

Inhalt:

- **Gesundheitspolitischer Endspurt der schwarz-gelben Regierungskoalition**
- **Empathische Führung im Krankenhaus – Neue Ansprüche an den leitenden Arzt**
- **Customer Relationship Management (CRM) und Kundendienstleistungen im Service der Medizintechnik – und Medizinprodukte-Industrie – Anforderungen für Serviceleiter, Regionalleiter Service und Servicetechniker zur Optimierung der Service-Prozesse**
- **Sicherheit, Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsvorteil durch den Erfolgsfaktor „Patienten-Daten-Management-System“ (PDMS)**

Liebe HEALTH-EBS'ler/innen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wenige Wochen nach unserem diesjährigen Member-Meeting in Oestrich-Winkel übersenden wir die neue Ausgabe unseres HEALTH ECONOMIST. Wir hoffen, dass die Sommerpause etwas Zeit und Muße für die Lektüre unseres gesundheitsökonomischen Newsletters bietet und freuen uns, dass die Beiträge wieder einen breiten Streifzug durch das Gesundheitswesen bieten.

Neben der aktuellen Gesetzgebung zum Ende der Legislaturperiode geht es diesmal um Personalführung, Customer Relationship Management und Patientendatenmanagement im Krankenhaus. Ein herzliches Dankeschön an alle Autoren, die diese Ausgabe mit ihren Beiträgen ermöglicht haben.

Wir wünschen eine interessante Lektüre und eine erholsame Urlaubszeit – und freuen uns bereits auf Feedback und weitere Beiträge für unseren nächsten HEALTH ECONOMIST, mit dem wir dann zum Jahreschluss aufwarten wollen.

Jürgen Merz
(1. Vorsitzender von HEALTH EBS e.V.)





Jürgen Merz

Krankenkassenfachwirt,
Gesundheitsökonom (EBS)
Gruppenleiter
Politik/Verbände/Patienten der
AOK Hessen

Kontakt:
Im Großen Ramsee 31
65428 Rüsselsheim
Tel.: 0171 - 5119471
Merz-ruesselsheim@arcor.de

Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitischer Endspurt der schwarz-gelben Regierungskoalition

Kurz vor der Sommerpause – und damit faktisch vor dem Ende der Legislaturperiode – hat die schwarz-gelbe Regierungskoalition in Berlin noch zahlreiche Gesetze für das Gesundheitswesen auf den Weg gebracht. Die meisten dieser Gesetze fungierten hierbei als sog. Omnibus – das heißt, zusätzlich zum ursprünglichen Inhalt wurden durch Änderungsanträge verschiedene weitere Regelungen an diese Gesetze angehängt. Teilweise geschah dies in „Hauruck-Aktionen“ kurz vor dem Abschluss der parlamentarischen Beratungen. Die folgende Darstellung liefert eine Übersicht der wesentlichen Regelungen zum Ende der laufenden Legislaturperiode – und ein Resümee, was nicht mehr erreicht werden konnte.

Gesetz zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken (Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz – ANSG):



Hiermit wurde eine Neuregelung der **Vergütung für den Notdienst von Apotheken in der Nacht und am Wochenende** geschaffen. Wurde der Notdienst bislang über eine zusätzliche Pauschale von 2,50 Euro für jede Inanspruchnahme vergütet, erhalten Apotheken künftig eine feste Pauschale für jeden Bereitschaftsdienst außerhalb der regulären Öffnungszeiten. Hierdurch soll die Benachteiligung von Apotheken in strukturschwachen Regionen beseitigt werden, die im Notdienst seltener in Anspruch genommen werden. Zur Aufbringung der zusätzlich erforderlichen Finanzmittel wird der Festzuschlag auf Arzneimittel um 16 Cent je Arzneimittelpackung erhöht. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird durch diese Neuregelung mit etwa 100 Millionen Euro jährlich belastet, die private Krankenversicherung (PKV) mit etwa 12 Millionen Euro.

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung:



Durch dieses Gesetz soll das Problem der hohen **Beitragsrückstände** von zeitweilig nicht-versicherten Personen angegangen werden. Künftig gilt für alle Beitragsrückstände in der GKV eine einheitliche Verzinsung von 1% je Kalendermonat. Bislang mussten Personen, die zeitweilig keinen Versicherungsschutz hatten, eine Verzinsung von 5% monatlich leisten. Hierdurch sind teilweise beträchtliche Rückstände aufgelaufen, die von den Krankenkassen faktisch nicht einzutreiben sind. Desweiteren sollen die Möglichkeiten zur Ermäßigung, Stundung und zum Erlass von Beitragsschulden für die Krankenkassen vereinfacht und vereinheitlicht werden. Betroffene müssen sich diesbezüglich bis Ende 2013 an ihre Krankenkasse wenden. Für die PKV wird analog ein Notlagentarif eingeführt, der Kunden bei Zahlungsrückständen auffangen soll.

Bedeutsamer dürften die durch Änderungsanträge an dieses Gesetz angefügten Regelungen für eine verbesserte **Finanzausstattung der Krankenhäuser** sein. So sollen für 2013 und 2014 die Tariflohnsteigerungen erneut gesondert berücksichtigt werden. Desweiteren wird ein „Versorgungszuschlag“ für jeden abgerechneten Behandlungsfall vorgesehen. Für 2014 und 2015 soll dann der volle Orientierungswert für die Anpassung der Krankenhausbudgets zu Grunde gelegt werden. Insgesamt wird der finanzielle Nachschlag für die Krankenhäuser allein bei der GKV in den Jahren 2013 und 2014 mit voraussichtlich 1,1 Mrd. Euro zu Buche schlagen.

Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften:

Mit diesem Gesetz sollten zunächst vorwiegend europäische Regelungen zur Pharmakovigilanz in nationales Recht übernommen werden. Für erhebliche Diskussionen in der Fachwelt hat allerdings ein kurzfristiger Änderungsantrag der Regierungsfractionen gesorgt, der die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach dem AMNOG betrifft. Hier soll künftig die Vergleichstherapie flexibler festgelegt werden können, so dass bei der Auswahl unter mehreren Alternativen nicht zwingend die wirtschaftlichste zu wählen ist.

Gesetz zur Förderung der Prävention:

Auch in dieser Legislaturperiode dürfte voraussichtlich nicht mehr gelingen, woran sich schon Ulla Schmidt die Zähne ausgebissen hatte: eine Verständigung zwischen Bund und Ländern über ein Gesetz, das die Gesundheitsförderung zwischen allen Beteiligten besser koordiniert und zielgerichteter ausgestaltet. Der Bundesrat führt die Vorlage für ein Präventionsgesetz zwar auf der Tagesordnung seiner letzten Sitzung dieser Legislaturperiode im September, eine Zustimmung gilt unter den politischen Auguren aber als eher zweifelhaft. Das würde bedeuten, dass dieses Gesetzesprojekt dem Grundsatz der Diskontinuität unterliegt und der neu gewählte Bundestag ein neues Gesetzgebungsverfahren hierzu starten müsste.

