Menschen als Wichtigstes eingeschätzt wird oder zumindest als die wesentliche Voraussetzung für vieles andere. Hier wird in der Regel vorsichtiger agiert, nicht auf jeden neuen Zug aufgesprungen und stets unter ethischen Aspekten abgewogen. Und das ist im Großen und Ganzen auch gut so.

Teilweise führen die – zumeist gut gemeinten – Schutzmechanismen vor dem Neuen zu einem Festhalten an Altem und (scheinbar) Bewährtem. So werden Unterstützungspotenziale der Digitalisierung nicht ausgeschöpft oder aus Angst vor den Risiken kleingeredet. Es ist jedoch wichtig, dass die Marktteilnehmer die offensichtlichen neuen Möglichkeiten erschließen, um nicht andere vollkommen ungesteuerte Entwicklungen zuzulassen. Prof. Dr. Arno ELMER (Geschäftsführer der Innovation Health Partners) brachte hierzu folgendes Beispiel: Manche Ärzte in Krankenhäusern tauschen heute Patientenaufnahmen per WhatsApp aus. Sie nutzen die offensichtlichen Chancen der Digitalisierung und nehmen damit Datensicherheitsrisiken in Kauf. Ein Umstand, der angesichts der technischen Möglichkeiten, nicht notwendig wäre. „Das Wasser sucht sich seinen Weg."

Patienten erkennen ebenfalls die neuen Möglichkeiten über Health-Apps und wenden diese bereits in großer Zahl an – nicht selten unreflektiert. Nur ein Leitfaden, der durch diesen Dschungel hunderttausender Apps führt und die qualitativ hochwertigen filtert, fehlt noch. Da die gesetzlichen Regelungen dieser schnellen Entwicklung immer hinterherhinken werden, braucht es engagierte Personen und Unternehmen, die sich diesem Thema annehmen. So hat Dr. Ursula KRAMER (Geschäftsführerin der sanawork Gesundheitskommunikation) 2011 den Blog HealthOn ins Leben gerufen, der mittlerweile zur größten Info- und Bewertungsplattform für Health-Apps in Deutschland geworden ist.

Solche Initiativen sind notwendig, da Gesundheits-Apps gefährlich sein können. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn sie dem Nutzer suggerieren, Diagnosen auch für schwerere Erkrankungen stellen zu können, ohne einen Arzt hinzuziehen zu müssen. Dr. Christiane GROß (Vorsitzende des Ausschusses „eHealth" der Ärztekammer Nordrhein) wies zudem auf den zweifelhaften Nutzen jener Apps hin, die Arzneiempfehlungen geben, wie „Schnelldiagnose - Homöopathie für Kinder". In diesen Bereichen ist es notwendig, dass der Nutzer möglichst schnell und einfach Seriosität, Einsatzmöglichkeiten und Grenzen der Apps erkennen kann.

2. Der Datenschutz



Der Datenschutz wird in Deutschland – gerade im Gesundheitswesen – zurecht sehr hoch gehalten. Gleichzeitig dient er aber auch als wichtigstes Argument gegenüber Neuerungen. Nicht selten werden die Gefahren über- und die Chancen unterbetont. Hier gilt es einen Ausgleich zu finden, bei dem Versorgungsforscher allerdings gerne auf den Grundsatz hinweisen: Patientenschutz vor Datenschutz. So haben die meisten schwerstkranken Menschen vermutlich kaum Interesse an Datenschutz, wohl aber an Informationen, die zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes oder gar zur Heilung beitragen können.

Dr. Thilo WEICHERT (ehemaliger Datenschutzbeauftragter von Schleswig-Holstein) ging in seinem Vortrag auf die Digitalisierung aus der Perspektive des Datenschutzes ein. Er sieht die Möglichkeiten zur Optimierung der Behandlung auf Basis von Daten zu Genetik, Medikationshistorie, Bewegungsverhalten und realer Versorgungsqualität, weist aber gleichzeitig auch auf das große Missbrauchspotenzial hin.

Bei der Nutzung von Gesundheitsdaten sollten daher nach WEICHERT stets folgende Ziele verfolgt werden: „Vertraulichkeit (z. B. Verschlüsselung), Integrität und Authentizität (z.B. digitale Signatur), Verfügbarkeit (z.B. Backup), Intervenierbarkeit (Löschen, Sperren, Berichtigen), Transparenz und Revisionsfähigkeit (Protokolle, Dokumentation) sowie Nichtverkettbarkeit (z. B. Mandantentrennung).“ Gerade gegen letzteren Punkt würde häufig verstoßen. Nichtverkettbarkeit bedeutet keine generelle Verfügbarmachung der Daten, sondern nur mit Zweckbindung.

Nun wird es niemals hundertprozentigen Datenschutz geben können. Dementsprechend müssen die Risiken mit den Chancen der Datennutzung abgewogen werden. Hierbei können den Bedenkenträgern vielleicht folgende Punkte am ehesten entgegengehalten werden:

- die wachsenden Erfahrungen zur Sicherstellung des Datenschutzes aus anderen Märkten (wie dem Banken- und Finanzsektor), in denen der Prozess der Digitalisierung schon weiter vorangeschritten ist
- die steigenden Möglichkeiten zur Nutzung des Datenschatzes, mit denen – wie Dr. Markus HORNEBER (Vorstandsvorsitzender der Agaplesion AG) in seinem Vortrag ausgeführt hat – zukünftig etwa über predictive analytics Krankheiten verhindert werden können
- die Zunahme der freiwilligen Datenbereitstellung seitens der Patienten

Letzteren Punkt ergänzt WEICHERT, indem er eine „explizite, freiwillige, bestimmte und rückholbare Einwilligung“ der Betroffenen als wesentliche Voraussetzung fordert. Und hier liegt auch wohl der entscheidende Punkt, um Datenschützer und Datennutzer zusammenzubringen. In dem Moment, in dem Patienten explizit der Nutzung ihrer Daten (in anonymisierter, pseudonymisierter oder aggregierter Form) zustimmen, ist ein großes Problem nicht mehr gegeben.

Damit Patienten (oder auch andere Betroffene) das Ausmaß und die Konsequenzen der Datennutzung besser einschätzen können, ist jedoch eine neutrale Darstellung notwendig. An dieser Stelle wird es schwierig. So weisen etwa einige Datenschützer auf die missbräuchliche Nutzung personifizierter bzw. patientenanonymisierter Rezeptdaten von Apothekenrechenzentren hin, erwähnen dabei aber nicht den Beitrag solcher Daten für eine bessere Gesundheitsversorgung. Nur wenn die Hersteller wissen, wie Arzneimittel im Versorgungsalltag eingesetzt werden, können sie auch ihre Forschungsaktivitäten entsprechend ausrichten. Hierbei sollte man der pharmazeutischen Industrie nicht pauschal ein alleiniges Interesse an Gewinnmaximierung unterstellen. Die meisten Arzneimittelhersteller sind wie andere Teilnehmer des Gesundheitsmarktes daran interessiert, die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Dies ist übrigens kein Plädoyer für einen unreflektierten Umgang mit diesen sensiblen Daten. Im Gegenteil: Datenschutz muss hier großgeschrieben werden. Es darf aber nicht dazu führen, dass Daten nicht mehr bereitgestellt werden. Vielmehr muss nach Wegen gesucht werden, wie eine Datenbereitstellung unter Einhaltung der Sicherheitsstandards erfolgen kann. Ein Dialog, der stärker Risiken und Nutzen abwägt, ist wünschenswert.

3. Der stark reglementierte Gesundheitsmarkt

Der Gesundheitsmarkt funktioniert nur bedingt wie andere Märkte über Angebot und Nachfrage. Hier bestehen deutlich mehr Reglementierungen, die die Durchsetzung neuer Prozesse und Strukturen oder gar Geschäftsmodelle verhindern oder zumindest verlangsamen.

Dies gilt nicht zuletzt auch für den rechtlichen Bereich. Lange Gesetzgebungsverfahren passen nicht zu einem Markt, der von Produktlebenszyklen geprägt sein wird, die immer kürzer werden. Daher finden viele Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung noch außerhalb des erstattungsfähigen GKV-Marktes ab . Erst wenn sich Innovationen im privat (oder über Einzelverträge) finanzierten Bereich durchgesetzt haben, werden diese auch in den Kollektivvertragsbereich übertragen.

Mit dem 1,2 Milliarden Euro schweren Innovationsfonds soll diese Entwicklung gefördert und beschleunigt werden. Ein wesentliches Ziel des Fonds ist es, neue Versorgungsformen in die Regelversorgung zu überführen.

Mit dem Erfolg der neuen digitalen Geschäftsmodelle in anderen Märkten steigt auch die „Goldgräberstimmung“ im Gesundheitsmarkt, nicht zuletzt angeheizt durch den Innovationsfonds. Diese Entwicklung wird zurzeit sehr kritisch diskutiert, tauchen doch zunehmend unseriöse Player auf oder zumindest Player ohne Expertise im Gesundheitsmarkt. Es sollten aber die positiven Aspekte neuer Wettbewerber nicht unterschätzt werden. So erfolgen Sprunginnovationen häufig von neuen Marktteilnehmern. Und diese können die bisherigen Spielregeln des Marktes verändern. Abwarten ist also keine gute Option.

