Versorgungsmanagement:

Der Mensch im Mittelpunkt der GKV?

Kostensparzwänge und neue Versorgungsstrukturen in der GKV werden zum Risiko für die Kundenbeziehung. Statt im Zentrum aller Bemühungen um das wertvolle Gut Gesundheit zu stehen, gerät der Patient ins Abseits. Elementare menschliche Werte wie Zeit und Einfühlungsvermögen sowie transparente Behandlungswege oder das respektvolle Einbeziehen der Patientenwünsche werden zunehmend vernachlässigt. Zu diesem Ergebnis kommt die aktuelle Studie von Terra Consulting Partners (TCP), Berlin, für die im Frühjahr 2011 insgesamt 2.052 GKV-Versicherte repräsentativ befragt wurden. Die Studie bestätigt die Notwendigkeit, bestehende GKV-Managementkonzepte auf den Prüfstand zu stellen, um die Bedürfnisse der Menschen stärker als bisher in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen. Ein Ergebnis ist die Weiterentwicklung des HealthCare Relationship Management Konzepts zum „Der Mensch im Mittelpunkt Prinzip“ (MiM) als Option für ein umfassendes und ganzheitliches Versorgungsmanagement.

Summary

- Elementare menschliche Werte werden im Spagat der Kassen zwischen Kosten- und Kundenorientierung häufig vernachlässigt.
- Eine repräsentative Versichertenbefragung von TCP belegt empirisch die Richtigkeit der Annahmen des „Mensch im Mittelpunkt-Prinzips (MiM)“ für die gesundheitliche Versorgung.
- Strategiefindungs-, Organisations- und Versorgungsmanagementprozesse der Kassen müssen die elementaren Wert- und Zielvorstellungen und das individuelle Umfeld der Patienten einbeziehen und respektieren.

>> Seit mehr als zwei Jahren sind Gesundheitsfonds und Morbi-RSA Realität. Der Wettbewerb im GKV-Markt hat sich verändert. Fusionen, Zusatzbeiträge und Kostensparzwänge der Kassen haben für die Versicherten und Patienten den beunruhigenden Beigeschmack, dass das wertvolle Gut Gesundheit nicht mehr in den allerbesten Händen liegt (Sander/Kade-Lamprecht 2009: Seite 27).

Der schwierige Spagat der Kassen zwischen Kosten- und Kundenexzellenz ist noch lange nicht perfektioniert. Den Versicherten und Patienten dabei als „Fall“ oder gar nur als „Versichertenverhältnis“ zu betrachten, belastet die Kundenbeziehung umso mehr.

Die derzeitigen Strukturen und Prozesse unseres Gesundheitssystems sind historisch bedingt leider auf diese eher technokratische Betrachtungsweise ausgerichtet. Den Menschen in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung zu stellen, bedeutet, ihn als Versicherten und als Patienten ganzheitlich zu betrachten. In einer ganzheitlichen Sichtweise hat der Mensch sowohl eine rational sachliche und leistungsbezogene Seite als auch eine emotionale, individuell persönliche Seite. Eine ganzheitliche Betrachtung erfordert auch, das individuelle Umfeld des Menschen einzubeziehen, seine Familie, sein soziales Netzwerk, seinen Beruf und seine persönlichen Lebensziele. Krankenkassen, bei denen der Mensch im Mittelpunkt steht, ordnen die Kundenbeziehung nicht primär einer „gewinnorientierten wettbewerblichen Rationalität“ unter (Wädle 2009: Seite 20). Um die Versicherten auch emotional zufrieden zu stellen, reicht das nutzenmaximierende Abwägen von Deckungsbeiträgen nicht mehr aus.

Die individuell persönliche und humane Seite der Kundenbeziehung zeigt sich aus der Perspektive der Versicherten und Patienten in elementaren menschlichen Werten wie:

- Verständnis, Einfühlungsvermögen, Mitgefühl für die Patientenanliegen
- Zeit und Geduld von Ärzten, Pflegepersonal, Kassenberatern
- Einbeziehen der individuellen Patientenwünsche in die Behandlung
- aufrichtiges Bemühen der Krankenkasse um das kostbare Gut Gesundheit
- ehrliche partnerschaftliche Kommunikation auf Augenhöhe
- transparente Behandlungsprozesse
- verantwortungsvoller Einsatz von technischen und technologischen Helfern im Behandlungsprozess
- Wahrung der Intimität und des Datenschutzes

Der Mensch steht im Mittelpunkt, wenn die medizinischen Möglichkeiten und Therapiewege auf das individuelle Leben zugeschnitten sind, wenn Mensch und Gesundheit uneingeschränkte Wertschätzung erhalten.

Soweit zur Theorie.

Wie sieht jedoch die Praxis aus? Wie menschlich fühlen sich die Versicherten durch ihre Krankenkasse betreut?

