Demarketing in der Klinik

Überzeugung statt Zurückweisung

Marketing zielt auch in der Gesundheitsversorgung auf stets wachsende Leistungs- und Umsatzzahlen ab. In temporären Überlastsituationen kann es passieren, dass eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Kliniken sollten in dieser Situation den Versorgungsdruck reduzieren. Demarketing-Ansätze sind dafür ein geeignetes Instrument.

Von Prof. Dr. Hans-Georg Palm MBA, Prof. Dr. Benedikt Friemert, Dr. Ralf Hoffmann, Prof. Dr. Hans Jürgen Ott

Foto: Getty Images/saravuth-photohut

Gerade in einer unfallchirurgischen Klinik können starke Ausschläge in der zeitkritischen Inanspruchnahme der Notfallaufnahme-, Operations- und Intensivstation-Kapazitäten auftreten. Oft reicht sonniges Motorradwetter oder Blitzeis, was die eigentlich gewünschte kontinuierliche Klinikauslastung plötzlich unkalkulierbar verhindert. Hiervon sind Maximalversorger wie das Bundeswehrkrankenhaus Ulm (BwK) in besonderer Weise betroffen. Das BwK ist Überregionales TraumaZentrum der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie sowie SAV-Klinik (Schwerstverletzungsartenverfahren) der Berufsgenossenschaften. Das Haus hat eine erhebliche Zuweisungsrate von schwerverletzten Patienten. Für temporäre Überlastungssituationen stellt der Aufbau zusätzlicher Ressourcen kaum eine Option dar: In weniger stark ausgelasteten Phasen blieben diese ungenutzt und die Fehlallokation öffentlicher Mittel ist nicht akzeptabel. Das BwK hat dafür eine Strategie entwickelt.

Überlastung schadet Patienten und Klinik

Die Aufnahme aller Patienten nach dem Windhundprinzip (first come, first serve) hat negative Konsequenzen für die Patienten. Unkalkulierbare Wartezeiten, falsche Priorisierung behandlungsbedürftiger Notfallpatienten, Personalüberlastung, geringere Servicebereitschaft des Personals sowie ein Vertrauensverlust der Patienten in Ärzte und Pfleger können die Folge sein. Dass die Überbelastung die Patientenzufriedenheit und damit die Therapie sehr negativ beeinflussen kann, lässt sich deutlich an der Korrelation von Belegungszahlen und Patientenzufriedenheitsratings ablesen (Abbildung 1).

Überlastungsbedingte Fehler bei Ärzten und Pflegepersonal können unnötige, längere und wiederholte Klinikaufenthalte der Patienten zur Folge haben, deren Unzufriedenheit den Behandlungserfolg konterkariert. Daraus resultieren weitere Belastungen der Klinikressourcen bishin zu Imageproblemen des Krankenhauses. Diese können eine Negativselektion verursachen: Für das Leistungsspektrum der Klinik geeignete Patienten suchen andere Leistungserbringer auf. Eine Überlastung des Personals senkt die Arbeitsmotivation und die Arbeitgeberattraktivität für gutes Klinikpersonal, was wiederum die Klinikqualität senkt. Dass kann mittelfristig existenzgefährdend für die Klinik sein.

In kurzfristigen und temporär begrenzten Überlastungssituationen sollten Kliniken den Versorgungsdruck reduzieren. Patienten abzuweisen widerspricht aber der ärztlichen Grundauffassung und dem Verständnis eines öffentlich getragenen Krankenhauses. Bislang verbleiben in einer Überlastungssituation aber oft nur zwei Optionen:

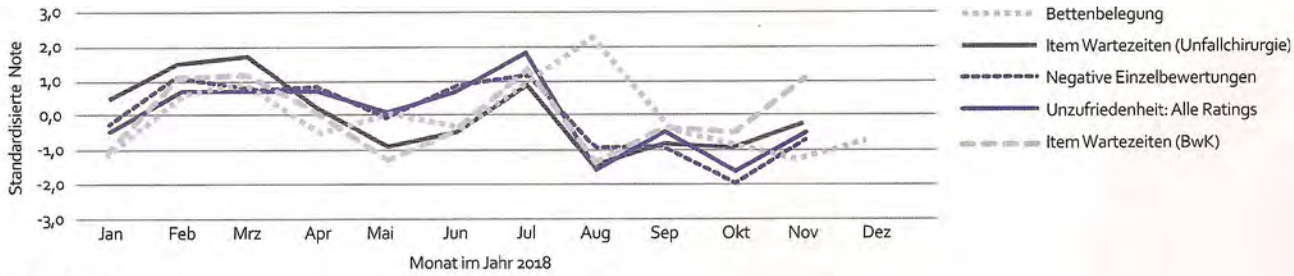
- Ablehnung der Aufnahme mit offenen medizinischen und rechtlichen Folgen;
- Aufnahme und unkalkulierbares Warten auf frei werdende Behandlungsressourcen nach dem Windhundprinzip und nicht nach der Behandlungsdringlichkeit oder anderen sinnvollen Kriterien.