Zudem bringen neue gesetzliche Regelungen, wie das E-Health-Gesetz (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen) die Entwicklungen in den Bereichen Telemedizin, Telemonitoring, Telematikinfrastruktur, elektronischer Arztbrief, elektronische Patientenakte, (digitaler) Medikationsplan und Notfalldaten voran. Zwar wird häufig kritisiert, dass die gesetzlichen Regelungen den Entwicklungen auf dem Markt hinterherhinken. Doch mit der Verabschiedung des E-Health-Gesetzes wurde auch den kritisch eingestellten Beteiligten die Bedeutung des Themas aufgezeigt und führte damit zu einer breiteren Beschäftigung in nahezu allen Bereichen des Gesundheitssystems.

Dr. Stephan SCHUG (Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitstelematik (DGG) e.V.) wies in seinem Vortrag z. B. darauf hin, dass Telemedizin bereits in der Gebührenordnung angekommen sei. Zur Telemedizin gehören „medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie der ärztlichen Entscheidungsberatung, die über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht und bei denen Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden“ (GROß). Ein Beispiel hierfür ist die Tele-Schlaganfall-Versorgung, die sich vor allem in Bayern und Sachsen etabliert hat. So hat das TEMPiS-Netzwerk (Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung) in Bayern bereits zu einem verbesserten Outcome bezüglich Mortalität, Pflegeheimversorgung und schwerer Behinderung geführt.

4. Der national fokussierte Gesundheitsmarkt

Wenige Märkte sind so auf die eigenen Staatsgrenzen fixiert wie der Gesundheitsmarkt. Internationale Marktteilnehmer spielen zwar im Bereich der Medizinprodukte und Arzneimittel eine große Rolle, hinsichtlich der Prozesse im Gesundheitssystem aber (noch) nicht.

Nun kennt die Digitalisierung per se keine Grenzen, sodass hier die Internationalisierungsprozesse rasch zunehmen werden. Ein Beispiel hierfür ist die Patientenmobilitätsrichtlinie, in der die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung EU-weit geregelt werden.

Die zunehmende Patientenmobilität führte auch zu Projekten wie epSOS (Smart open Services for European Patients), die dazu beitragen, die nationalen eHealth-Systeme vieler europäischer Länder untereinander kompatibel zu machen. Mit Hilfe von Notfalldatensets, elektronischen Patientendossiers, elektronischen Rezepten (*ePrescription*) und elektronisch unterstützter Medikamentenausgabe (*eDispensing*) soll die Behandlungskontinuität während eines Auslandsaufenthalts gewährleistet werden. Nach SCHUG ist die Infrastruktur hierzu beispielsweise in Finnland und Portugal schon sehr ausgeprägt. Darüber hinaus soll mit dem EU-Projekt JAseHN (Joint Action to support the eHealth Network), das im Mai 2015 startete, die fortlaufende Integration von eHealth in die Gesundheitspolitik sichergestellt werden. Die Leitlinien dieses eHealth-Netzwerks bauen auf den Ergebnissen von epSOS auf.

Trotz solcher ambitionierten Vorhaben ist es aber noch ein weiter Weg bis zur umfassenden Harmonisierung der Prozesse nationaler Gesundheitssysteme. Daher scheint es nicht unwahrscheinlich, dass andere Player hier das Heft in die Hand nehmen werden. So dringen bereits mächtige Weltmarkt-Player – wie Google, Microsoft und Apple – in den Gesundheitsmarkt vor.

5. Fokus auf Produktinnovationen

In vielen Märkten wurde in der Vergangenheit der Fokus auf Produktinnovationen gesetzt. Die großen Veränderungen und Erfolge sind aber nicht selten Prozessinnovationen zu verdanken, wie im Bereich Qualitätsmanagement und in der Hygiene.

Momentan wird sehr viel auf Gesundheits-Apps geschaut. Dies liegt vermutlich daran, dass die Marktdurchdringung von Smartphones ein sehr hohes Niveau erzielt hat (in Deutschland gibt es bereits mehr Mobilfunkanschlüsse als Einwohner) und viele Menschen selbstverständlich mit Apps umgehen.

Die Attraktivität von Apps in den Bereichen Gesundheitsaufklärung und Krankheitsbewältigung liegt nach KRAMER vor allem in den Punkten nahezu unbegrenzter Erreichbarkeit und niedrigschwelligen sowie anonymen Zugangs. Der Nutzen einer App hängt zwar stark von deren Qualität (z. B. Zertifizierung nach dem Medizinproduktegesetz) sowie der Vertrauenswürdigkeit des Anbieters ab, muss aber letztlich individuell beurteilt werden. Schließlich ist, wie KRAMER und GROß ausführen, die Art der Nutzung so verschieden:

Soll mich die App vor allem informieren und motivieren oder beim Tagebuch führen und (Mit-) Teilen unterstützen? Hilft mir die App im Bereich Fitness, Gesundheitsvorsorge, Früherkennung, Krankheitsbewältigung, Diagnose und/oder Therapie? Nutze ich die App nur einmal, selten oder dauerhaft? Ist die App für mich ein nice-to-have oder schon bald ein need-to-have?

Apps und Wearables können ihren Nutzen aber erst dann richtig entfalten, wenn sie Teil eines Versorgungsansatzes werden. So sollten – wie Dr. Max WUNDERLICH (Leiter Gesundheitsmanagement bei der Central Krankenversicherung) und Dr. Markus HOMANN (Leiter Vertrieb und Kunde bei der Central Krankenversicherung) darstellen - neue Programme nicht digital (über den Einsatz von Technologien) oder klassisch (alles über den Arzt) sein, sondern „das Beste aus den beiden Welten verknüpfen". Auch GROß betont, dass Tele- und konventionelle Medizin nicht als Gegensätze angesehen werden dürfen, sondern sich gegenseitig unterstützen und ergänzen sollen.

Nicht die Produktinnovation alleine helfe, sondern ein Versorgungskonzept, das die App an den Punkten einbindet, an denen die klassische Versorgung nicht ausreichend gute Ergebnisse liefere. Daher setze die Central Krankenversicherung bei ihren Versorgungsprogrammen auf eine Mischung aus Arzt und Technologie, ergänzt um telefonische Beratung. Letzteres erfolge vor allem vor dem Hintergrund, dass der Arzt nicht immer Spezialist für Verhaltensänderungen sei und die Technologie häufig nur einen kurzfristigen Reiz an Neuem liefere. Während also im Bereich Diabetes beispielweise die Blutzuckerwerte des Patienten automatisch in ein (in Deutschland gehostetes) Online-Portal übertragen würden und der Arzt die Therapieziele mit dem Patienten vereinbare, würden die Verhaltensänderungen und deren Wirkung auf den Gesundheitszustand gemeinsam mit dem Telefon-Coach überwacht.

WUNDERLICH betonte hierbei: „Begeistern Sie sich für das Problem, nicht für die Technologie, und schauen Sie bei der Entwicklung auf die Nutzer und deren Möglichkeit, ihr Problem zu lösen". Hinzu komme, dass zukünftige Entwicklungen idealerweise „geräteagnostisch" seien, nähme doch die Halbwertzeit der Devices immer mehr ab.

Auch das Telemonitoring ist weniger eine Produkt- als eine Geschäftsmodellinnovation. Es greift in die Organisation des Gesundheitswesens ein. Privater Haushalt und mobiles Umfeld würden nach SCHUG zum „dritten Standort" für Gesundheitsdienste. Ein Beispiel hierfür sind die Gemeindekrankenschwestern in Dänemark, die per Smartphone Fotos zur Verlaufskontrolle eines diabetischen Fußes an das Universitätskrankenhaus Odense übertragen. Damit kann Telehomecare die Lebensqualität steigern und das auch noch zu geringeren Kosten. Und Ärzte können – wie ELMER feststellt – außerhalb der klassischen Sprechzeiten Patienten beraten, die im Ausland sind, z. B. im Bereich der Schlaganfallnachsorge.

Aufgrund des zukünftig zu erwartenden und teilweise bereits vorhandenen Pflegekraft- und Ärztemangels besteht zudem eine Notwendigkeit für solche neuen Versorgungsansätze. Nicht zuletzt entstehen mit den neuen digitalen Möglichkeiten alternative Arbeitsmodelle: mehr Teilzeitoptionen, Home-Office und damit bessere Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf und Privatleben.

6. Überbetonung der Negativbeispiele

Die Kritiker der neuen Entwicklungen führen nicht selten vor allem Beispiele der negativen Folgen von Veränderungen auf. Beim Thema Digitalisierung sind dies u. a. abnehmende Datensicherheit, Entmenschlichung bzw. das Verschwinden des Persönlichen und Fehleranfälligkeit maschineller diagnostischer Algorithmen.