Was in dieser Legislaturperiode auch nicht erreicht werden konnte:

Auch sieben Jahre und drei Minister nach dem Beginn der Arbeiten an einem neuen **Pflegebedürftigkeitsbegriff** konnte bislang keine gesetzliche Neuregelung erreicht werden. Zwar legte der Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Ende Juni Empfehlungen für eine gesetzestechnische Umsetzung vor, doch diese bleibt nun der nächsten Bundesregierung bzw. dem neugewählten Bundestag vorbehalten.

Ebenso ist es nicht gelungen, in dieser Legislaturperiode die **Gebührenordnung Ärzte (GOÄ)** – also das Gebührenverzeichnis für privatärztliche Leistungen – zu reformieren. Die Gespräche zwischen Bundesärztekammer, PKV und den öffentlichen Beihilfestellen konnten bislang zu keinem Ergebnis gebracht werden. Die nächste Bundesregierung wird auch diese „Altlast“ übernehmen müssen. Nach der Novellierung der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) zum 01.01.2011 gilt es nunmehr, auch die in ihrer finanziellen Tragweite weit bedeutsamere GOÄ so umzugestalten, dass moderne Medizin zu adäquaten, aber auch für Selbstzahler, PKV und Beihilfestellen tragbaren Vergütungen ermöglicht wird. Wahrlich eine Herkulesaufgabe, um die kein Gesundheitsminister zu beneiden sein dürfte – egal wie die politische Farbenlehre nach dem 22. September auch aussehen wird ...

Jürgen Merz





Prof. Dr. Ralph Tunder

Managing Director
Health Care Management
Institute (HCMI)
EBS Universität für Wirtschaft
und Recht

Kontakt:
EBS Business School
Hauptstraße 31
65375 Oestrich-Winkel
Tel. 0611 - 7102 1872
Fax 0611 - 7102 10 1872
ralph.tunder@ebs.edu
www.ebs.edu
www.ebs-hcmi.de



Jullian Ahlers

BSC. EBS Business School;
Unternehmensberatung MC4MS,
Wiesbaden

Management und Führung

Empathische Führung im Krankenhaus – Neue Ansprüche an den leitenden Arzt

Die Y-Generation fordert einen neuen Führungsstil

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor einer großen Herausforderung. Ein bereits existierender und kontinuierlich ansteigender Fachkräftemangel wird dazu führen, dass die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen das Angebot in naher Zukunft deutlich übersteigen wird. Es wird prognostiziert, dass im Jahr 2020 bereits rund 56.000 Ärzte fehlen werden¹. Infolgedessen wird sich zwischen den Krankenhäusern ein zunehmender Wettbewerb um die raren Fachkräfte entwickeln. Neben flexiblen Arbeitszeitmodellen, Weiterbildungsmöglichkeiten oder Kinderbetreuungsangeboten können diese ihre Attraktivität durch eine besondere Führungskultur erhöhen. Dies ist besonders wichtig, da sich die jüngere Ärztesgeneration zunehmend über die Art und Weise der Führung in den Krankenhäusern beklagt. In den Medien und diversen wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema wird vielfach auf starre Hierarchien, raue Umgangsformen sowie autoritäre Verhaltensweisen hingewiesen.

Zu einem Richtungswechsel könnte der Ansatz der „empathischen Führung“ beitragen. Der Begriff Empathie stammt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt „sich in den anderen hineinfühlen“. Der Kernaspekt dieses Führungsansatzes basiert somit auf der Idee, die Gefühle der Mitarbeiter zu entschlüsseln und positiv zu beeinflussen. Damit eine Führungskraft dazu in der Lage ist, bedarf sie zunächst selbst eines gefestigten Gefühlslebens. Diese sog. „innere Haltung“ lässt sich dabei in drei Ebenen aufspalten:

- die Haltung gegenüber sich selbst,
- gegenüber den Mitarbeitern und
- gegenüber der eigenen beruflichen Rolle².

Eine Führungskraft, die keine innere Zufriedenheit aufweist und selbst von ihren Gefühlen beherrscht wird, kann keine verlässliche emotionale Stütze sein. Die Grundvoraussetzung für die empathische Führung ist es, in den drei Ebenen der inneren Haltung stimmig zu sein. Der Führungskraft ist es möglich, durch ein einfühlsames Verhalten Resonanz bei den Mitarbeitern zu erzeugen.³ Die Mitarbeiter fühlen sich verstanden, wertgeschätzt und sind sich auf emotionaler Ebene mit der Führungskraft einig. Dabei können Resonanz und das ungewünschte Antonyon Dissonanz als direkte Feed-



backinstrumente hinsichtlich der Führungsweise verstanden werden. Stellt die Führungskraft fest, dass sie Dissonanzen bei den Mitarbeitern erzeugt, hat sie zunächst ihre innere Haltung zu überprüfen und dann die Situation und das eigene Verhalten aus Sicht der Mitarbeiter zu betrachten.

Hinsichtlich der Nachwuchsproblematik kann der Ansatz der empathischen Führung als bedeutender Lösungsschritt angesehen werden. Dieser Führungsansatz entspricht den Bedürfnissen der jungen Ärzte, die mit der Bevölkerungskohorte „Generation Y“ in Verbindung gebracht werden. Die Gen-Yler Ärzte lehnen hierarchische Strukturen und autoritäre Führung am Arbeitsplatz ab und fordern stattdessen soziale Kompetenz und Wertschätzung von den leitenden Ärzten⁴. Wichtig ist die empathische Führung zudem in Anbetracht der sich kontinuierlich abzeichnenden Feminisierung der Ärzteschaft⁵. Da derzeit besonders die Ärztinnen unter den psychosozialen Belastungen des Klinikalltags leiden⁶, kommt der emotionalen Unterstützung durch die leitenden Ärzte eine große Bedeutung zu.