Klassische Marktforschungsuntersuchungen für die Branche der gesetzlichen Krankenversicherungen tangieren diese Frage bislang eher am Rande. Mit einer strategischen Grundlagenstudie schließt TCP diese Wissenslücke und analysiert die aktuellen Marktfakten aus der Versichertenperspektive. Das statistische Datenmaterial wurde aus einer Repräsentativbefragung von 2.052 GKV-Versicherten gewonnen, die im Februar 2011 in Kooperation mit der panelbiz GmbH Berlin durchgeführt wurde.

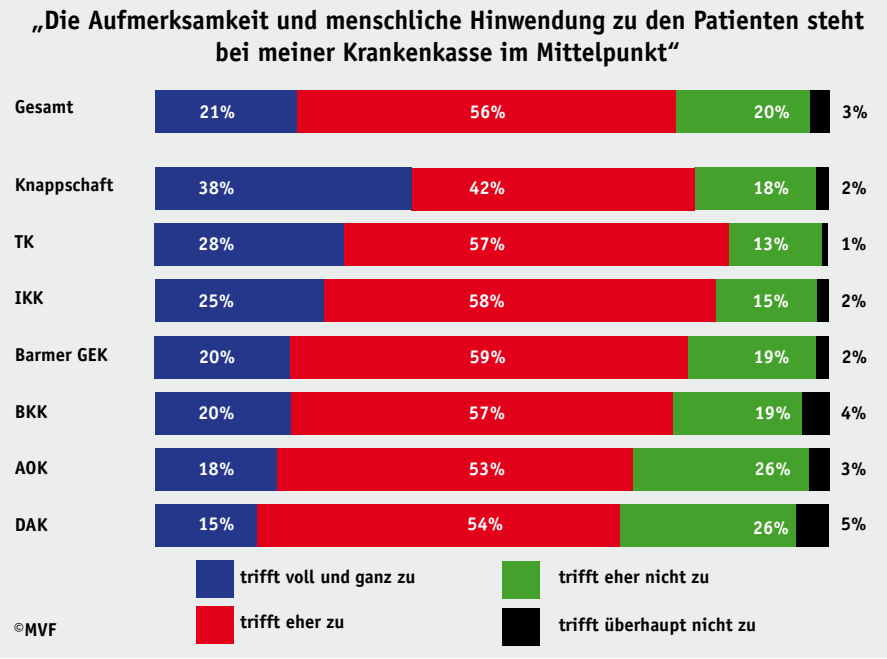


Abb. 1: Menschlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

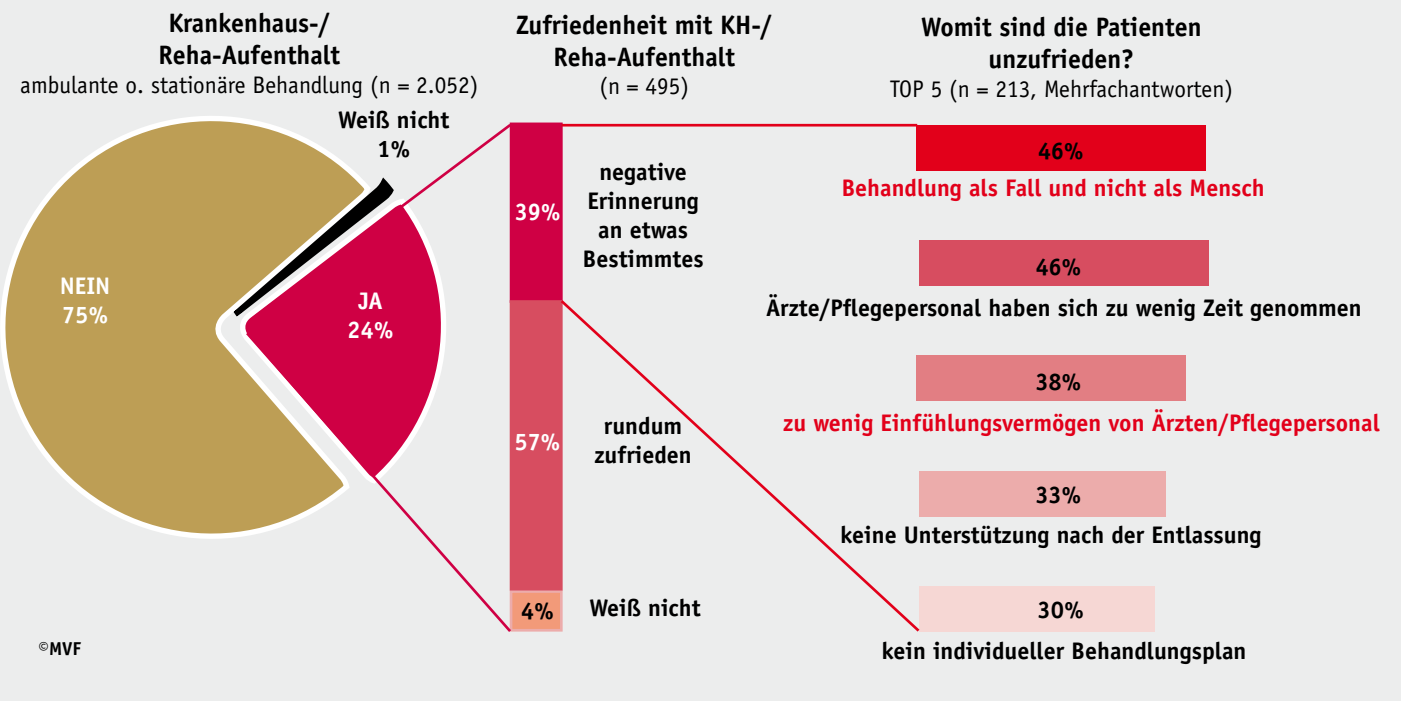


Abb. 2: Patientenkritik am Krankenhaus-/Reha-Aufenthalt (Bezugsbasis: letzte 12 Monate)

Der Gesamtbefund ist ernüchternd: Für nur 21% der GKV-Versicherten sind Aufmerksamkeit und menschliche Hinwendung zu den Patienten bereits gut praktizierte Realität ihrer Krankenkasse. Während sich die Knappschafts- und die TK-Versicherten damit noch am ehesten identifizieren, fühlen sich immerhin je 30% AOK- und DAK-Versicherten überhaupt nicht menschlich wertgeschätzt. Ein Top-Level für die menschliche Wertschätzung der Versicherten oberhalb der 50%-Marke erreicht keine einzige der untersuchten Krankenkassen (vgl. Abb. 1).

Die Erklärungsansätze für die mangelhafte menschliche Wertschätzung liegen in den Bereichen Versorgungssteuerung, Organisation und IT sowie Kommunikation und werden nachfolgend exemplarisch erläutert.

Der Patient als Fall

Rund ein Viertel der Arzt-/Facharztbesucher und 40% der Krankenkaus-/Reha-Patienten der letzten zwölf Monate äußern konkrete Kritik an der erlebten medizinischen Betreuung und am Service.

Mit fast 50% richtet sich die Hauptkritik der Krankenhaus-/Reha-Patienten darauf, nicht als Mensch, sondern als „Fall" behandelt worden zu sein (vgl. Abb. 2).