Man erhält dabei manchmal den Eindruck, der Status quo sei (nahezu) optimal und deshalb unbedingt zu schützen. Die Chancen, momentane Missstände (wie Fehldiagnosen von Ärzten, falsche Arzneimittelgaben von Krankenschwestern etc.) damit beheben zu können, werden hingegen zumeist unterbetont. Hier gilt es, anhand von Vorbildprojekten – und deren Anzahl wird steigen – die immensen Möglichkeiten zu offenbaren.

Ein häufig angebrachter Punkt ist, dass Ärzte nicht von Algorithmen bevormundet bzw. durch selbige ersetzt werden wollen. Richtig verstanden geht es aber doch vielmehr darum, mit Hilfe von Algorithmen die Arbeit von Ärzten und anderen Leistungserbringern zu unterstützen. Dies ist kein Vorgang, der von heute auf morgen umgesetzt wird. Aber diese Entwicklung ist unumkehrbar, will man die immensen Möglichkeiten der Rechenleistungen von Computern nicht ungenutzt lassen.

Zudem ergeben sich nach GROß durch den mobilen Umgang mit Daten und Informationen neue Möglichkeiten für Ärzte und Patienten, wie besserer Zugang zu Informationen und Daten, neue Weiterbildungsmöglichkeiten, einfache Nutzung der Sensoren von Smartphones, einfacherer Informationsaustausch zwischen Patient und Arzt (z. B. elektronisches Tagebuch, Fotoversand und Archivierung, Übertragung von Blutzuckerwerten). Dies erfordert aber auch einen veränderten Umgang miteinander.

HORNEBER stellte in seinem Vortrag auch die Frage: Brauchen wir zukünftig noch Krankenhäuser oder zumindest so viele Krankenhäuser? Eine Frage, die viele Klinikmitarbeiter erst mal aufhorchen lassen wird und Angst machen kann. Es gilt aber vielmehr, sich im Vorfeld Gedanken zu machen, was getan werden muss, damit nicht Branchenfremde den Markt übernehmen. Hier sind neue Positionierungen und vermutlich neue Kooperationsformen gefragt. Und das ist nicht per se negativ.

Gleiches gilt für den Krankenversicherungsmarkt. HOMANN führte das Beispiel der digitalen Krankenversicherung OSCAR in den USA an. Anfang 2017 soll auch in Deutschland die erste digitale private Krankenversicherung an den Start gehen. Kern ist eine App, die den Kunden von der Arztauswahl bis zur Abrechnung unterstützen soll (vgl. Fromme, Herbert: „Hallo, ich bin deine digitale Krankenversicherung“, in: Süddeutsche Zeitung, 18.12.2015). Alleine die Ankündigung dieses neuartigen Geschäftsmodelles wird wohl den Wettbewerb aufrütteln und ggf. zu einem steigenden Anteil digitaler Angebote bei den bestehenden privaten Krankenversicherungen führen.

Fazit

Zum Schluss soll mit drei Thesen zu dem Untertitel des HEALTH-EBS-Symposiums „Chancen, Perspektiven und Herausforderungen“ noch ein Blick in die Zukunft gewagt werden:

These 1 zu den Chancen:

Die Patienten werden die großen Profiteure der Digitalisierung sein – nicht jeder einzelne, aber doch deren Gesamtheit.

Die Patienten werden dank umfangreicherer Informationen sowie breiterer und mobiler Diagnose- und Therapiemöglichkeiten von einer besseren Gesundheitsversorgung und höherer Lebensqualität profitieren. Es bleibt nur zu hoffen, dass dies auch erkannt und nicht als selbstverständlich wahrgenommen wird, wie etwa die deutlich gestiegene Lebenserwartung, die nicht zuletzt auf medizinische Innovationen wie Hygiene, Impfstoffe, Antibiotika etc. zurückzuführen ist.

These 2 zu den Perspektiven:

Die Digitalisierung wird das Gesundheitswesen in seinen Grundstrukturen stärker verändern als viele Gesundheitsreformen der vergangenen Jahrzehnte.

Der Übergang ins Zeitalter der Digitalisierung wird viel Positives, aber auch einiges Negatives mit sich bringen. So werden sich u. a. viele Berufsbilder stark verändern (vgl. etwa den sehr lesenswerten Artikel von Marco Fuchs: Der digitale Doktor, in der F.A.S. vom 12.06.2016). Hier gilt es, mit Augenmaß voranzugehen, Chancen und Risiken abzuwägen und den stark ausgeprägten Verharrungstendenzen eine Vision entgegenzustellen. Totalverweigerer der neuen digitalen Möglichkeiten werden Probleme bekommen. Ebenso die unkritischen Nutzer. Vermutlich werden branchenübergreifende Kooperationen die Gewinner sein, in denen medizinische und digitale Expertise zusammengebracht werden.

These 3 zu den Herausforderungen:

Die Digitalisierung wird sich im Gesundheitsmarkt konsequent durchsetzen, wenngleich (zunächst) langsamer als in den meisten anderen Märkten.

Digitalisierung ist kein Hype oder Trend, sondern eines der Zukunftsthemen – oder mit den Worten von ELMER: „Das geht jetzt nicht mehr weg“. Die Herausforderung liegt in der Überwindung der dargestellten Hürden bzw. der aktiven Nutzung bereits vorhandener Möglichkeiten bei einem gleichzeitig verantwortlichen Umgang mit den Risiken.

Dr. André Kleinfeld,
Gründer und Geschäftsführer
der Navi4Healthcare GmbH,
Gesundheitsökonom (EBS) und
Vorstandsmitglied des HEALTH EBS e.V.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Mit gesunder Ökonomie zur ökonomischen Gesundheit

Dr. Dieter Möller

Diplom-Biologe
Gesundheitsökonom (EBS)

Kontakt:

Greiffenclaustr. 54a
65375 Oestrich-Winkel

Tel.: 06723 - 913 9871
mobil: 0173 - 177 9222

E-Mail: dm@healture.de

Andreas Rauth

Dipl. Betriebswirt
Accenture Services Kronberg

Kontakt:

Campus Kronberg 1
61476 Kronberg

mobil: 0175 - 576 3617

E-Mail:
andreas.rauth@accenture.com

Gesundheitsförderung in den Unternehmen

Wer nimmt heute in unserer Gesellschaft die Aufgabe wahr, Gesundheit zu fördern und zu entwickeln? Nun ja – die Verantwortung für die eigene Gesundheit kann uns keiner wirklich abnehmen, wir müssen (dürfen!) sie selbst tragen! Aber Rahmenbedingungen schaffen (Verhältnis-Prävention), die die Gesundheit von Menschen durch geändertes Denken und Verhalten erleichtern – das ist machbar.
Die traditionellen Systeme scheinen ja nicht mehr zu funktionieren – die Steigerungen im Bereich Adipositas, Diabetes & Co sprechen leider für sich. Institutionen wie Kitas, Schulen und Universitäten glänzen überwiegend nicht mit hochwertigen Angeboten zum Thema Ernährung – eine der wesentlichen Säulen unserer Gesundheit und Energiequelle für Gehirn und Körper.
Die Politik eiert schon lange ums Präventionsgesetz und hangelt sich von einem Reförmchen zum anderen. Ergebnis: steigende Beiträge für die Krankenkassen, die wir Bürger und die Unternehmen bezahlen. Da werden bestehende Strukturen gesund erhalten und die Qualität der Versorgung steigt nur mühsam. Ein verrückter Aufwand, der mit unvorstellbar hohen Gesundheitsausgaben von 328 Milliarden Euro im Jahr 2014 in Deutschland (= 11,2 % des BIP, Quelle: destatis.de) mit einem fragwürden Kosten-Nutzen-Grad betrieben wird.

Neue Anforderungen im modernen Arbeitsleben

Die Leistungsanforderungen sind heute oft eher mental und mit hoher psychischer Belastung / Beanspruchung verbunden (siehe HEATLTH ECONOMIST Sept. 2015 S. 6) und bieten nur wenige Möglichkeiten, Stress durch die evolutionär bewährten Kampf- oder Fluchtmechanismen abzubauen. Selbst die Bewegungskomponente ist im modernen Büroalltag extrem eingeschränkt. Da ist nach einem stressreichen Arbeitstag das abendliche „Extrem-Spinning“ vielleicht auch nicht die beste Lösung.
Dazu stellt der demographische Wandel (siehe HEATLTH ECONOMIST Sept. 2015 S. 2) die Unternehmen vor eine sehr große Aufgabe – einerseits das Know-how der älteren Mitarbeiter möglichst lange erhalten und andererseits im Kampf um die wenigen jungen Mitarbeiter auf dem Markt („war for talents“) etwas Besonderes anzubieten. Der Stellenwert der Gesundheitsförderung in den Unternehmen wächst und laut einer aktuellen Studie ist sogar jeder 11. Angestellte bereit, wegen eines besseren Gesundheitsangebot den Arbeitgeber zu wechseln (Asklepios Studie Gesundheitsförderung März 2016).