Empathische Führung zum Wohle der Patienten

Abgesehen von dem Ziel der Mitarbeitergewinnung, wirkt sich die empathische Führung auch positiv auf die Patientenversorgung aus. Der Einfluss dieses Stils spielt sich in der Arbeitseinstellung der Mitarbeiter und dadurch in einer sorgfältigeren und engagierteren Arbeitsweise wider. Zudem kann das Klinikpersonal den Patienten nur dann den notwendigen mentalen und emotionalen Beistand bieten, wenn es selbst ausgeglichen und innerlich gestärkt ist. Folglich

¹ Ostwald, Erhard, Brunsch, Schmidt, & Friedl, 2010, S. 10

² Krüttgen, Ruhl, & Eberts, 2011

³ Tunder & Ruhl, 2011, S. 3

⁴ Schmidt, et al., 2011, S. 518

⁵ Kopetsch, 2010, S. 93

⁶ Voltmer, Spahn, & Westermann, 2009, S. 365

findet eine Art Kaskadeneffekt statt. Die leitenden Ärzte müssen ihre eigene innere Haltung festigen und diesen Zustand auf ihre Mitarbeiter übertragen, so dass diese letztendlich den Patienten in adäquater Art und Weise begegnen können. Dahinter verbirgt sich zudem ein großes Imagepotenzial. Die Patienten begeben sich mit einer erhöhten emotionalen Sensibilität und Hilflosigkeit in die Hände des Klinikpersonals. Sie sind durch Schmerzen und Ängste geplagt, erwarten Verständnis für ihr Leiden und zu einem gewissen Grad auch Mitgefühl. Aus Sicht des Patienten steht die Klinik als solche schon stellvertretend für den Begriff der Empathie. Damit die hohen Erwartungen der Patienten konsequent und authentisch erfüllt werden können, hat das Personal die Empathie auch untereinander leben. Die Patienten spüren, wenn die leitenden Ärzte respektvoll und wertschätzend mit den Mitarbeitern umgehen und entwickeln dadurch Vertrauen. „Ein Arzt, der sich menschlich gegenüber den Mitarbeitern verhält, kümmert sich auch gut um mich als Patient“, lautet die Devise. In einer Klinik, in der die empathische Führung Einzug gehalten hat, wird somit eine Atmosphäre geschaffen, die das Leitmotiv des Krankenhauses aus Patientensicht durchgängig verkörpert. Das Image einer empathischen Wirkungsstätte wird gelebt und



die Patienten fühlen sich geborgen.

Kosten- und Zeitdruck geben den Führungsstil vor

Um die Akzeptanz der empathischen Führung aus Sicht leitender Ärzte und ihre generelle Einstellung zum Thema Mitarbeiterführung zu untersuchen, wurden deutschlandweit 110 Ärzte verschiedener Fachrichtungen befragt. Es ergab sich eine Rücklaufquote von 57%. Die Umfrage zeigt vorab die Auswirkungen der wirtschaftlichen Zwänge auf die Mitarbeiterführung. Rund 85% der leitenden Ärzte gaben an, dass der steigende ökonomische Handlungsdruck durch Fallzahlregelungen und das DRG-System

dazu geführt hat, dass sie deutlich weniger Zeit haben, um sich um ihre Mitarbeiter zu kümmern. Mehrheitlich bestätigen die Ärzte zudem, in ihren täglichen Entscheidungen vielfach unter einem hohen zeitlichen Druck zu stehen, der eine dirigierende Führungsweise notwendig macht.

Der Faktor Zeit ist somit ein bestimmender Faktor für die Wahl des Führungsstils. Diese Erkenntnis ist wichtig, da die empathische Führung durch die kontinuierliche Überprüfung der eigenen inneren Haltung, der Berücksichtigung der Gefühle und Sichtweisen der Mitarbeiter und der Ermittlung der Resonanz als zeitintensiv zu bewerten ist. Rund 72% der Ärzte gaben zudem an, dass in gewissen Bereichen des Krankenhauses, wie z. B. der Notfallaufnahme oder dem Operationssaal, ein eher autoritärer Führungsstil notwendig ist. Dennoch wird die These, ein autoritäres Auftreten der Führungskraft signalisiere Selbstsicherheit und Kontrolle, überwiegend abgelehnt. Die Möglichkeit, dass sich hinter der Fassade des Zeitdrucks oder anderer Zwänge eine latente Sympathie für Autorität verbirgt, ist somit weitestgehend zu verneinen. Die Ergebnisse können als Beleg dafür verstanden werden, dass die Ärzte in ihrer Selbstwahrnehmung größtenteils eine autoritäre Führungsweise zwar nicht bevorzugen, sich jedoch durch die Umstände des Klinikalltags dazu gezwungen fühlen oder es für angebracht erachten, diese teilweise anzuwenden.

Die Studie liefert ferner den Hinweis, dass innerhalb der Ärzteschaft keineswegs eine einheitliche Sympathie für die Abflachung der Hierarchiestrukturen besteht. Der Durchschnittswert der Antworten lässt zwar eine Tendenz in Richtung Abflachung erkennen, dennoch lehnen rund 40% der Ärzte diese eher ab. Bezüglich des Führungsverständnisses der leitenden Ärzte zeigt die Studie, dass diese es mehrheitlich für wichtig erachten, ein aktives Interesse für die Sichtweisen und Anliegen der Mitarbeiter zu zeigen. Innerhalb der Ärzteschaft ist somit die Grundvoraussetzung für die empathische Führung vorhanden. Eine weitere Voraussetzung ist die Entschlüsselung und Beachtung der Gefühle der Mitarbeiter. Hinsichtlich dieser Thematik ist insgesamt eine deutlich schwächere Zustimmung zu erkennen. Während zwar 63% der jüngeren Ärzte (< 50 Jahre) die Berücksichtigung der Gefühle der Mitarbeiter für wichtig halten, findet man bei den älteren Ärzten eine eher reservierte Haltung gegenüber dieser Thematik. Auch die kontinuierliche Überprüfung der Resonanz wird von den jüngeren Ärzten als wichtiger eingestuft. Im Hinblick auf die innere Haltung bzw. der Selbstreflektion der Gefühle wird ferner deutlich, dass die älteren Ärzte überwiegend die Meinung vertreten, ihre eigenen negativen Gefühle haben im beruflichen Kontext nichts zu

suchen und sind deswegen auszublenden. Eine derart ablehnende Einstellung ist bei ihren jüngeren Kollegen nicht zu finden. Insgesamt wird deutlich, dass die jüngeren Ärzte eine höhere Affinität für die Themen Gefühle, Emotionen und Resonanz im beruflichen Kontext aufweisen und folglich auch einen leichteren Zugang zu dem Konzept der empathischen Führung finden werden. Die Studienergebnisse zeigen außerdem, dass innerhalb der Ärzteschaft große Sympathien für die sog. „visionären“ und „coachenden“ Führungsstile vorhanden sind. Altersübergreifend halten es die leitenden Ärzte für überaus wichtig, die Mitarbeiter zu fördern und ihnen klar zu machen, wie sie durch ihre Arbeit zur Erreichung eines übergeordneten Zieles beitragen.