Diese beiden inakzeptablen Alternativen werden am BwK mit einem Demarketing-Ansatz ergänzt. Analog zu anderen Wirtschaftsbereichen kann ausgewählten Kunden der Wechsel zu einem anderen Anbieter, die zeitliche Verschiebung der Inanspruchnahme oder deren Verzicht schmackhaft gemacht werden. Man wendet keinen Zwang an, sondern versucht, durch bewährte Marketinginstrumente zu überzeugen. Angewandt auf eine Klinik stellen sich zwei Schlüsselfragen: Welchen Patienten will man den Wechsel schmackhaft machen? Und was soll dazu eingesetzt werden?

In Kliniken öffentlicher Trägerschaft steht als Auswahlkriterium nicht die Gewinnmaximierung im Vordergrund, sondern die optimale Patientenversorgung. Zielvorgaben hinsichtlich bestimmter Erkrankungsbilder auf hohem medizinischen Niveau stehen im Fokus. Dabei haben Krankenhäuser je nach Ausrichtung spezielle Restriktionen zu beachten: So sollte es ein BwK vermeiden, dass ein erkrankter Soldat auf den zivilen Sektor verwiesen wird. Die Festlegung der Patientenauswahlkriterien ist eine Führungsaufgabe, da hier die Ver-

Das **Bundeswehrkrankenhaus Ulm** ist das medizinische Kompetenzzentrum der Streitkräfte in Süddeutschland und vereint mit über 1.500 Mitarbeitern 19 Fachdisziplinen unter einem Dach. Das Krankenhaus der Maximalversorgung ist in den Landesbettenplan des zivilen Gesundheitssystems integriert. In der Klinik werden sowohl zivile Patienten als auch Soldaten behandelt.

Patientenzufriedenheitsrating



Quelle: eigene Darstellung

Abb. 1

Tatsächlich durchgeführte vs. erforderliche Eingriffe

Bezeichnung des Eingriffes (Auswahl)	IST 2017 BwK Ulm	IST 2018 BwK Ulm	SOLL Logbuch	FAKTOR Erfüllung
Schulter- und Ellbogen-Arthroskopien	81	106	10	9,35
Frakturosteosynthesen an Schulter/Oberarm/Ellbogen	100	115	10	10,75
Frakturosteosynthesen Unterarm und Hand	208	180	10	19,4
Implantation Hüftprothese (ohne Revisionen/Wechsel)	102	106	10	10,4
Knie-Arthroskopien	258	214	10	23,6
Frakturosteosynthesen Fuß	33	26	10	2,95

Abb. 2

Beispiele für kurzfristig wirksame Demarketing-Maßnahmen

Zugangsweg	Maßnahme
Patienten suchen eigenständig die Klinik auf	– Hinweis auf voraussichtliche Wartezeiten – IGeL-Leistungen aufzeigen – Verweis auf geeignete Arztpraxen in der Region mit Sprechzeiten – Callcenter mit Abfrage aktueller Auslastung
Rettungsdienst-gebundener Transport	– Triage nach Meldebild – Verlegungungskooperationen (VAV/SAV, TraumaZentren) weiterentwickeln – Hinweise über Versorgungsengpässe an Rettungsleitstellen
Einweisung anderer Ärzte und Kliniken	– Förderung von Ärztenetzwerken – fachliche Schulungen für Ärzte – Kooperationen mit anderen Kliniken/Versorgungszentren – Ankündigung von erwarteten Engpässen

Abb. 3

einbarkeit mit dem übergeordneten Klinikzielsystem sichergestellt sein muss.