Ein Pilotprojekt

Der Auslöser für unser Pilotprojekt in einem großen Beratungsunternehmen (IT-Bereich) waren Mitarbeiter mit Burnout. „Kann man da was mit Ernährung machen?“ war die anscheinend banale Frage. Ich überprüfte die üblichen therapeutischen Angebote und stellte schnell fest, dass hier das Thema Ernährung kaum eine Rolle spielte – und das, wenn es um unser egoistisches Gehirn geht [Peters 2011]. Das ist nämlich Energie-Großverbraucher, hat keine Energiespeicher und muss permanent und gleichmäßig Tag und Nacht mit Energie versorgt werden. Ist der Akku leer – kann der Super-Chip nix leisten. So einfach ist das!
Schnell entwickelte sich die Idee, ein umfassendes Präventions-Konzept oder eher ein Gesundheits-Entwicklungs-Konzept zu erarbeiten, das über die etablierten und meist wenig nachhaltigen Angebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (Gesundheitstage, Rückenschulung, Lauftreff, Rabatt im Fitnessstudio, …) hinaus geht.
Das neue Angebot war ganz einfach: Kompetenz entwickeln für Ernährung, Bewegung, Emotionen in einer optimalen Wirkabstimmung der Komponenten. Aber die schwerste Aufgabe: Wie schafft man es, Verhalten (Life Style) zu verändern und das nachhaltig?

Der erste Schritt – die tägliche Ernährung

Wir tun es vom ersten Tag an mehrmals – aber mit welchem Bewusstsein? Besonders in Deutschland hat Essen aber einen eigenartigen Stellenwert, der sich in der Qualität und den noch akzeptablen Kosten für ein Essen in einer Kantine oder einem Betriebsrestaurant niederschlägt. Da gehen wir mehr als 200mal im Jahr im Unternehmen mittags essen und bekommen & akzeptieren häufig eine durchschnittliche Güte, die zu diesen Preisen nur unter Einbuße von Qualität möglich ist.
Hier liegt aber auch die größte Chance für Unternehmen, Mitarbeiter täglich zu erreichen (Wertschätzung!), das Thema Gesundheit via Ernährung zu promoten und dafür ein neues Bewusstsein zu schaffen. Darüber hinaus wird

auch bei einem gemeinsamen Mittagessen die soziale Komponente gestärkt.
Ein speziell abgestimmtes Ernährungsangebot „Healture-Brainfood“ achtet auf einen ausgeglichenen Blutzuckerspiegel, um unser Gehirn permanent und gleichmäßig mit Energie zu versorgen. Weiterhin werden Lebensmittel mit Inhaltsstoffen bevorzugt, die den Energiestoffwechsel des Gehirns optimal unterstützen bzw. für die Synapsen-Funktion wichtig sind wie Aminosäuren als Vorstufe der Neurotransmitter. Letztlich werden die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden gesteigert und die Stressachse entlastet.

Das Life Style Coaching

Das Programm läuft über 4 Monate und beginnt mit 2 Tagen Wissensmodulen (Ernährung, Energiestoffwechsel, effektive Bewegungseinheiten, Fitness-Tracker, Emotions-Coaching). Zu Beginn und nach 3 Monaten werden eine Körperanalyse, Labordaten und eine Selbsteinschätzung erhoben, um Veränderungen messbar zu machen. Zum Abschluss wird ein Bericht in aggregierter, anonymisierter Form für das Unternehmen erstellt.

Abb. 1:
Zeitlicher Ablauf des Life Style Coachings

Vom Unternehmen in die Gesellschaft

Über neue Angebote im Unternehmen zur Gesundheitsentwicklung der Mitarbeiter wird ein verändertes Bewusstsein und Verhalten in die Familie, den Freundeskreis und hoffentlich weiter in Kitas, Schulen, Kommunen getragen. Im Rahmen einer regionalen Interaktion mit verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen kommt somit den Unternehmen eine neue Rolle als Promotor von Gesundheit zu. Und sie haben ein elementares Interesse daran, leistungsfähige und langfristig gesunde Mitarbeiter zu haben.

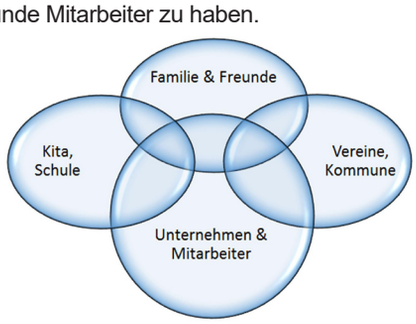


Abb. 2:
Vom Unternehmen in die Gesellschaft

Win-Win

Eine verbesserte Produktivität (gemessen zwischen plus 3 bis 5%) sowie geringere Präsentismus- und Absentismus-Kosten etc. bringen dem Unternehmen einen schnellen und sehr attraktiven ROI bereits im ersten Jahr. So ist z.B. allein die Vitamin D-Messung und Supplementierung bei geringem Kosteneinsatz ein großer Hebel zur Reduzierung von Erkältungskrankheiten [Monlezun et al. 2015] und damit der AU-Tage.

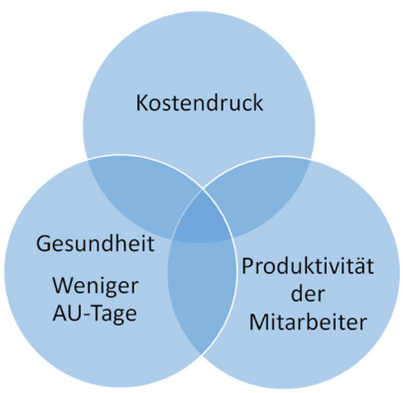


Abb. 3:
Win-Win Situation für Mitarbeiter und das Unternehmen

„Wissensarbeit produktiver zu machen, ist die große Managementaufgabe des 21. Jahrhunderts“ (Peter F. Drucker). Nichts tun oder die Vermeidung solcher nachhaltigen Angebote und Aktivitäten ist das größere Risiko und würde automatisch die Kosten im Personalbereich allein aufgrund des demografischen Wandels deutlich steigen lassen.
Bei den trainierten Mitarbeitern entsteht persönlich ein extrem hoher Nutzen – sie entwickeln und erhalten ihre Gesundheit. Mehr als 80 % der Teilnehmer hatten auch nach 18 Monaten nach dem Start des Programms verbesserte Stoffwechselparameter sowie eine günstigere Körperzusammensetzung, die relevante Risikofaktoren für z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes verringern.
Gute Lebensqualität kann nicht hoch genug bewertet werden – und die direkten und indirekten Kosten für z.B. eine „Diabetiker-Karriere“ über Jahrzehnte für die Versorgung und Arbeitsausfälle sind extrem, so dass neben den Unternehmen auch die Kranken-Versicherungen hier von einer Kostenreduktion profitieren. Damit können also die Unternehmen einen Beitrag mit hoher gesundheits- und sozioökonomischer Relevanz leisten.