Kritisch zu bewerten ist dabei vor allem die Passivität der Krankenkassen. Nur 10% der Patienten mit Negativerlebnissen beim Arzt, Facharzt, im Krankenhaus oder in der Reha wurden durch ihre Krankenkasse individuell und koordinierend unterstützt.

Hochgerechnet auf die gesamte GKV ergibt sich aus diesen Fakten, dass deutschlandweit jährlich rund 10 Mio. Arzt-/Facharzt-Patienten und 4 Mio. Krankenhaus-/Reha-Patienten bei Versorgungsproblemen gar nicht oder ungenügend durch ihre Krankenkasse unterstützt werden (Vgl. Abb. 3).

Unter Zugrundelegung der derzeitigen Ausgabenstruktur der GKV – 60% der jährlichen Ausgaben werden durch die ärztliche und Krankenhausbehandlung verursacht; die Pro-Kopf-Ausgaben hierfür liegen bei rund 1.350 Euro – ergibt sich für die gesamte GKV ein theoretisch positiv steuerbarer Kostenblock von insgesamt 14 Mrd. Euro pro Jahr.

Die tatsächliche Größenordnung der Spareffekte wird die Versorgungsforschung der kommenden Jahre aufzeigen. Dabei ist zu ermitteln, ob die Effekte eher kostensparende oder qualitätssteigernde Maßnahmen erfordern.

Fazit 1: Es lohnt sich daher für alle Krankenkassen, den Erfahrungsberichten ihrer Versicherten zuzuhören und sich den Nöten und menschlichen Befindlichkeiten der Versicherten detailliert zuzuwenden. Scheinbar kleine Unzulänglichkeiten in der ärztlichen Behandlung können eine beachtliche Hebelwirkung auf das steuerbare Kostenvolumen in der GKV auslösen.

Wege aus dem Abseits

Im Rahmen eines menschlich orientierten Versorgungsmanagements haben die Kassen eigentlich alle Trümpfe in der Hand, den Patienten tatsächlich in den Mittelpunkt zu stellen. Die Studie zeigt den Kassen die dringlichsten Weichenstellungen mit signifikanter Wirkung auf die Kundenbindung und Kundenzufriedenheit klar auf (vgl. Abb. 4):

Fazit 2: Wenn den Krankenkassen die Abkehr von der „Fall-Denke" gelingt und ihre Vermittler- und Lotsenrolle zwischen Arzt, Krankenhaus, Reha und Pflege für die Versicherten auch wahrnehmbar wird, dann ist der erste Schritt in Richtung Menschlichkeit verstanden.