Erfolgsfaktoren der Umsetzung

In Anbetracht der Studienergebnisse sind gewisse Faktoren bei der Umsetzung der empathischen Führung zu beachten. An erster Stelle ergibt sich, dass dieser Führungsansatz nicht in jedem Bereich der Klinik angewendet werden kann. Da in der Notaufnahme oder dem Operationssaal ausnahmslos der Patient im Vordergrund steht, kann hierdurch eine eher autoritäre Verhaltensweise notwendig und somit legitimiert werden. Die empathische Führung soll vielmehr in weniger kritischen und stressfreien Situationen als Gegenpol etabliert werden, um den Mitarbeitern eine emotionale Unterstützung für die Belastungen des Klinikalltags zu gewähren. Hinsichtlich der allgemeinen Zeitproblematik in den Krankenhäusern und den hohen Arbeitsanforderungen an die leitenden Ärzte, ist zu empfehlen, die empathische Führung eher in kleineren Krankenhäusern bzw. Abteilungen anzuwenden. Das liegt daran, dass die konsequente Umsetzung dieses Stils bei einer großen Zahl an Mitarbeitern immer komplexer und zeitintensiver wird. Zudem führt es zu Spannungen, wenn leitende Ärzte den empathischen Stil zwar für gut befinden, ihn in Anbetracht ihrer großen Abteilung aber nur bei ausgewählten nachgeordneten Ärzten oder z. B. nicht gegenüber dem Pflegepersonal verfolgen. Des Weiteren gilt es, das theoretische

Konzept der empathischen Führung eng mit den Aspekten des visionären und coachenden Führungsstils zu verknüpfen. Da diese Führungsweisen bei den Ärzten eine große Akzeptanz hervorrufen, können sie als Brückenkopf genutzt werden, um den Einstieg in die empathische Führung zu erleichtern. Besonders der älteren Ärztesgeneration wird es dadurch erleichtert, die für sie sehr abstrakte und fremde Verbindung von Beruf und Gefühlen herzustellen. Wer sich noch nicht dazu im Stande sieht, die Gefühlswelt der Mitarbeiter zu verstehen und ihre Emotionen zu steuern, kann dennoch damit beginnen, sich mit den Lebenszielen und Karrierevorstellungen der Mitarbeiter zu befassen. Abschließend ist zu erwähnen, dass die empathische Führung nicht als bloße Notwendigkeit zur Gewinnung von Fachkräften verstanden werden darf. Dieser Führungsansatz ist vielmehr ein Instrument, welches den leitenden Ärzten die Erfüllung ihrer bestehenden Aufgaben erleichtert. Die empathische Führung ruft eine große Zufriedenheit und einen gewissen Spirit bei den Mitarbeitern hervor, wovon die Patienten und somit letztendlich die Ärzte profitieren werden. Ein Chefarzt, der sich empathisch verhält, erzeugt Loyalität und Engagement bei den Mitarbeitern, verbessert dadurch die Patientenversorgung und sichert nebenbei noch den Nachwuchs und damit die Zukunft seiner Abteilung.

Literatur

Kopetsch, T. (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztszahlentwicklung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.

Krüttgen, N., Ruhl, S., & Eberts, E. (September 2011). Empathische Führung - eine Frage der Haltung. *Management & Krankenhaus*, S. 5.

Ostwald, D., Erhard, T., Brunsch, F., Schmidt, H., & Friedl, C. (2010). Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. PricewaterhouseCoopers AG.

Schmidt, C., Möller, J., Schmidt, K., Gerbershagen, M., Wappler, F., Limmroth, V., et al. (25. März 2011). Generation Y Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. *Der Anästhesist*, S. 517-524.

Tunder, R., & Ruhl, S. (Juli 2011). Führen mit Gefühl - Das Konzept der Empathischen Führung. *Management und Krankenhaus*, S. 3.

Voltmer, E., Spahn, C., & Westermann, J. (20. Februar 2009). Psychosoziale Belastungen werden zu wenig thematisiert. *Deutsches Ärzteblatt*, S. A 365 - A 366.

Ralph Tunder und Jullian A. Ahlers



Andreas Iffland

Diplom-Kaufmann & Gesundheitsökonom (EBS)

Leiter des HEALTH EBS Arbeitskreises „Health Care & Life Science Industry“

Leiter Beratung für Customer Relationship Management für die Bereiche „Health Care & Life Science – Pharma/ Generika/ OTC & Consumer Health/ Diagnostica/ Medizintechnik/ Medizinprodukte“

Leiter des CRM-Fachbeirates bei Colloquium Pharmaceuticum, Frankfurt am Main

Mitglied im Experten-Team der Fachmesse & Kongress CRM-expo, Stuttgart

Leiter des Institutes für Customer Relationship Management in der Gesundheitswirtschaft, Frankfurt am Main

Studienleiter für Gesundheits- und Sozialökonomie & Health Care Management an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie (VWA), Frankfurt am Main

Leitender Dozent für den Bereich CRM sowie Gesundheit- und Sozial-Management der Bachelor- und Masterstudiengänge an der FOM, Hochschule für Ökonomie & Management, Frankfurt am Main

Kontakt:
Tel.: 0163 - 924 1892
info@CRM-Institute.org

Tel.: 01577 - 904 6993
andreas.iffland@health-eps.de

Personal und Führung

Customer Relationship Management (CRM) und Kundendienstleistungen im Service der Medizintechnik- und Medizinprodukte-Industrie – Anforderungen für Serviceleiter, Regionalleiter Service und Servicetechniker zur Optimierung der Service-Prozesse.

Eine effiziente Planung und Betreuung des medizintechnischen Gerätebestandes wird im Spannungsfeld von Qualitätsansprüchen und Kostendruck in Gesundheitseinrichtungen wie z.B. Krankenhäusern, Kliniken, MVZ und Arztpraxen immer wichtiger, um Kunden mit Serviceleistungen optimal unterstützen und binden zu können.

Serviceleiter und Regionalleiter Service führen oft ein Team von vielen Servicetechnikern und adressieren zunehmend aktive Serviceprozesse und -leistungen im Rahmen von Servicebestandssicherung, Kundenrückgewinnung und Neugeschäft. Wenn Serviceleistungen aktiv geboten werden, sollten Prozesse des CRM (z.B. Lead-, Opportunity (Verkaufs-Chancen)-Management und Angebots-Management) auch in der Serviceorganisation integriert werden. Die Aufgaben der **Servicetechniker** bestehen dabei in der Montage, Inbetriebnahme und Wartung medizintechnischer Geräte vor Ort und in der Kundenberatung über bestehende Serviceverträge. Diesbezüglich werden nachfolgend einige Anforderungen zur Optimierung der kundenbezogenen Serviceprozesse genauer dargestellt.