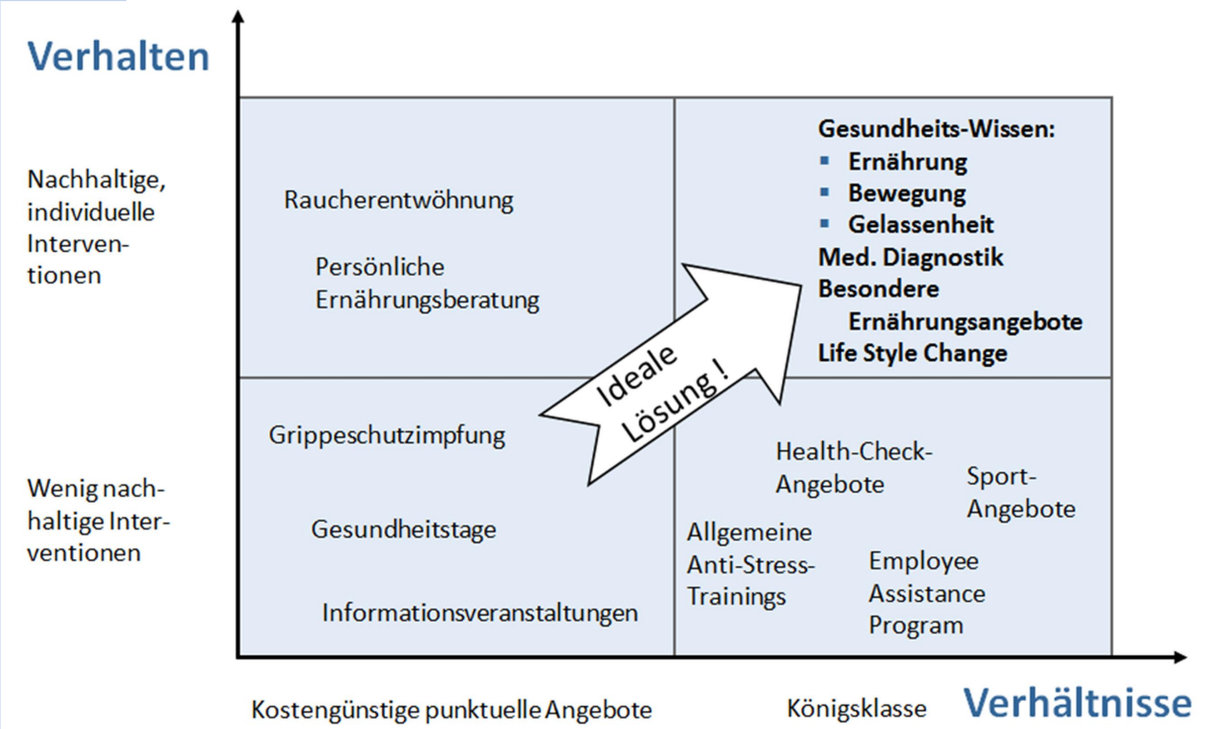


Abb. 4:
Ideale Lösung Verhalten / Verhältnisse

Vision für eine gesunde Zukunft

Wenn in Unternehmen in einem wahrnehmbaren Umfeld Gesundheit erhalten und entwickelt wird durch eigenverantwortliches Verhalten der Mitarbeiter, dann könnte man Alternativen schaffen zu dem bestehenden anonymen Versicherungssystem, das fast alle gerne maximal (aus-)nutzen. Die heutigen Versicherungssysteme einschließlich der Privatversicherungen bieten nämlich kaum Anreize, die ein gesundheitsbezogenes Verhalten belohnen.
Und dann lockt ja noch Big-Data. Quantified Self sowie die systematische Erfassung von Vitaldaten im Rahmen eines Gesundheits-Coachings können durch Bildung von Referenzgruppen einerseits die Teilnehmer (sportlich) motivieren und andererseits über eine automatisierte Mustererkennung frühzeitig negative Entwicklungen erkennen und mit präventiven Maßnahmen neutralisieren oder zumindest verzögern. Die ersten Ansätze existieren bereits heute wie z.B. bei der Generali-Versicherung. Generell liegt hier ein riesiges Potential für den Einzelnen, die Unternehmen und die Gesellschaft insgesamt.
Blicken wir gespannt in eine gesunde Zukunft in gesunden Unternehmen!
PS: Das Pilotprojekt wurde bei Accenture in Kronberg in Zusammenarbeit mit dem Caterer Food Affairs (Compass Group) durchgeführt. Das Life Style Coaching ist heute Bestandteil im Trainingsangebot von Accenture.

Abbildungen: Copyright Healture Concepts GmbH

Referenzen:
Peters, A. 2011. Das egoistische Gehirn: Warum unser Kopf Diäten sabotiert und gegen den eigenen Körper kämpft
Monlezun, D. J. et al. 2015. Vitamin D status and acute respiratory infection: cross sectional results from the United States National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2006. Nutrients 7(3):1933–44.

Dr. Dieter Möller
Diplom-Biologe
Gesundheitsökonom (EBS)

Andreas Rauth
Dipl. Betriebswirt
Accenture Services Kronberg

Management & Führung

Belegungssicherung stationärer Pflegeeinrichtungen

Kai-Uwe Latten

Dipl.-Kaufmann
Gesundheitsökonom (EBS)
EFQM-Assessor

CMS Unternehmensgruppe

Kontakt

Konrad Adenauer Str. 25
50996 Köln

Tel.: 0221-93576-31

E-Mail: latten@cms-verbund.de

Der Wettbewerb für Pflegeanbieter nimmt zu. Er ist dabei regional sehr unterschiedlich und umfasst gleichermaßen die Pflegebedürftigen, Angehörigen, Mitarbeiter und Zuweiser. Bisher ist in der Pflegebranche ein systematisches Marketing noch nicht weit verbreitet und stößt bei den Umsetzenden vor Ort auch nicht immer auf die notwendige Akzeptanz. Zudem kamen Anbieter in der Vergangenheit mit wenigen operativen Maßnahmen bereits gut über die Runden. Die wettbewerblichen Veränderungen machen aber ein Umdenken erforderlich. Die einfache Übertragung des Marketing-Mix auf Pflegeeinrichtungen ist dabei selten erfolgreich, da die Marktspezifika und die Wechselwirkungen lokaler Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden müssen. Um eine nachhaltige Belegungssicherung zu erreichen gilt es sich offensiv und positiv im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. Einige Bausteine hierfür sollen in der folgenden, nicht abschließenden Ausführung kurz dargelegt werden.

Basis aller Aktivitäten zur Belegungssicherung sind Positionierung und Bewohnerorientierung. Die **Positionierung** legt fest, aus welchen Identitätselementen die Pflegeeinrichtung bestehen soll. Sie bezeichnet das gezielte, planmäßige Schaffen und Herausstellen von Stärken und Qualitäten, um Angebot und Image des Hauses in der subjektiven Einschätzung der Dialoggruppe klar und positiv von Wettbewerbern zu unterscheiden. Oder einfacher: was die Einrichtung wie leistet und für wen.

Die Einrichtung wird dabei von der Zielgruppe stets im Verhältnis zu den Wettbewerbern gesehen, daher ist eine kontinuierliche Wettbewerbsanalyse, also die Kenntnis über Preise, das Leistungsangebot, sowie die Vor- und Nachteile der Wettbewerber, notwendig.

Bewohnerorientierung bedeutet das angebotene Leistungsspektrum konsequent an den Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen der Zielgruppe auszurichten. Dies umfasst die ansprechende Gestaltung der Räumlichkeiten und Ausstattung ebenso wie ein vielfältiges, differenziertes Leistungsangebot. Konzepte, Pflegestandards und Leitbilder müssen verlässlich umgesetzt und tatsächlich gelebt werden. Die Deckungsgleichheit zwischen Konzepten und vollmundigen Versprechungen ist wichtig, da die Dialoggruppen eine Diskrepanz schnell aufdecken. Negative Einstellungen werden so verstärkt und die Zusammenarbeit gestört statt befördert. Mit Hilfe eines systematischen Qualitätsmanagements sollte die Bewohnerorientierung in Prozessen und Standards beschrieben, gelebt und kontinuierlich verbessert werden. Sie finden ihren Niederschlag z.B. im Medikamentenmanagement, in speziellen Demenzkonzepten, in der Hospiz- und Palliativversorgung, der ärztlichen Betreuung, Sturzprohylaxe, Therapieformen oder Verpflegungskonzepten.

Öffentlichkeitsarbeit

Steht das Fundament kann mit der Öffentlichkeitsarbeit (Public Relations, PR) begonnen werden. Eine treffende Definition hierfür ist *„public relations are management of communication between an organisation and it's public"*. [1] Ziele der PR-Arbeit von Gesundheitseinrichtungen sind vor allem Bekanntheit, Vertrauen, Reputation und Glaubwürdigkeit. Um dies zu erreichen wendet sich PR an unterschiedliche Gruppen und nur eine nachhaltige PR-Arbeit ist langfristig erfolgreich. Klassische PR-Instrumente sind: Anzeigen, Flyer, Folder, Plakate, Presseinformationen, Hauszeitung und Veranstaltungen.

Bei den **Anzeigen** werden hauptsächlich zwei Anzeigenformate verwendet: Image- und Personalanzeigen. Imageanzeigen sollen die Einrichtung vorstellen bzw. bekannt machen. Hierfür ist kein Anlass nötig, häufig werden sie kombiniert mit Hinweisen auf Neueröffnung, Leistungserweiterung, Jubiläum oder besonderen Veranstaltungen. Häufiger anzutreffen sind Stellenanzeigen: das gesuchte Personal soll mit einer attraktiven und informativen Anzeige zur Bewerbung motiviert werden. Die Bedeutung der Printanzeige nimmt jedoch ab, da die Tendenz verstärkt zu webbasierten, mobilen Internetanzeigen und die Verbreitung von Stellenangeboten über social media Kanäle oder Stellenportale geht.

[1] Vgl. James Gruning/Todd Hunt, 1984, nach Deutsche Public Relations Gesellschaft, Öffentlichkeitsarbeit PR-Arbeit Bonn, überarbeite Auflage 2005

Flyer, Folder, Broschüren sind eine gute Möglichkeit kurz und gezielt auf die Einrichtung, stärker differenzierende Leistungen, besondere Angebote oder spezielle Themen hinzuweisen. Flyer werden dabei häufig im DIN A5 Format genutzt. Format und Gewicht der Flyer und Folder sollten so gewählt werden, dass sie problemlos mit einem Anschreiben in einem Standardbriefumschlag verschickt werden können. Folder und Broschüren sind gut geeignet um Einzelaspekte darzustellen oder Informationen bedarfsgerecht zu vertiefen, z.B. Hinweise zur Ernährung, Wund- und Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe usw.). Die Auflagenhöhe richtet sich nach dem Verteilerschlüssel und der geplanten Verwendungsdauer. Sie können an strategischen Punkten mit hohem Zielgruppenkontakten, z.B. Sozialamt, Rathaus, Sozialstationen, Krankenhaus, Rehakliniken, Apotheken, Reformhäuser, Sanitätshäuser, Ärzte usw. ausgelegt oder gezielt an Multiplikatoren und Kooperationspartner verteilt sowie als PDF-Datei im Internet eingestellt werden. **Plakate/Poster** können in unterschiedlichen Größen gedruckt werden. Entscheidend für Format und Gestaltung sind Zweck und Platzierungsmöglichkeit. Bewährt hat sich DIN-A3: es ist groß genug um bemerkt und klein genug, um an den meisten Stellen problemlos ausgehängt zu werden.