Vereinbarkeit von modernen Medizintechnologien mit menschlichen Aspekten

Bei bestimmten Krankheitsbildern sind moderne Medizintechnologien unentbehrlich für die Lebensqualität der Patienten. Hierzu zählen z. B. die mobilfunkbasierte Fernüberwachung für Patienten mit Herzerkrankungen (Home Monitoring), das Online-Coaching von Rheuma- oder Asthma-Patienten oder der Datentransfer von Patienteninformationen zwischen Ärzten und Kliniken.

Hinsichtlich der Auswirkungen der innovativen Medizintechnolo-

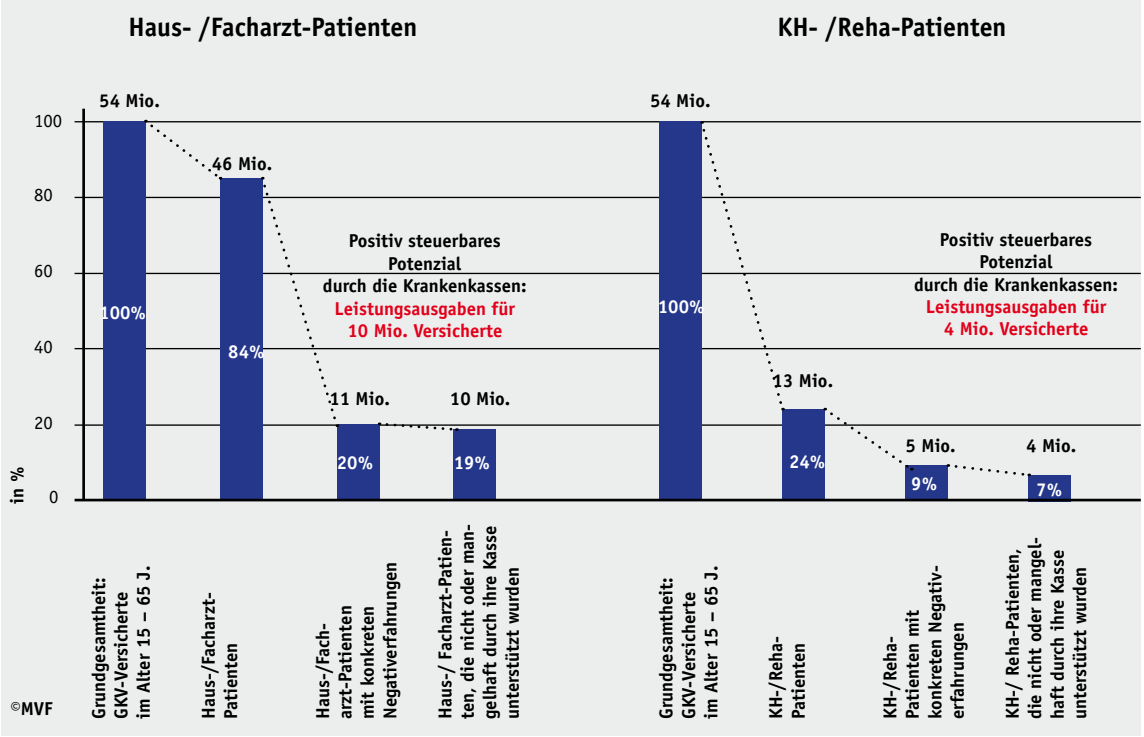


Abb. 3: Hebelwirkung auf das steuerbare Kostenvolumen in der GKV.

gien auf die Menschlichkeitsaspekte und die Lebensqualität halten sich Pro und Contra der Versicherten fast die Waage (vgl. Abb. 5). Einerseits befürchten mehr als je 70% der Versicherten eine Reduzierung der menschlichen Zuwendung sowie eine hilflose Technikabhängigkeit und 54% sehen im virtuellen Datenaustausch zwischen Ärzten und Kliniken ihre Privatsphäre bedroht. Andererseits erkennen 68% in der Technisierung der medizinischen Betreuung Chancen, den Versicherten als Mensch in den Mittelpunkt zu stellen.

Fazit 3: Damit technologische Entwicklung und menschliche Aspekte in Einklang gelangen, müssen sich die Krankenkassen viel intensiver der individuellen Betreuung und Steuerung der Versicherten zuwenden. Wenn es gelingt, die technische Überwachung mit einer intensiven persönlichen Betreuung zu verzahnen, erwarten 82% bessere Behandlungserfolge

Kundenexzellenz: Die wachsende Bedeutung von CRM-/HRM-Lösungen im Versorgungsmanagement

Der Weg dorthin führt über eine für die Kunden spürbar komfortable IT-Unterstützung der Versorgungssteuerung. 40% der GKV-Versicherten stören sich daran, dass ihre Kasse bei jedem Kundenkontakt personenbezogene Informationen zu aktuellen Therapien, Vorsorgeuntersuchungen oder Impfstatus nicht abrufbereit vorliegen hat, sondern langwierig neu erfragt.