Die nachfolgenden Inhalte stammen aus einer Themenreihe „**Service in der Medizintechnik**“ des ZVEI, die Informationen über Kundendienstleistungen bei Medizintechnik-Unternehmen gibt. Diese beschreiben exemplarisch erste Anforderungen zur Optimierung des CRM im Service und bei den Serviceprozessen dieser Branche.

Anforderungen an das CRM: Ersatzteil-Management und Ersatzteilbevorratung

Nach Erhebungen des ZVEI-Fachverbandes Elektromedizinische Technik liegt die durchschnittliche wirtschaftliche Lebensdauer für medizintechnische Produkte bei acht bis zehn Jahren (**installierte Basis und Installationsverwaltung**). Dies deckt sich mit den geltenden steuerlichen Abschreibungsfristen. Gleichzeitig ist jedoch zu beobachten, dass die technologischen Innovationszyklen deutlich kürzer sind. Bereits nach drei bis fünf Jahren, je nach Produkt und Anwendungsbereich, sind weiterentwickelte Produkte oder Nachfolgeprodukte am Markt verfügbar. Dies gilt vor allem für Produkte, welche mit IT-Funktionalität ausgestattet sind. Zudem ist der Hersteller von medizintechnischen Produkten in hohem Maße von der Zulieferung von elektronischen Bauteilen und Komponenten abhängig. Auch elektronische Komponenten



unterliegen sehr kurzen Innovationszyklen und einzelne Bauteile können bereits nach kurzer Zeit nicht mehr oder nicht in gleicher Form am Markt beschafft werden. Dies beeinträchtigt die Verfügbarkeit von hieraus gefertigten Ersatzteilen. Die Bevorratung solcher schnell wechselnder Teile über einen langen Zeitraum erfordert einen besonderen organisatorischen Aufwand. Die regelmäßig kleinen Produktionsmengen in der Medizintechnik lassen zudem eine zuverlässige Planung für die Bevorratung von Teilen nur schwer zu. Dies verstärkt die Problematik der gesamten Ersatzteilbevorratung. Die Ersatzteilbevorratung ist eine wichtige Komponente im Einsatzzyklus eines Medizinproduktes. Nicht selten sind Ersatzteile ausschlaggebend dafür, ob ein Gerät repariert und weiterhin eingesetzt, oder durch ein neues Produkt ersetzt wird. Für den Hersteller des Medizinproduktes gilt es, zwei sich eigentlich ausschließende Anforderungen zu kombinieren: Ersatzteile möglichst lange für den Anwender verfügbar zu halten einerseits, den Preis für die Ersatzteile in vernünftigen Relationen zu halten andererseits. Für die in medizintechnischen Produkten verwendete Software ist außerdem zu beachten, dass sie anders als Bauteile und Komponenten permanent gepflegt und weiterentwickelt wird. Dies betrifft zum Beispiel auch das Zusammenspiel mit aktueller Hardware.

Die weitere Verwendung einer ursprünglichen Softwareversion kann sich deshalb im Reparaturfall als nicht sinnvoll erweisen oder sogar nicht mehr möglich sein. Neuere Softwareversionen können beispielsweise nur noch auf der nächsten Betriebssystemversion lauffähig sein. Durch die Beauftragung von vorbeugenden Wartungsmaßnahmen wie z.B. Austausch von Verschleißteilen, durch Sichtkontrolle frühzeitiges Erkennen von schleichenden Defekten oder



Andreas Bätzel

Referent für gesundheitspolitische und wirtschaftliche Fragestellungen im ZVEI-Fachverband Elektromedizinische Technik

Kontakt:
Tel.: 069 - 6302 388
baetzel@zvei.org

Reinigung des Geräteinneren kann der Betreiber während der Lebensdauer medizintechnischer Produkte einen wesentlichen Beitrag zum sicheren und störungsfreien Betrieb leisten. Dennoch ist es möglich, dass Störungen auftreten, die eine Reparatur erforderlich machen. In solchen Fällen ist die schnelle Verfügbarkeit von Original-Ersatzteilen wichtig, um Ausfallzeiten zu minimieren.

Anforderungen an das CRM: Wartungs-Management und qualifizierte Instandhaltung

Qualifizierte Instandhaltung dient dem Schutz des Patienten und des Betreibers. Das oberste Gebot bei der Anwendung von Medizinprodukten ist der Schutz und die Sicherheit des Patienten. Mit der Einbeziehung der Instandhaltung in die Betreiberverordnung des Medizinproduktegesetzes sind die Anforderungen an die Instandhaltung und an den Instandhalter selbst konkretisiert worden. Eine sachgerechte, regelmäßige und vorbeugende Instandhaltung von Medizinprodukten ist die Voraussetzung, um die Betriebspflicht zum Erhalt eines ordnungsgemäßen Gerätezustandes zu erfüllen, eine effiziente Kostenkontrolle für den Betreiber zu gewährleisten und eine gleichbleibende Anwenderqualität sowie einen nachhaltigen Nutzen für den Patienten und den Betreiber zu sichern. Instandhaltung beugt einer schleichenden Minderung der Sicherheit des Medizinproduktes vor, vermeidet kostspielige Ausfallzeiten des Medizinproduktes, erhöht dessen Lebensdauer und vermeidet aufwendige Reparaturen.



Anforderungen an das CRM: Garantie- und Sachmängelhaftungs-Management

Die gesetzliche Sachmängelhaftung auf den mangelfreien Übergang eines Kaufgegenstandes gilt zum Zeitpunkt der Übergabe dieses

Gegenstandes. Mängel, die zu einem späteren Zeitpunkt auftreten und nicht auf einen Mangel zum Zeitpunkt der Lieferung zurückzuführen sind, fallen nicht unter diese Haftung. Ebenso obliegt dem Kunden nach 6 Monaten die Beweislast für diesen Zusammenhang. Viele Hersteller geben eine zusätzliche **Garantieleistung** ab. Welche Leistungen und Sicherheiten im Rahmen einer solchen Garantie erbracht werden und für welchen Zeitraum, wird zwischen den Partnern vertraglich vereinbart oder ist in den zugehörigen AGB's der Hersteller geregelt. In keinem Fall werden jedoch die gesetzlichen Sachmängelhaftungsrechte des Käufers durch die Ausgestaltung einer solchen Garantie berührt oder geschmälert. Freiwillige Garantieleistungen gehen daher stets über die gesetzliche Sachmängelhaftung hinaus und stellen einen echten Mehrwert für den Kunden dar. Die gesetzliche Sachmängelhaftung entbindet jedoch nicht von der Durchführung notwendiger Wartungs- oder regelmäßiger Instandhaltungsmaßnahmen. Die in den Betriebshandbüchern beschriebenen Pflege- und Wartungsarbeiten haben das Ziel, die auf normalem Verschleiß beruhenden Veränderungen in den Produkteigenschaften auszugleichen und die spezifizierte Funktionalität langfristig sicherzustellen. Somit gehört die Durchführung dieser Arbeiten auch zum sachgemäßen Umgang mit den erworbenen medizintechnischen Produkten. Ein Produkt- oder Leistungsmangel, der aus einer versäumten regelmäßigen Wartungsarbeit herrührt, ist unter Schuldrecht-Gesichtspunkten kein vom Hersteller zu verantwortender Mangel.