Die Weiterbildung zum Facharzt für Unfallchirurgie/Orthopädie ist ein wichtiger Prozess im Bundeswehrkrankenhaus in Ulm. Die Ausbildung und das Training von medizinischem Personal für Einsätze ist ein zentraler Auftrag der Militärkliniken. Möglichst viele Weiterbildungsassistenten sollen zur Facharztreife ausgebildet werden. Dafür werden, gemäß der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2006), Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten verlangt, die über einen ausführlichen Katalog von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in einem definierten Logbuch nachgewiesen werden müssen. Im Rahmen der (mindestens) sechsjährigen Weiterbildungszeit am Hüftgelenk sind beispielsweise zehn Weichteil-, Gelenkeingriffe und Osteotomien, zehn Frakturosteosynthesen und zehn Endoprothesen-Eingriffe vorzunehmen, bevor die Facharztreife ausgesprochen und der Kandidat zur Prüfung bei der Ärztekammer zugelassen werden kann.

An den Vorgaben des Logbuches kann sich eine Klinik im Sinne eines Demarketings orientieren, indem gerade Patienten mit Eingriffen, die zu selten durchgeführt werden, bevorzugt ausgewählt werden (A-Fälle). Häufig vorgenommene Operationen sollten hingegen bei Überlastungssituationen eine geringere Priorisierung erfahren (C-Fälle). Bestimmte Operationen wie Knie-Arthroskopien werden im BwK sehr häufig vorgenommen (Abbildung

2). Fraktur-Osteosynthesen am Fuß sind eher selten. Genau diese Patienten wären sehr wünschenswert, damit möglichst viele Assistenten die notwendigen Eingriffe umsetzen können.

Je nach Patientenzugangsweg unterscheidet sich die Identifikation geeigneter Patienten. Im Fall des BwK wird unterschieden in:

- Patienten, die eigenständig die Klinik aufsuchen,
- Rettungsdienst-gebundenen Transport,
- Zuweisung durch andere Kliniken und Ärzte einschließlich Truppenärzte.

Bei der Zuweisung von einem Arzt oder über die Rettungsdienste liegt zumeist eine Vordiagnose vor, was relativ valide Prognosen für Behandlungsverlauf und zu erwartende Inanspruchnahme von Klinikressourcen ermöglicht. Eine Leitung dieser Patienten setzt eine Echtzeitanalyse der Klinikdaten und einen Abgleich von erwünschten Indikationen und gemäß Logbuch bereits erfüllten Indikationen voraus.

Bei eigenständiger Vorstellung der Patienten – in der Regel in der Notaufnahme – liegen zumeist keine Vorabinformationen vor. Ein möglicher Ansatz zur Erfassung kritierienrelevanter Daten durch nichtärztliches Aufnahmepersonal sind Personalisierungsmethoden aus dem Customer Relationship Management (CRM). Regelbasierte Filtermethoden suchen im Patientenbestand nach typischen Zusammenhängen zwischen Patienteneigenschaften, Symptomatik und Krankheitsverläufen. Dabei wird dann von den Eigenschaften und der Symptomatik eines neuen Patienten auf dessen voraussichtlichen Krankheitsverlauf geschlossen. So kann beispielsweise herausgefunden werden, dass ältere Patienten mit lokalen Rückenschmerzen der Lendenwirbelsäule und ohne Trauma mit hoher Wahrscheinlichkeit eine osteoporose-assoziierte Wirbelkörperfraktur aufweisen, was beispielsweise eine Kyphoplastie (Zementauffüllung) erfordert.

Demarketing bietet eine Perspektive, um Überlastungen in der Versorgung sinnvoll und für alle Beteiligten verträglich zu handhaben. Dabei wird das fachliche und medizinische Niveau des Arztpersonals gehalten und längerfristig erhöht. Je nach Patientenzugangsweg in die Klinik kann Demarketing angewendet werden, um diesem Anspruch gerecht zu werden (Abbildung 3). Bei Patienten, die eigenständig die Klinik aufsuchen, ist ein erster Schritt, sie auf die voraussichtliche Wartezeit hinzuweisen. Anschließend kann auf geeignete Arztpraxen in der Region und deren Sprechzeiten aufmerksam gemacht werden. Je nach Krankheitsbild sollten Verlegungskooperationen mit anderen Kliniken weiterentwickelt und je nach Bedarf genutzt werden. Ärztenetzwerke sollten gefördert werden. Krankenhäuser müssen je nach spezifischer Zielausrichtung ihr individuell passendes Demarketing auswählen und patientenorientiert anwenden.