Fazit 4: Ihre Erwartungen an eine Versorgungssteuerung, in deren Mittelpunkt der Mensch steht, bringen die Kunden klar auf den Punkt: Individualisierte CRM-basierte Steuerung von Information, Kommunikation und Betreuung mit direkten Entscheidungshilfen.

Neue Ansätze in der Kommunikation

Die Kunden wünschen einen Kommunikations-Mix aus klassischen und modernen Instrumenten. Die Mitgliederzeitschrift bleibt das bevorzugte Informationsmedium für alle Zielgruppen.

Positive Steuerung von:	Kundenbindung (Faktoren, die die Kundenbindung signifikant positiv beeinflussen)	Kundenzufriedenheit (Faktoren, die die Kundenzufriedenheit signifikant positiv beeinflussen)
Arzt-/ Facharzt-Patienten	Abkehr von der „Fall"-Denke	Abkehr von der „Fall"-Denke
	rechtzeitige Überweisung an einen Spezialisten	keine Verweigerung bestimmter Behandlungen oder Medikamente (trotz evtl. erhöhter Kosten)
		kurze Terminwartezeiten
Krankenhaus-/ Reha-Patienten	Unterstützung und Betreuung des Heilungsprozesses nach der Entlassung	direkter Übergang in die Anschlussbehandlung (ambulante Weiterbehandlung, Reha, häusliche oder stationäre Pflege)
	kurze Wartezeiten auf Einweisungs- oder Reha-Termine	gutes Kassenimage: keine Degradierung als zum Patienten zweiter Klasse
	individueller Behandlungsplan während des Klinik-/Reha-Aufenthaltes	
	genaue Erklärung der medizinischen Behandlung/Therapie (Aufklärung auch durch die Krankenkasse!)	

Abb. 4: Steuerbare Einflussgrößen.

Chancen	Risiken
82% besserer Behandlungserfolg bei chronischen Erkrankungen	**70%** Minimalisierung menschlicher Zuwendung
68% neue Chancen, den Versicherten als Menschen in den Mittelpunkt zu stellen durch Kombination von Überwachung mit intensiver persönlicher Betreuung	**71%** hilflose Technikabhängigkeit, Angst vor Gesundheitsgefahren durch technische Unzuverlässigkeit oder Ausfälle
	54% Bedrohung der Privatsphäre, Zweifel an Datensicherheit

Abb. 5: Chancen und Risiken moderner Medizintechnologien.

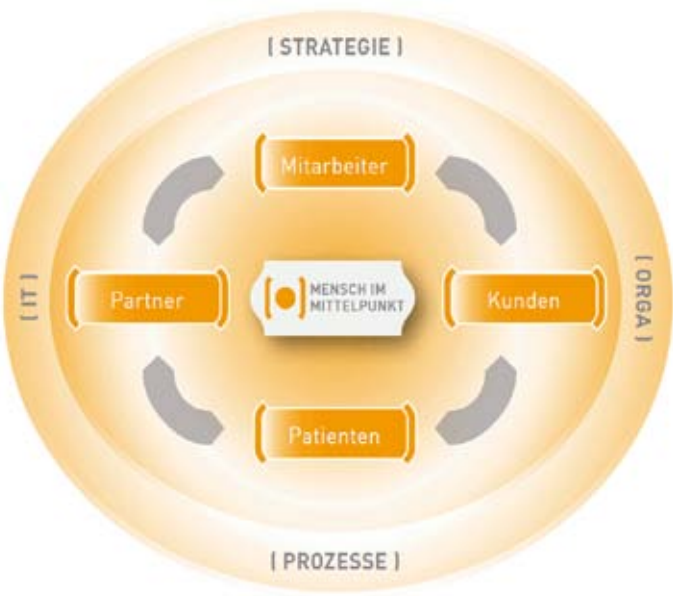


Abb. 7: „Mensch im Mittelpunkt Prinzip" für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft.

Die sozialen Netzwerke und die Potenziale des mobilen Marketings als kundenorientierte GKV zu ignorieren, ist jedoch grob fahrlässig, denn sie bieten besondere Chancen, menschlich zu kommunizieren. Mehr als 30% der GKV-Versicherten können sich vorstellen, als aktiver Fan ihrer Krankenkasse in den sozialen Medien neue Kassenprodukte und -services zu testen oder über eine virtuelle Geschäftsstelle mit der Kasse zu kommunizieren.

Überraschend hoch ist das Interesse der GKV-Versicherten an den mobilen Services der Kasse. 60% der GKV-Versicherten interessieren sich für mobile Gesundheitsapplikationen für das Handy.