Ein gutes Kommunikationsinstrument ist eine **Hauszeitung**, denn Sie erfüllt viele Funktionen gleichzeitig: Information, Motivation und Unterhaltung der Bewohner, Mitarbeiter und Externen. Die Inhalte sollten einen lebendigen Eindruck von Aktivitäten in und um die Einrichtung vermitteln und den Lebens- und Arbeitsalltag zeigen. Vorteilhaft ist daher, wenn in der Redaktion möglichst Mitglieder aus verschiedenen Gruppen vertreten sind. Sie kann ebenso wie Flyer/Prospekte bei Kooperationspartnern ausgelegt, an wichtige Multiplikatoren verschickt und auf der eigenen Webseite als Download angeboten werden.

Ein weiteres Instrument ist die **Pressearbeit**, allerdings ist nur eine aktive, strukturierte Pressearbeit erfolgreich. Verantwortlich hierfür ist, unterstützt vom Träger, stets die Einrichtungsleitung. Wichtiges Mittel hierfür ist neben dem **Pressegespräch** die **Presseinformation**. Ihre Verbreitung kann per Brief, Fax oder E-mail erfolgen. E-mails sind schnell, kostengünstig und den Redaktionen stehen Inhalte zur schnellen Bearbeitung digital zur Verfügung. Sofern Mailanhänge akzeptiert und nicht, wie von einigen Redaktionssystemen, herausgefiltert werden, kann man Fotos und Texte zusammen versenden. Jede Presseinformation ist nur ein Angebot über deren Veröffentlichung oder Veränderung die Redaktion frei entscheidet. Ist die Information medienrelevant, leicht bearbeitbar und entspricht den geltenden Standards besteht Aussicht, dass sie veröffentlicht wird. Die Presseinformation muss zwingend die 6-W-Fragen (wer, wo, was, wann, wie, warum) beantworten und sollte auf eine, in Ausnahmefällen zwei, DIN-A4 Seiten passen. Grundsätzlich gilt: je alltäglicher etwas ist umso weniger interessiert es die Medien. Presseinformationen müssen daher aktuell oder neu sein, d.h. sich auf etwas einzig- bzw. andersartiges oder eine Veränderung beziehen, einen lokalen Bezug haben und relevant für die Öffentlichkeit sein.

Unerlässlich ist ein **aktueller Presseverteiler** mit allen relevanten Medienkontakten. Er sollte enthalten: Art des Mediums, Adresse, Vor- und Zuname des Kontakts, Telefon- und Fax-Nummer, E-Mail-Adresse, Webseite, Erscheinungsweise, Auflagenhöhe und Verbreitungsgebiet. Sinnvoll ist auch eine Rubrik „Sonstiges“ in der z.B. Erreichbarkeit, Versandinformationen oder die nötige Dateigröße von Fotos vermerkt werden können.

Neben den üblichen Festen und regelmäßigen Hausführungen bieten **niederschwellige Veranstaltungen** eine gute Gelegenheit sich zu präsentieren und die Einrichtung zu öffnen. Sie ermöglichen den Bewohnern zudem die Teilnahme am kulturellen Leben sowie den Kontakt zum Umfeld und stärken damit wiederum das eigene Angebotsspektrum. Die Möglichkeiten sind vielfältig und der Kreativität keine Grenzen gesetzt, so dass häufig nur die Bereitschaft erforderlich ist, sich auf Projekte und Veranstaltungen einzulassen. Als Themen für fachbezogene Veranstaltungen können z.B. alle Angebote der Einrichtung und ihrer Kooperationspartner dienen; seien sie therapeutisch, pflegerisch oder medizinisch. Möglich sind auch aktuelle Themen der Gesundheits- und Sozialpolitik, Informationsveranstaltungen, offene Schulungen und Seminare, Lesungen, Kabarett, Musikveranstaltungen, Aufführungen, Public Viewing usw. Neben den eigenen Veranstaltungen kommt ergänzend die **Teilnahme an externen Veranstaltungen** wie z.B. Gesundheitstagen, runden Tischen, Stadt(teil)festen, regionalen Messen usw. Café, Flure und Foyer eignen sich ferner für wechselnde Ausstellungen. Kunst kann Begegnungen fördern und ist zudem ein guter Anlass für Pressearbeit.

Eine weitere Möglichkeit sich zu profilieren sind **offene gastronomische Angebote**. Entweder in Form des eigenen, öffentlichen Bistro-Cafés, spezieller Angebote wie z.B. Candle Light Dinner, Catering oder Kindergarten- und Schulversorgung. Letztere bieten dann zugleich Anknüpfungspunkte für Generationenprojekte. Veranstaltungen und gastronomische Angebote helfen Schwellenängste zu nehmen und außerhalb seiner eigentlichen Funktion Treffpunkt für Menschen zu werden.

Zertifizierungen und Siegel ermöglichen es Kompetenz und Qualität nach außen darzustellen. Der Vorteil von neutralen und sinnvollen Zertifizierungsverfahren, wie z.B. Qualitätssiegel für Lebensqualität, Hygiene- oder Sturzprophylaxesiegel, ist, dass sich das Haus mit einem spezifischen Leistungsaspekt auseinandergesetzt hat und dadurch die Angebotsqualität optimiert wurde. Zudem bietet es einen guten Anlass für Pressearbeit und unterstützt das Votum von Multiplikatoren und Empfehlern. Wenn

Ergebnisse regelmäßig veröffentlicht werden kann dies langfristig Vertrauen aufbauen und ein positives Image fördern.