Anforderungen an das CRM: Anwendertraining

Immer wieder erreichen die Hersteller Nachrichten über Vorkommnisse oder Beinahe-Vorkommnisse im Umgang mit ihren Medizinprodukten. Nur selten ist das Produkt selbst betroffen, in den meisten Fällen handelt es sich um Fehlbedienungen auf Grund einer unzureichenden Einweisung in die richtige Handhabung der Produkte. Nur ein regelmäßiges und strukturiertes Anwendertraining ermöglicht die optimale und fehlerfreie Bedienung des jeweiligen Medizinproduktes. Klinische Arbeitsprozesse werden kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt. Im Mittelpunkt stehen neben einer hohen Zuverlässigkeit und mehr Effizienz vor allem sichere Diagnosen, schnelle Entscheidungen und effektive Therapien. Auch wenn sich Untersuchungsabläufe nur leicht verändern, kann ein erneutes Anwendertraining für die eingesetzte Technik schon nach kurzer Zeit notwendig werden. Nur so lernen die Mitarbeiter die komplexen Prozesse in Diagnostik und Therapie sicher zu beherrschen. Für ein neues Medizinprodukt schließen die Betreiber gewöhnlich einen Wartungsvertrag ab. Mit der gleichen Selbstverständlichkeit sollte auch mit der wichtigsten Ressource in der Klinik umgegangen werden: den Mitarbeitern. Kontinuierliche Weiterbildung von Anfang an einzuplanen gibt Budgetsicher-

heit und hält die Mitarbeiter immer auf dem neuesten Wissensstand. Grundsätzlich unterscheiden die Hersteller fünf Kategorien des Trainings: Ersteinweisung, Einweisung für neues Personal und weitere Anwender, weiterführendes Anwendertraining, Einweisung in die Vernetzung von Medizinprodukten und Folgetrainings. Im Einzelfall sollte der Systemhersteller direkt auf sein Angebot angesprochen werden. Der Anwendungstrainer des Herstellers berät in der Regel fachabteilungsübergreifend. Er weiß, wie andere Anwender arbeiten und nach welchen Kriterien die Prozesse optimiert sind.

Anforderungen an das CRM: Vertrags-Management durch Serviceverträge in der Medizintechnik

Betreiber von Medizingeräten und Anlagen haben die Möglichkeit über Serviceverträge die Geräteverfügbarkeit zu erhöhen und einen sicheren Betrieb der Geräte zu gewährleisten. Die Hersteller medizintechnischer Produkte bieten unterschiedliche Servicelösungen an. Grundlage für alle Verträge ist die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung. Grundsätzlich kann man zwischen Inspektionsverträgen, Wartungsverträgen oder Instandhaltungsverträgen und den damit abgedeckten Leistungsmodulen unterscheiden. Bei einem **Inspektionsvertrag** werden nur die Prüf- und Inspektionskosten pauschaliert. Kosten für präventive Materialaufwendungen und die Leistung für den Teileaustausch werden separat berechnet. Der Inspektionsvertrag erfüllt die Betreiberpflichten bei kurzen Unterbrechungszeiten für die Prüfung der Geräte und Systeme. Bei Abschluss eines **Wartungsvertrages** sind die Leistungen für den Austausch von Präventivteilen zusätzlich zu den Prüfungen abgedeckt. Die

Kosten für die Austauschteile können ebenfalls integriert werden. Damit ist die erste Stufe für die Absicherung der Folgekosten erreicht. Der Betreiber hat die Sicherheit, dass Original-Ersatzteile verwendet werden und geschultes Personal am Gerät arbeitet. Zusätzlich hat er den Vorteil, dass er sein Gerät immer auf dem aktuellen Stand halten kann, da Softwareupdates und -upgrades mit angeboten werden können. Diese werden aber bei einem Wartungsvertrag noch separat berechnet. Für die Erfüllung des vorgegebenen Instandhaltungsbudgets und den Schutz vor bösen Überraschungen durch Geräteausfälle und hohem Reparaturaufwand bietet sich ein Instandhaltungsvertrag an. Der **Instandhaltungsvertrag** gibt eine hohe Budgetsicherheit und deckt neben den Prüfungen und der Inspektion alle Teile und Leistungen für Präventivmaßnahmen und Reparaturen ab. Im Instandhaltungsvertrag können noch weitere Leistungen wie die Softwareupdates oder -upgrades vereinbart werden und bei Ausfall kann ein Leihgerät gestellt werden.

Weitere **Vertragsvarianten** werden von jedem Hersteller individuell angeboten. So können durch **Remote-Services-Verträge** – also mit Ferndiagnose, -wartung und -reparatur - Ausfallzeiten an Medizinprodukten während der Nutzungszeit reduziert und sogar verhindert werden. Zur Wartung oder zur Vorbereitung von Instandsetzungen kann der Serviceanbieter aus der Ferne eine Diagnose stellen. In vielen Fällen kann der Fehler schon online korrigiert und behoben werden. Wenn im Haus eine Medizintechnik-Kompetenz vorhanden ist, besteht teilweise die Option für den Hersteller, den Betreiber in einem Servicekonzept mit zu beteiligen. Hier gibt es die Möglichkeit, im Rahmen des Inspektions- oder Wartungsvertrages eine First-Line-Komponente zu integrieren. Das bedeutet, dass bei Ausfall der Betreiber die



Erstmaßnahmen vornimmt und auch kleine Reparaturen ausführt. Die Wartungsmaßnahmen werden vom Hersteller ausgeführt. Medizintechnikabteilungen in Krankenhäusern können bei Inspektions- und Wartungsverträgen Einfluss auf die Kosten und Maßnahmen nehmen durch vorherige Freigabe von Reparaturen bzw. die Verwendung von Ersatzteilen.