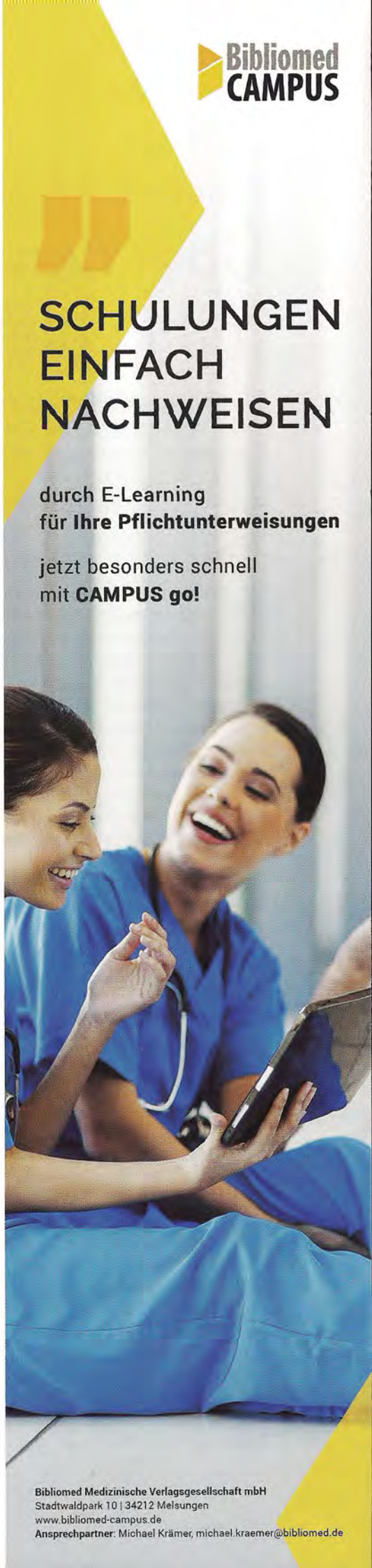
Prof. Dr. Hans-Georg Palm
Oberfeldarzt und Oberarzt
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie,
Rekonstruktive und Septische Chirurgie,
Sporttraumatologie
Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Oberer Eselsberg 40
89081 Ulm

Prof. Dr. Benedikt Friemert
Oberstarzt und Klinischer Direktor
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie,
Rekonstruktive und Septische Chirurgie,
Sporttraumatologie
Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Oberer Eselsberg 40
89081 Ulm

Dr. Ralf Hoffmann
Generalarzt und Kommandeur
Ärztlicher Direktor
Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Oberer Eselsberg 40
89081 Ulm

Prof. Dr. Hans Jürgen Ott
CoCoN Consultancy Coaching Network
Bonhoefferstraße 44
89233 Neu-Ulm

Anzeige



Management

In dieser Ausgabe

Dr. Axel Paeger
Ameos Gruppe
Von der Seitenlinie ins zentrale Mittelfeld
Vorstandsvorlage
Seite 511

Prof. Dr. Hans-Georg Palm
Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Überzeugung statt Zurückweisung
Demarketing in der Klinik
Seite 512

Prof. Dr. Reinhard Strametz
Hochschule RheinMain
Über den gerechten Umgang mit Fehlern
Just Culture
Seite 516

Lena Reseck
f&w
Sprechstunde hinter Gittern
Hausbesuch
Seite 519

Philipp Schwehm
f&w
Lücken schließen
Best-Practice-Entlassmanagement
Seite 520

Reinhard Belling
Vitos
Eigenverantwortung stärken
Buchführung
Seite 523

Stephan Holzinger
Rhön Klinikum AG
„Wir gehören zu den Mutigen"
Bilanzgespräch
Seite 524

Dr. Peter Leonhardt
Marien-Hospital Euskirchen
Behandlungsqualität rückt in den Fokus
Medizincontrolling
Seite 529

Frank Wacker
Contilia
Neue Mischung
Zusammenwachsen von Controllingabteilungen
Seite 532

Andreas Weiss
Klinikum Leverkusen
Richtig navigieren
DVKC-Kolumne
Seite 535

Martin Loydl et al.
Klinikverbund Südwest
Ergebnisorientiert steuern
Bereichsergebnisrechnung
Seite 536

Dr. Doris Pfeiffer
GKV-Spitzenverband
„Ich brauche den Widerspruch"
Serie: Die Entscheiderinnen
Seite 540

Ulf Ludwig
Mediclin
„Heute bewerben wir uns"
Einstellungsgespräch
Seite 543

Dr. Moritz Quaas
Quaas & Partner
Private Krankenhäuser als öffentliche Auftraggeber
Recht aktuell kommentiert
Seite 544