Internet / Web 2.0

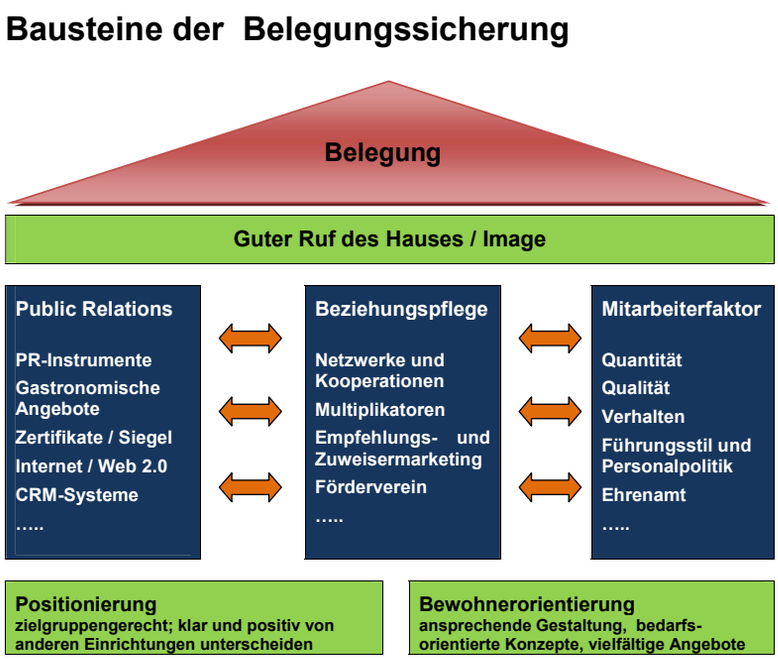
Das Internet hat sich innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte zum bevorzugten Informationsmedium entwickelt. **Ein professioneller Internetauftritt** ist inzwischen unverzichtbar geworden, um Informationen schnell, jederzeit und mit maximaler Reichweite zu präsentieren. Aus PR Sicht gilt auch hier: unterschiedliche Gruppen sollen informiert, das Haus bekannter gemacht und ein Image aufgebaut werden. Die eigene Internetpräsenz sollte daher übersichtlich und klar strukturiert, verständlich formuliert, Inhalte und Ansprechpartner stets aktuell sein. Ladezeiten kurz gehalten, auf unnötige technische Spielerei verzichtet und die Seiten so programmiert werden, dass sie sich automatisch an die den Bildschirmgröße unterschiedliche Endgeräte (PC, Tablett, Mobile) anpassen (Responsive Design)[2]. E-Mail Anfragen sind rasch zu beantworten. Als Richtmaß gilt mittlerweile eine Rückmeldung werktags innerhalb von 24-48 Stunden. Genauso wichtig wie die eigene Präsenz ist es, in den **einschlägigen Portalen** aussagekräftig vertreten zu sein. Pflegeeinrichtungen sollten zudem ihre Reichweite durch Web 2.0-Strategien, einschließlich der Nutzung von Social Media, erweitern. Als **Social Media** werden digitale Medien und Technologien bezeichnet, die es Nutzern ermöglichen, sich untereinander auszutauschen und mediale Inhalte einzeln oder in Gemeinschaft zu erstellen. Facebook, Twitter, Instagram und Co. sind wichtige, an Bedeutung gewinnende Medien zur Kunden- und Mitarbeitergewinnung. Von der Zunahme der mobilen Nutzung werden Netzwerke profitieren, die sich auf dem Smartphone und Tablet leicht nutzen lassen. Hierfür spricht, dass fast jeder zweite ab 60 online ist [3] und jeder zehnte Deutsche ab 65 ein Tablet verwendet.[4] Allerdings sind die Nutzer sozialer Medien überdurchschnittlich jung; etwa die Hälfte ist zwischen 14 und 29 Jahre alt. Nur rund 15% sind 50 Jahre und älter.[5] Daher sollten Pflegeeinrichtungen keine überzogenen Erwartungen an Reichweite und Möglichkeiten haben. Facebook z.B. ist vor allem ein privates Kontaktmedium, was eine Barriere für die Nutzung von institutionellen Auftritten sein könnte. Um die Aktivität von Pflegeunternehmen auf Facebook zu testen, wurden 718 Facebook-Seiten stationärer und ambulanter Pflegebetriebe ausgewertet. 60% aller Einrichtungen besitzen derzeit weniger als 250 Likes. 253 Facebook-Seiten weisen sogar weniger als 100 Likes auf. Knapp 90% aller Betriebe kommen nicht über die 1.000er Marke. Lediglich 21 Pflegeunternehmen haben es geschafft eine Fan-Basis von über 2.500 aufzubauen.[6] Dies zeigt, dass es bisher nur wenigen Häusern gelungen ist, eine solide Fan-Basis zu schaffen. Es sind vor allem eigene Mitarbeiter und nahe Bekannte, die die eigene Seite „liken“ und verfolgen. Dies ist nicht negativ, da die Einrichtung wichtige Personen schnell und unkompliziert über Neuigkeiten aus dem Betrieb informieren kann. Die Facebookseite ergänzt so ein schwarzes Brett oder einen internen Newsletter. Zentral für die Verbreitung eigener Fanseiten sind eine hohe Aktualität, interessante Inhalte und Verknüpfungen mit aktuellen Medien wie der eigenen Homepage, Broschüren/Flyern oder Stellenanzeigen. Da Facebook-User primär durch Bilder angesprochen werden, muss die Produktion von interessanten Inhalten überwiegend aus Bildmaterial und zu maximal 20% Textmaterial bestehen.[7] Die meisten Pflegeheime können zudem keinen eigenen Internet- oder Social Media Beauftragen abstellen, daher müssen die Veröffentlichungen in den Arbeitsalltag eingebaut werden. Hier empfiehlt es sich feste Zuständigkeiten zu definieren. Soll der Internetauftritt immer aktuell sein, so wird sich bei größeren Einheiten mit mehreren Häusern mindestens ein Mitarbeiter hauptsächlich damit beschäftigen. Es empfiehlt sich jedoch aufgrund von Urlaubs- und Krankheitsausfällen mehrere Mitarbeiter in diesen Bereich einzuarbeiten. Zu beachten sind zudem Datenschutzaspekte. Die Beziehung zum Pflegebedürftigen/Bewohner beruht auf einer besonderen Vertraulichkeit; soziale Netzwerke sind jedoch nicht auf diese Vertraulichkeit sondern für Kommunikation und Offenlegung ausgelegt. Gesundheitseinrichtungen müssen daher speziellen, datenschutzrechtlichen Anforderungen besonders genügen.

CRM-Systeme

Um strukturiert und systematisch vorzugehen empfehlen sich Systeme für Kundenbeziehungs-Management (CRM). Sie sammeln und verknüpfen Informationen zur Akquisition und Beziehungspflege. Basis hierfür sind dokumentierte Informationen und zentrale Datenerfassung in einer gemeinsamen Datenbank. Alle Akquiseprozesse, der Verwaltung von Bewohner-Anfragen bis hin zur Kontaktpflege und Korrespondenz werden durch CRM Systeme unterstützt. Diese Tools sind bei modernen Heimverwaltungsprogrammen wie Sinfonie häufig schon integriert. Sie ermöglichen so den professionellen Umgang mit Öffentlichkeit, Interessenten und Multiplikatoren und sind ein wichtiger Baustein für ein vertieftes Beziehungsmarketing.

2 Google behandelt seit dem 21.04.2015 Websites bevorzugt, wenn deren Ausgabe für Mobilgeräte optimiert ist
3 vgl. Ergebnisse der ARD/ZDF Onlinestudie 2014
4 vgl. Bitkom Presseinformation 23.01.2015: 1,6 Millionen Senioren nutzen Tablet-Computer
5 vgl. Ergebnisse der ARD/ZDF Onlinestudie 2015
6 vgl. Tather, Thorsten: Statistik Social Media Marketing in der ambulanten und stationären Pflege – an den Besten messen, 10/2015 unter http://www.pflegemarkt.com/de/fachartikel/statistik-social-media-marketing-pflegedienste- und-pflegeheime/#
7 vgl. ebenda

Abbildung:



Darstellung des Verfassers

Beziehungsmarketing

Wesentlich für ein erfolgreiches Beziehungsmarketing sind der Aufbau ziel- und zweckgerichteter Kooperationen, die aktive Netzwerkpflege, Multiplikatoren und Empfehler-/Zuweisermarketing. Für den Aufbau von Netzwerken und Kooperationen lässt sich die Zusammenarbeit in der horizontalen und vertikalen Versorgung von Pflegebedürftigen nutzen. Ein (soziales) **Netzwerk** ist eine gewollte lose Organisationsform. Ein Netzwerk verbindet eine Gruppe von Personen oder Organisationen, die durch das Netzwerk einen Vorteil erfahren oder sich erhoffen, die zueinander in Beziehungen stehen, gleichgelagerte Interessen haben und sich dabei unterstützen. Netzwerke können gegründet, gepflegt, ausgebaut und genutzt werden. Sie stärken die Versorgungsqualität und signalisieren Kompetenz. Beispiele hierfür sind Demenz- oder Gesundheits-Netzwerke.

Kooperation ist das engere Zusammenwirken von systematischen Handlungen zweier oder mehrerer Personen oder Systeme zum Nutzen für alle Beteiligten. Kooperationen dienen dazu das eigene Leistungsprofil zu optimieren und übergreifende, attraktive Angebotsstrukturen sicherzustellen. Häufig bestehen enge Kooperationen daher aus dem Zusammenwirken von Leistungserbringern entlang der Versorgungskette oder dem Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche, z.B. die Anschlussversorgung in einem Pflegeheim nach einer Krankenhausbehandlung. Kooperationspartner können daher Ärzte, Optiker, Apotheken, Blistercenter zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit, Therapeuten, Tierbesuchs- oder Krankentransportdienste, Klinikclowns, Pflegeschulen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen usw. sein. Neben der rein fachlichen Beziehungspflege ist eine stabile Vernetzung und Kontaktpflege mit dem **kulturellen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Umfeld** in Form von Interessensgemeinschaften, Initiativen, Institutionen und Vereinen im Stadtteil anzustreben. Ein dabei nicht zu unterschätzendes Element ist ein **engagierter Förderverein**. Er setzt sich oft aus einflussreichen und aktiven Personen zusammen. Je nach Zusammensetzung und Aktivität kann der Förderkreis sehr viel zu einem positiven Image beitragen. Das dient der **Verankerung im Einzugsgebiet** und schafft Multiplikatoren. Multiplikatoren sind glaubwürdige Dritte, die aufgrund ihrer Tätigkeit, Expertise, Position oder Bekanntheit in der Lage sind eine Empfehlung an eine Vielzahl von Menschen weiterzutragen. Sie können in drei Gruppen klassifiziert werden: interne (z.B. Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter), externe (z.B. Vereine, Politik, Nachbarn, Lieferanten) und professionell mit dem Thema Pflege beschäftigte (z.B. Kliniken, Ärzte, Pflegekassen). Die Bemühungen sollten besonders auf Empfehler und Zuweiser ausgerichtet sein. Kontakte in denen Multipikatoren als Empfehler gewonnen werden sollen, sind gründlich vorzubereiten. Zu berücksichtigen ist dabei, dass diese Personen das Angebot in der Regel nicht persönlich ausprobiert haben. Manchmal kennen sie es noch nicht einmal.