Fazit 5: Da die sozialen Medien besondere Chancen für eine menschliche Kommunikation bieten, werden sie sich einen festen Platz in der Kommunikation mit den Versicherten erobern.

Hoher Erwartungsdruck der Versicherten

Obwohl 40% des GKV-Marktes aus Kundenperspektive völlig austauschbar sind und es den Versicherten gleichgültig ist, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind, bleibt der Erwartungshorizont der Kunden an die Krankenkassen unverändert hoch.

Fazit 6: In einer sich verändernden Gesellschaft, in der soziale Aspekte wieder bedeutsamer werden, gewinnt die Kasse, bei der die Menschen spürbar im Mittelpunkt stehen!

Der Weg aus dem Dilemma: „Der Mensch im Mittelpunkt" als übergeordnetes Managementprinzip

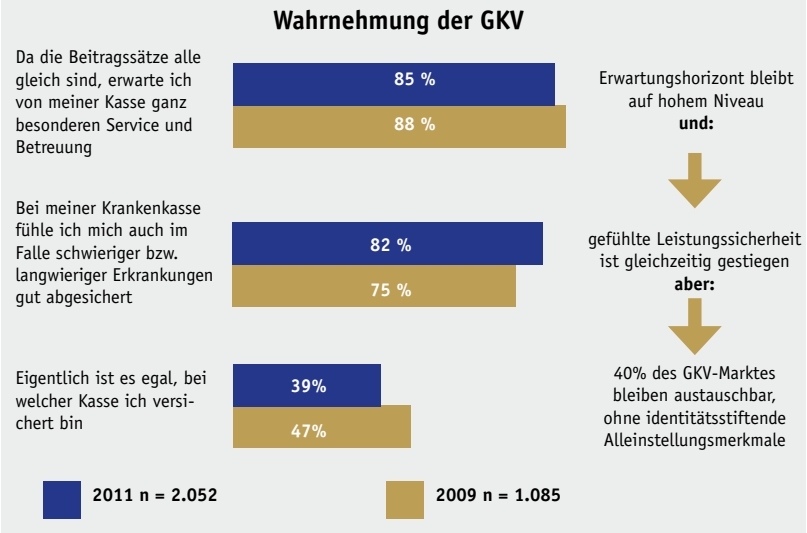


Abb. 6: Kundenstatements zur Wahrnehmung der GKV.

Wir sind uns bewusst, dass viele Kassen mitten im Entscheidungsprozess bezüglich ihrer künftigen Versorgungsmanagement-Strategie stehen. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der dargestellten Studienergebnisse, möchten wir nachfolgend ein Konzept vorstellen, das nach unseren Erfahrungen geeignet ist, komplexe strategische Entscheidungsprozesse bei Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zu erleichtern bzw. in die unternehmensindividuell „richtige" Richtung zu kanalisieren.

Es handelt sich dabei vereinfacht ausgedrückt um die Essenz zweier Managementkonzepte, nämlich einerseits dem in der Literatur bereits umfassend vorgestelltem HealthCare Relationship Management-Konzept (vgl. u.a. Schaaf, 2005, 2008, 2010, 2011) und andererseits dem „Employee First"-Modell von Vineed Nayar (Harvard 2010). In beiden Konzepten spielt der Mensch die entscheidende Rolle als DER Faktor für erfolgreiche Unter-

Der Mensch im Mittelpunkt			
	Ziel	**Warum?**	**Ansatz**
Mitarbeiter	„Die zufriedensten engagiertesten und loyalsten Mitarbeiter“	Nur zufriedene und von ihrem Arbeitgeber überzeugte Mitarbeiter werden Kunden und Partner begeistern können	Changemanagement
Versicherte	„Höchstmögliche Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. Hohe Attraktivität für potenzielle Zielkunden	Nur zufriedene Kunden werden auf Dauer Kunden bleiben. Zufriedene Kunden sind das beste Argument für potenzielle Zielkunden	Kundenbeziehungs-management / Kunden-exzellenz
Patienten	„Bestmögliche Versorgung für die akut und chronisch kranken Versicherten. Vorbild mit Leuchtkraft im Versorgungs-management	Kostenreduktion in allen steuerbaren Kerndiagnosen. Verbesserung der Versorgungsqualität. VM als Qualitätsmerkmal.	Versorgungsmanagement
Partner	„Insbesondere Leistungserbringer zu Partnern der Kasse machen“	Nur durch eine echte Win-Win Situation zwischen LE und Kostenträgern läßt sich VM umsetzen. Außerdem hohe Imagewirksamkeit	Versorgungsmanagement

Abb. 8: Konzentration der Veränderungsparameter auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die in einer Organisation handelnden Menschen.