Fazit: Optimiertes Zeit-Management und Unterstützung der Serviceprozesse mit CRM

Zusätzlich zu den beschriebenen Anforderungen kann in einem weiteren Schritt der Serviceleiter oder Regionalleiter Service mit einer **individuellen Selbst-Analyse** seiner eigenen Arbeitszeit-Bilanz eine Optimierung der Service-Prozesse vornehmen. Seine **Zeitbilanz** setzt sich aus z.B. einzelnen Basiskomponenten zusammen (Besuche, Telefon-Ansprache/ Telefon-Research, Rüstzeiten, Reisen, Warten, Angebotserstellung, Mitarbeitersteuerung/ Einsatzplanung, Dispatching, Beschwerdebearbeitung, Arbeit mit dem CRM-System, Arbeit mit dem ERP-System, Arbeit dem Dokumenten-Management System, Administration, E-Mail Bearbeitung, Selbst-Management / Strategie). Eine Selbst-Analyse der eigenen Arbeitszeit-Bilanz sollte auch bei den Servicetechnikern vorgenommen werden. Der Einsatz und die zusätzliche Nutzung eines CRM-Systems können dann der gesamten Serviceorganisation auf dem Weg zu einem optimierten Zeitmanagement behilflich

sein. Customer Relationship Management im Service unter dem Aspekt eines besseren Zeitmanagements kann in der Medizintechnik- und Medizinprodukte-Industrie dann folgende Geschäftsprozesse unterstützen:

- **Anwender Trainings-Management**
- **Beschwerde-Management**
- **Ersatzteil-Management**
- **Garantie- und Sachmängelhaftungs-Management**
- **Installed Base Management (Installationsverwaltung)**
- **Kundendienst und Unterstützung (Serviceanfragen)**
- **Leihgeräte - Management**
- **Reklamations-Management und Retouren**
- **Reparatur-Management**
- **Serviceauftrag und Serviceticket**
- **Serviceeinsatzplanung (Techniker)**
- **Vertragsverwaltung (Vertrags-Management)**
- **Wartungs-Management**

Weitere Diskussionen und Inhalte zu diesen Themenbereichen möchten wir im HEALTH EBS Arbeitskreis „Health Care und Life Science Industry“ sowie in den Arbeitskreisen des ZVEI -Fachverband Elektromedizinische Technik, Frankfurt, gerne gemeinsam fortführen und weiter vertiefen.

Iffland/Bätzel





Sabine Duval

Sabine Duval

Diplom Betriebswirtin (BA)
Gesundheitsökonomin (EBS)
Geschäftsführerin Vertrieb
& Marketing

Kontakt:

Health Information
Management GmbH (HIM)
Louisenstr. 119-121,
D-61348 Bad Homburg

Tel.: 06172 - 855 46 60
mobil: 0151 42 50 15 80
sabine.duval@him-info.com

Management und Führung

Sicherheit, Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsvorteil durch den Erfolgsfaktor „Patienten-Daten-Management-System“ (PDMS)

Positionierung

Informationstechnologien mit ihren breitgefächerten Nutzungsmöglichkeiten sind integraler Bestandteil unseres Alltags. Im Gesundheitswesen hingegen, im stationären Sektor und dort im klinischen Alltag, wird das Potential von verfügbaren Informationstechnologien jedoch bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Aus der Vielfalt verfügbarer aber wenig genutzter klinischer Softwarelösungen wird im Folgenden das Potential eines Patienten-Daten-Management-Systems (PDMS) vorgestellt.

Was ist ein Patienten-Daten-Management-System ?

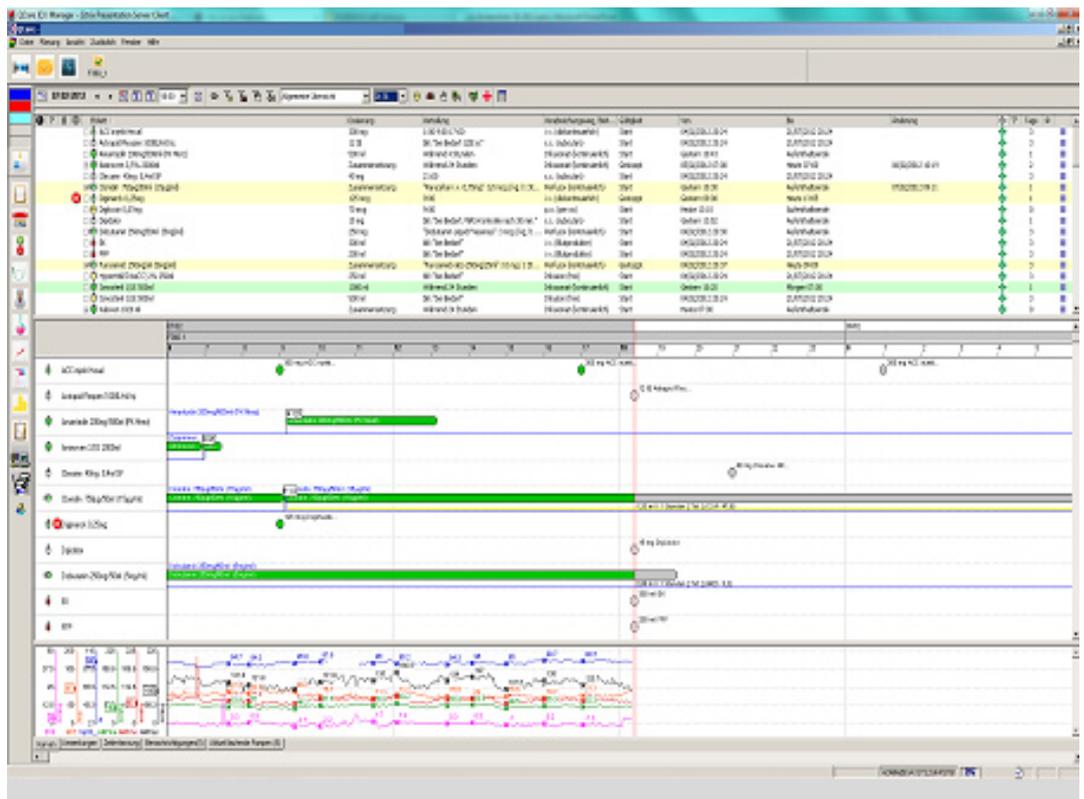
Ein PDMS ist eine Software, die originär im Krankenhaus der Erfassung, Dokumentation und Weitergabe von medizinischen und pflegerischen Patientendaten dient. Derzeit kommt das PDMS vorrangig in zwei Bereichen zur Anwendung: auf der Intensivstation (inkl. Intermediate Care) zur Ablösung der klassischen Papierkurve sowie im Bereich der Anästhesie zur automatisierten Dokumentation des OP-Verlaufs bzw. des Anästhesieprotokolls. Ausgewählte spezialisierte Softwareanbieter verfügen darüber hinaus über PDMS-Module, durch die auch bereits in der Notaufnahme und auf der Normalstation



eine durchgängige Erfassung der Patientendaten gewährleistet werden kann.