Empfehlungsmarketing

Unter Empfehlungsmarketing versteht man die Schaffung empfehlenswerter Voraussetzungen und die strategische Aktivierung von Empfehlungen. Zum fundierten Empfehlungsmarketing gehört auch das Vermeiden von negativen Aussagen und schlechten Bewertungen bzw. der Umgang mit solchen sowie ein gutes Beschwerdemanagement. Erfolgreiches Empfehlungsmarketing basiert auf Vertrauen und Verlässlichkeit. Empfehlungsmarketing ist für den Gesundheitsbereich besonders wichtig, da hier Informationskomplexität und -menge und damit die Unsicherheit und Orientierungslosigkeit zunimmt und gleichzeitig Erfahrungen fehlen. Daher setzen immer mehr Menschen auf glaubwürdige Empfehlungen aus dem persönlichen Umfeld, von vertrauensvollen Multiplikatoren oder aus Bewertungsportalen im Internet. Um Empfehler zu identifizieren sollte man bei Interessenten stets eruieren wie sie auf das Haus aufmerksam geworden sind. Für solch kostenlose und glaubwürdige Werbung sollte man sich dann beim Empfehler bedanken. Auch kleine Aufmerksamkeiten wie Geburtstagsgruß, Weihnachtskarte oder die persönliche Einladung zu einer Veranstaltung können positiv wirken. Die Empfehlung des Hausarztes oder des Krankenhauses spielen bei der Entscheidung für eine bestimmte Pflegeeinrichtung eine wichtige Rolle. Die Gestaltung der **Zuweiserbeziehung** ist daher bedeutsam für die dauerhafte Belegsicherung. Zuweiser sind Personen oder Stellen, die beständig direkt oder indirekt neue pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen zur Versorgung in entsprechende Wohn- oder Pflegeeinrichtungen empfehlen oder vermitteln (z.B. Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Sozialdienste, Betreuer, Beratungsstellen, Patientenorganisationen). Die Verantwortung für die Gestaltung der Zuweiserbeziehung liegt bei der Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitung. Manche Träger haben auch Belegungsmanager oder ordnen das Thema dem sozialen Dienst zu. Der Zusammenarbeit mit Ärzten, Kliniken und anderen Leistungserbringern sind jedoch auch Grenzen gesetzt z.B. durch das Gesetz zur Bekämpfung Korruption im Gesundheitswesen (§ 299a ff. StGB). Die seit dem 04.06.2016 geltenden Vorschriften sollen Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen mit Freiheits- oder Geldstrafe sanktionieren. Beispielsweise liegt ein Verstoß vor, wenn Pflegeheime an einen Arzt Prämien für die Überführung in ihre Einrichtung zahlen. Die Strafbarkeit umfasst künftig alle Heilberufe, die für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordern. Davon betroffen sind demnach neben Ärzten und Apothekern auch Gesundheitsfachberufe wie z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten. Empfehlungen sollten sich daher stets am begründeten medizinisch-pflegerischen Bedarf orientieren.

Mitarbeiterfaktor

Ein oft unterschätzter und zunehmend wichtiger werdender Faktor für die Belegsicherung sind die Mitarbeiter. Dies fängt bei der erforderlichen **Quantität** an, die durch Schlüssel extern vorgegeben ist und oftmals ein Engpassfaktor darstellt. Fehlende Fachkräfte oder starke Fluktuation sind problematisch für eine nachhaltige Belegungssicherung. Hier sind unternehmerische und politische Maßnahmen zu ergreifen, um auch künftig eine ausreichende Anzahl qualifizierter Pflegekräfte sicherzustellen. Besondere Bedeutung kommt den HR-Abteilungen zu; Mitarbeitergewinnung, - bindung und -entwicklung werden künftig wesentliche Elemente einer nachhaltigen Belegungssicherung sein.

Bedeutsam sind **Qualität und Wirkung der Mitarbeiter**. Professionalität, Engagement und Kompetenz sind hier gefragt. Mehr als die Hälfte der Deutschen (55%) nennt qualifiziertes Pflegepersonal als besonders wichtiges Kriterium bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Im Rahmen der repräsentativen DGQ-Studie nannten die Befragten noch die Kosten (42%), den Zugang zu ärztlicher Versorgung (36%) und den Sympathiefaktor des Personals (34%) als wichtige Kriterien bei der Entscheidungsfindung. Qualitätssiegel oder ein etabliertes Qualitätsmanagement nannten 26%.[8]

Corporate Behavior

Glaubwürdiges Verhalten wird bestimmt durch **Führungsstil und Personalpolitik**, die mit der angestrebten Unternehmenskultur übereinstimmen müssen. Besonders Bewohnern und Angehörigen, aber auch Mitarbeitern gegenüber sind Informationen über Hintergründe und Abläufe sowie nachvollziehbare und verständliche Erklärungen wichtig. Prozesse sind daher eindeutig zu definieren und Zuständigkeiten klar festzulegen. Hierfür kann die persönliche mit der schriftlichen Information kombiniert werden. Ein gut organisiertes, proaktives Beschwerdemanagement trägt dazu bei Eskalationen zu vermeiden und Konflikte zu lösen. Deshalb sollte die Einrichtungsleitung stets gesprächsbereit sein und den regelmäßigen Kontakt zu allen internen und externen Dialoggruppen suchen.

Das Bild einer Einrichtung entsteht auch dadurch, wie sich die Mitarbeiter gegenüber Dritten (Bewohner, Angehörige, Besucher, Einweisende, Kollegen usw.) verhalten. Sind die Mitarbeiter höflich, freundlich und hilfsbereit? Wird Bewohnern und Angehörigen Verständnis, Anteilnahme und Mitgefühl entgegengebracht? Wie geht man mit Konflikten um? Wird nachvollziehbar und lösungsorientiert kommuniziert? Pflege ist sehr komplex, je schwieriger eine Situation oder eine Leistung zu beurteilen ist, desto eher werden emotionale und nicht rationale Argumente bedeutsam.

[8] Vgl. Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) www.dgq , Aktuelles 11. Juni 2015 DGQ-Studie: Qualifiziertes Personal ist wichtigstes Aushängeschild für Pflegeeinrichtungen

Positiv ist, wenn es dann den Mitarbeitern gelingt über empathische Kommunikation und Einfühlungsvermögen Vertrauen aufzubauen. Das **grundsätzliche Verhalten** der im Haus tätigen Personen sollte dabei nicht von der Tagesform oder dem Charakter des Einzelnen abhängen, daher gehören Verhaltensrichtlinien in jedes Leitbild. Hat man dennoch Mitarbeiter an Bord, die kein Einsehen zeigen, unprofessionell und inkompetent auftreten, sollte man sich möglichst bald von ihnen trennen - auch wenn dies vor dem Hintergrund der angespannten Personallage im Pflegebereich häufig nicht leicht fällt.

Schließlich empfiehlt es sich noch **Ehrenamtler und Angehörige** einzubinden. Sie entlasten den Pflegealltag, bringen Neuigkeiten aus dem alten Umfeld nach innen und können positive Multiplikatoren nach außen sein, weil sie Bewohner gut versorgt wissen, sich informiert und einbezogen fühlen. Bei der Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeitern ist es wesentlich, die richtige Person für die richtige Aufgabe an den richtigen Ort zu bringen, statt nach dem Zufallsprinzip vorzugehen. Um das Potential ehrenamtlicher Mitarbeiter optimal nutzen zu können, ist es daher wichtig ihre Motive und Fähigkeiten zu kennen und ein professionelles Ehrenamtskonzept zu implementieren.

Fazit

Voraussetzungen für eine nachhaltige Auslastung sind neben der Standortwahl, ein hoher Pflegestandard, ein bewohnerorientiertes Angebot und Ambiente, engagierte und qualifizierte Mitarbeiter, eine strukturierte Kooperations- und Netzwerkpflege sowie eine informative, nachhaltige Öffentlichkeitsarbeit mit einem Mix vielfältiger Instrumente. Immer stärker an Bedeutung gewinnt der Aspekt des professionellen Personalmanagements. Das System der Belegungssicherung ist dabei sehr komplex und setzt sich aus unterschiedlichen, teilweise interdependenten Bausteinen zusammen. Wesentlich ist daher systematisch und strukturiert vorzugehen, durchgeführte Maßnahmen und Methoden regelmäßig zu kontrollieren und erforderliche Anpassungen nicht zu vernachlässigen.

Literaturhinweise können beim Verfasser abgefragt werden.

Kai-Uwe Latten
Dipl.-Kfm. und Gesundheitsökonom (EBS)

<u>Vorankündigung</u>

HEALTH EBS Member-Meeting 2017 am 19./20. Mai 2017 in Oestrich-Winkel

Schwerpunktthema:
Chancen und Herausforderungen der individualisierten Medizin

Weitere Infos folgen.

Impressum

HEALTH ECONOMIST

Vereinsmedium von
HEALTH EBS e.V.
Alumni-Vereinigung der
gesundheitsökonomischen
Studiengänge der EBS
Universität für Wirtschaft
und Recht

Kontakt:
HEALTH EBS e.V.
c/o Jürgen Merz
Im Großen Ramsee 31
65428 Rüsselsheim
www.health-ebs.de

Layout/Gestaltung:
Print-Medien-Design-Brösicke
Stefan Brösicke
Auf der Hardt 7
51580 Reichshof