Perspektiven		**Zentrale Fragen**
Mitarbeiter-perspektive:	Herstellung größtmöglicher Mitarbeiter-zufriedenheit und Loyalität	Was müssen wir tun, um Arbeitsplatz-exzellenz herzustellen?
	Halten und Gewinnen der „Besten“	
	Arbeitsplatzattraktivität, die nicht nur aus monetären Anreizen besteht	
Versicherten-perspektive:	Herstellung größtmöglicher Kundenzufriedenheit und Loyalität	Wo stehen wir im Markt und wie können wir für unsere Versicherten noch attraktiver werden?
	Reduktion der Abgänge, Steigerung der Neuzugänge	
	Verbesserung des Images, permanenter Vergleich mit Wettbewerbern	
Patienten-perspektive:	Kranke Versicherte sind bei uns am besten aufgehoben	Wie stellen wir Versorgungsexzellenz her?
	Wir schaffen für unsere Patienten Versorgungsexzellenz	
	Herstellung echter Partnerschaft zu Leistungserbringern	
	Versorgungsmanagement als Qualitäts- und Imagefaktor	
Partner-perspektive:	Kunden- und Versorgungsexzellenz kann nur entstehen, wenn mit unseren Partnern auf der Leistungserbringerseite eine echte Win-Win-Situation entsteht	Wie können wir die Partner optimal in unsere Strategie einbeziehen? Wie erreichen wir Prozessexzellenz nicht nur intern, sondern auch zu und mit unseren Partnern?
	Wir brauchen im Sinne unserer Kunden optimale Prozesse zu und mit unseren Partnern in der Gesundheitswirtschaft	

nehmen. Die hc:VISION hat daraus das „Der Mensch im Mittelpunkt-Prinzip“ (MiM) für das Gesundheitswesen entwickelt. Zusammengefasst geht es uns um folgendes:

Mit dem „MiM-Prinzip“ wird das HRM-Konzept um einen konkreten Veränderungsrahmen für Unternehmen und Systeme ergänzt, die davon überzeugt sind, dass der Mensch Ausgangspunkt für jede erfolgreiche Veränderung ist.

Dem MiM-Konzept liegt die Überzeugung zu Grunde, dass erfolgreiche Unternehmen der Gesundheitswirtschaft eine Balance zwischen den unterschiedlichen Interessen der in einer Organisation oder einem System (z. B. Versorgungsnetz) handelnden Menschen herstellen müssen. Kommunikation, Transparenz und umfassende Information sind dabei wesentliche Elemente, die zugleich alle eine hohe technische Relevanz haben.

Nur Mitarbeiter, die zufrieden sind, die Arbeitsbedingungen vorfinden, die eine volle Konzentration auf das Wesentliche (den Patienten!) zulassen, können Kunden begeistern. Im Gesundheitswesen bedeutet das einerseits, (gesunde) Versicherte durch überzeugenden Service zu binden oder sogar neu zu gewinnen und andererseits, optimale Möglichkeiten zu haben, die Versorgung von Patienten bestmöglich und in höchster Qualität zu organisieren. Das aber geht nur, wenn die Partner der Patientenversorgung im Sinne einer wirklichen Win-Win-Situation zusammenarbeiten. Dies ist zugleich der operative Kern einer jeden erfolgreichen Strategie in der Gesundheitswirtschaft, an der sich Organisation, Prozesse und IT messen lassen müssen!

Das MiM-Prinzip bietet damit insbesondere einen intrinsischen Veränderungsrahmen, in dem sich die wesentlichen Parameter der Veränderung an den handelnden Menschen (Mitarbeiter, Versicherte, Patienten, Partner) ausrichten.

Folgt man der Logik des MiM-Prinzips, d. h. man ist davon überzeugt, dass die handelnden Menschen in einer Organisation oder einem System im Mittel-

punkt stehen müssen, dann sind die strategischen Parameter der künftigen Ausrichtung grundsätzlich klar:

Die Berücksichtigung der MiM-Parameter trägt dazu bei, dass sich das ganze Unternehmen auf Verbesserung der zentralen Rahmenbedingungen für die in unterschiedlichen Bereichen arbeitenden/betroffenen Menschen fokussiert. Damit ergibt sich bei der Reihenfolge der unterschiedlichen strategischen Fragestellungen eine klare Priorisierung: Alle Themen, die zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen, zu einer Verbesserung der Versichertenzufriedenheit, zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und zu einer Verbesserung der Partnerbeziehungen beitragen, gilt es primär voranzubringen!

In diesem Sinne muss IT, deren wachsende Bedeutung die aktuelle TCP-Studie klar unterstreicht, dann beispielsweise genauso im Sinne des MiM-Prinzips definiert werden wie die künftige Organisation der Kasse und die neuen, übergreifenden Prozesse. IT wird so zu einem Thema von strategischer Bedeutung in einem ganzheitlichen Veränderungsprozess!