Gespeist wird das PDMS mit medizinischen Patientendaten aus drei Quellen:

- angebundene Medizingeräte (z.B. Beatmung, BGA, Infusionstechnik, Monitoring etc.)
- integrierte und spezialisierte klinische Softwarelösungen (z.B. Labor, Mikrobiologie, Apotheke, Diagnostik, Codier Software etc.)
- manuelle Eingabe durch die Anwender, d.h. durch Ärzte, Pflege- und Therapeutenkräfte, Codierkräfte (z.B. Therapien, Medikamentengabe, Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren etc.)



Das PDMS ist abzugrenzen von dem weit verbreiteten Krankenhaus-Informationssystem (KIS). Das KIS fokussiert derzeit noch stärker auf die administrative denn medizinische Dimension von Patientendaten. Die Interoperabilität von PDMS und KIS ist jedoch grundsätzlich gegeben.

In welchem Kontext steht das Patienten-Daten-Management-System in der Krankenhauslandschaft?

Ungeachtet der Größe und Trägerschaft eines Krankenhauses lässt sich das Potential eines PDMS aus folgenden Determinanten des Krankenhausumfelds ableiten:

- Zunehmende Arbeitsverdichtung bei personellem Engpass
- Streben nach fach- und berufsgruppenübergreifender Prozessoptimierung bei gleichzeitig steigender Datenmenge der auszutauschenden Informationen
- Umfassende und zunehmende Dokumentationsverpflichtung für Ärzte und Pflegekräfte zur
 - o internen und externen Qualitätssicherung
 - o Leistungserfassung und Erlössicherung
 - o medikolegalen Absicherung

Dieser Dokumentationsaufwand ist manuell kaum noch effizient und lückenlos zu bewältigen. Die daraus resultierenden Risiken für Patienten und Ärzte werden zunehmend wahrgenommen – sowohl von den Verantwortlichen im Krankenhaus als aber auch von den entsprechenden Haftpflichtversicherern im Rahmen der Risiko- und Sicherheitsbewertung.

Werte Dimensionen eines Patienten-Daten-Management-Systems

Ein vollumfänglich integriertes PDMS bietet folgenden Anspruchsgruppen im Krankenhaus einen Wert:

- Patienten
- Ärzte und Pflegekräfte
- Geschäftsführung, Vorstand und weitere kaufmännisch Verantwortliche

Der wesentliche Wert für Patienten ergibt sich aus der steigenden **Behandlungssicherheit**. Diese kann aufgrund der vielfältigen Funktionalitäten eines PDMS erzielt werden. So wird z.B. das Planen, Anordnen, Einhalten und Dokumentieren der Umsetzung der klinischen Pfade oder SOPs vereinfacht. Gleiches trifft auf die Pflegeplanung und Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen zu. Die gesicherte und interoperable Erfassung aller relevanten Patientendaten sowie Möglichkeiten der Plausibilitätsprüfung können die medizinische Entscheidungsfindung verbessern. Warnfunktionalitäten, Arbeitslisten, berufsgruppenspezifische Berechtigungsschemata u.v.m. können die Behandlung und Arzneimitteltherapie positiv beeinflussen.

Die hervorzuhebenden Werte für Ärzte und Pflegekräfte sind u.a. steigende **Arbeitseffizienz** bei **höherer Patientenfokussierung** und **Arbeitszufriedenheit** sowie ggf. eine verbesserte **Rechtssicherheit**. Wesentlichen Einfluss auf die Arbeitseffizienz hat die Möglichkeit, die jeweils im Krankenhaus etablierten Workflows und wiederholbaren Prozesse systemgestützt standardisiert abzubilden. Dies wird gekoppelt mit steigender Vollständigkeit und Transparenz



der erforderlichen Patientendaten. Manuell und teilweise doppelt erfüllte Dokumentationsverpflichtungen zur Qualitäts- und Erlössicherung sowie zur forensischen Absicherung werden automatisiert und somit erleichtert.

Der ökonomische Wert eines PDMS, der für kaufmännisch Verantwortliche relevant ist, ergibt sich durch die erzielbare **Erlössicherung** und ggf. **Erlössteigerung** sowie durch **Kostenreduktion**. Diese wiederum ist bedingt durch **Prozessoptimierung** und verbesserte **Prozesssteuerung**. Auch eine steigende **Attraktivität als Arbeitgeber** ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben. Die Erlöseffekte sind dadurch erzielbar, dass die PDMS-gestützte Leistungserfassung gesicherter und somit vollständiger ist. In ausgewählten Praxisfällen konnten Erlössteigerung pro Intensivbettplatz im höheren einstelligen Prozentbereich realisiert werden. Die Prozessoptimierungspotentiale für Ärzte und Pflegekräfte sind oben beschrieben. Diese strahlen auch in den administrativen Bereich aus: automatisierte Arztbriefschreibung, Entlastung der Codierkräfte, effizientere Vorbereitung und Durchführung von MDK-Prüfungen sind hier nur einige nennenswerte Facetten. Nicht zuletzt trägt ein integriertes PDMS auch zu einem technologisch modernen und attraktiven Arbeitsumfeld bei. In Zeiten knapper personeller Ressourcen kann dies zum Wettbewerbsvorteil werden.

Weiterführende Aspekte

Über die beschriebenen Aspekte hinaus ist die aktuelle Diskussion um die Weiterentwicklung des PDMS u.a. durch folgende Themen gekennzeichnet:

- Weiterführender Einsatz des PDMS als Instrument zur medizinischen Entscheidungsfindung („Critical Decision Support“)
- Implikation auf die erforderliche MPG-Klassifizierung und deren Vor- und Nachteile
- Mobile online- und offline-Anwendungen, insbesondere für die Prämedikation, Visite- und Pflegedokumentation

Zusammenfassung

Der monetäre und nicht-monetäre Wert von Patienten-Daten-Management-Systemen ist nachweislich für verschiedene Anspruchsgruppen gegeben – auf klinischer und kaufmännischer Ebene. Diese Wertigkeit steht jedoch derzeit im deutschen Krankenhausmarkt noch nicht im Einklang mit der PDMS-Marktdurchdringung. Diese ist nach Branchenschätzungen lediglich zwischen 15% und 23% und somit – auch im europäischen und internationalen Vergleich – vergleichsweise gering. Im Wettbewerb um Patienten und Mitarbeiter sowie aufgrund der Verpflichtung zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit wird das Ausmaß integrierter Technologielösungen im klinischen Alltag zunehmend auch zum Erfolgsfaktor für Krankenhäuser werden.

Sabine Duval

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

Fotos:

© Dan Race - Fotolia.com
© Setareh - Fotolia.com
© Viorel Sima - Fotolia.com
© apops - Fotolia.com
© Ocskay Bence - Fotolia.com
© fotodesign-jegg.de - Fotolia.com
© alphaspirt - Fotolia.com
© DOC RABE Media - Fotolia.com