Bezogen auf die vier Perspektiven des MiM-Prinzips gilt es, seitens der Kassen insbesondere folgende Fragen zu beantworten:

Mitarbeiterperspektive:
- Welche IT, Prozesse und Organisation ermöglichen es den Mitarbeitern am besten, die Versicherten, Patienten und Partner optimal und anwenderfreundlich zu betreuen?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die Mitarbeiter jederzeit „in time“ und an jedem Kontaktkanal sämtliche Informationen über Versicherte, Patienten und Partner haben, um diese optimal betreuen zu können?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die Prozesse aller Abteilungen Hand in Hand gehen?
- Wie können die administrativen Prozesse am nachhaltigsten verändert werden?

Versichertenperspektive:
- Welche Struktur, Prozesse, Technik hilft dabei, nachhaltige Kundenexzellenz herzustellen? Wie bekommt man die bestmögliche Sicht auf den Kunden?
- Wie werden umfassende Versichertenkampagnen, einschließlich Haltemanagement, am besten und vor allem am nachhaltigsten unterstützt?
- Welche Lösung bietet das beste Ineinandergreifen von Analytik und gezieltem Kundenbeziehungsmanagement, z. B. durch die Option von „Cross- und Up selling“?

Patientenperspektive:
- Wie können komplexe Versorgungsprozesse ganzheitlich gesteuert werden?
- Wie können große Versichertenpopulationen gesteuert werden?
- Wie gelingt es, eine einheitliche Kundensicht unter Berücksichtigung von Versorgungsmanagement herzustellen?
- Wie gelingt die Koordination von CRM sowohl für Vertrieb als auch für Versorgungsmanagement?
- Wie können Tausende von Einzelverträgen mit Patienten und Leistungserbringern integriert abgebildet werden? Wie erfolgt die Qualitätssicherung?

Partnerperspektive:
- Wie können alle versicherten- und patientenrelevanten Informationen mit Partnerbezug integriert werden?
- Wie können die unternehmensübergreifenden Prozesse, insbesondere mit Leistungserbringerbezug, organisiert werden?
- Wie können Versorgungsnetze gemeinsam mit Partnern gesteuert und kontrolliert werden?
- Wie können alle am Versorgungsprozess Beteiligten „sicher“ auf alle relevanten Daten zugreifen?

Die Fragen spiegeln nicht nur die wesentlichen Anforderungen zur Herstellung von Kunden- und Kostenexzellenz wider, sondern vor allem auch die Anforderungen, die sich aus dem komplexen Thema Versorgungsmanagement ergeben. Gleichzeitig stellen sie einen Leitfaden dar, anhand dessen z. B. die Frage nach der „richtigen“, führenden IT beantwortet werden kann.

Zusammenfassung

Ursprünglich ist das MiM-Prinzip entstanden, weil Erfahrungen aus umfassenden Versorgungs- und Veränderungsprojekten vermuten ließen, dass die Komponente „Mensch“ als Erfolgsfaktor noch immer sehr oft unterschätzt wird. Die TCP-Studie „Der Patient im Abseits“ hat die Richtigkeit der dem MiM-Prinzip zugrunde liegenden Annahmen nunmehr empirisch belegt. Es kommt jetzt auf die verantwortlichen Player im Gesundheitswesen an, aus den vorliegenden Erkenntnissen die „richtigen“ Schlüsse zu ziehen. Die „richtigen“ Konzepte liegen jedenfalls bereits vor. <<

von: Michael Schaaf*
Dr. Evelyn Kade-Lamprecht**

*Geschäftsführer von hc:VISION, **Partnerin von TCP Terra Consulting Partners GmbH

Literatur

Sander, M./ Kade-Lamprecht, E. (2007): Kundenbeziehungsmanagement entscheidet den Wettbewerb, Berlin: Eigenverlag
Sander, M./ Kade-Lamprecht, E. (2009): Versorgungsmanagement wird zur Arena des Wettbewerbs, Berlin: Eigenverlag
Wädle, K. (2009): Jogu, Mainz: Universität Mainz
Schaaf, M./ Sander, M. (2008): GKV 2015: Managementherausforderungen in Zeiten des Wandels, Sankt Augustin: Asgard Verlag
Schaaf, M. (2005): HealthCare Relationship Management – Kundenbeziehungsmanagement und Leistungssteuerung in der Krankenversicherung, Sankt Augustin: Asgard Verlag
Schaaf, M. (2010) in Häussler, Isenberg, Klusen, Penk: IGES-Jahrbuch der medizinischen Innovationen, Bd.6 Innovation und Gerechtigkeit, S. 99 ff., Stuttgart: Schattauer Verlag
Schaaf, M. (2011): hc:VISION Whitepaper, Düsseldorf, Lüttke-Ziemann
Vineet Nayar (2010): Employees First, Customers Second – turning conventional management upside down, Harvard, Harvard Business Press