

Einführungsvortrag zum Panel:

„Einweisermarketing und Kommunikation für Kliniken und Pflegeeinrichtungen“

Eine der tragenden Säulen, auf denen die wirtschaftliche Existenz der Klinik beruht (und damit die existentielle Sicherheit aller dort beschäftigten Mitarbeiter), ist die Zuweisung von Patienten durch deren Haus- oder behandelnde Fachärzte – das Lenken von Patientenströmen ist vom Wesen her ein Kommunikationsprozess mit vielen Akteuren

- Kommunikation niedergelassener Arzt-Patient: 54 Prozent der Patienten entscheiden sich laut einer Untersuchung der Uniklinik Heidelberg für eine bestimmte Klinik aufgrund der Empfehlung ihres Haus- oder behandelnden Facharztes. Andere Erhebungen sprechen von 70 bis 75 Prozent.

- Kommunikation Klinik-niedergelassener Arzt: Was der niedergelassene Arzt von der Klinik hält, ist entschieden eine Frage gelungener Kommunikation und einer gezielten Informationspolitik seitens der Klinik

- Kommunikation innerhalb der Klinik interprofessionell und interdisziplinär: Nicht selten weiß hier oft die linke Hand nicht, was die rechte tut, und ebenfalls nicht selten wird Herrschaftswissen – mehr oder minder bewusst – gepflegt und bisweilen nehmen Leitende Ärzte bei einem Wechsel an eine andere Klinik ganz „Kundenstämme“ mit, spricht niedergelassene Ärzte.

Alle Subformen der Kommunikation vereinen sich im Zuweisermanagement oder auch Zuweisermarketing – wie gut oder eben wie schlecht die Dinge klappen, bildet sich hier ab (so es denn überhaupt ein Zuweisermanagement gibt)

„Die Lenkung, Dosierung und Veredelung der Patientenströme im Umfeld ist ein strategisches Thema erster Güte“ schreiben Saßen/Franz in einem Grundlagenbuch zum Zuweisermanagement. Ein Marketing- resp. Strategiekonzept ist unabdingbar. Drei maßgebliche Kriterien tragen zum Urteil bei: gutes oder schlechtes Krankenhaus:

→ Prozess der Einweisung,

→ Weiterbehandlung und

→ partnerschaftlicher Umgang.

Was verärgert Zuweiser? Hier nur drei wesentliche Punkte (es gibt noch wesentlich mehr)

→Der Eindruck, an dieser Klinik ginge es konfus zu (Arztbriefe kommen zu spät etc.)

→Das Empfinden einer Herablassung gar Arroganz seitens der Klinikärzte gegenüber dem Niedergelassenem

→Hochglanzversprechen seitens der Unternehmenskommunikation, die der Realität nicht standhalten

Das CDM-Modell bringt die Dinge auf den Punkt: (conformation/disconformation-Modell): was erwarte ich, was bekomme ich? Es gibt die beiden Extreme großer Zufriedenheit oder ausgesprochener Verärgerung;

Was ist das Standardprogramm in Kliniken heutzutage (Saßen / Franz)?

→Fortbildungsveranstaltungen für Niedergelassene,

→direkte Ansprache der Niedergelassenen,

→ ggf. Stammtische mit Niedergelassenen und Klinikärzten.

Das ist bereits die Positivvariante, viel zu oft noch handeln die Akteure in der Klinik nach dem „Moment-Prinzip“: Jetzt muss ich schnell was tun, es geht nicht mehr anders - unangefochten von mittel- und langfristigen strategischen Überlegungen.

Ein positives Bild der Klinik bei den Niedergelassenen zu zeichnen - und dies langfristig - aber ist eine Herausforderung, der sich die Akteure auf Basis eines gemeinsamen strategischen Verständnisses jeden Tag auf Neue stellen müssen. Das beginnt mit der internen Kommunikation und demselben Verständnis von Strukturen und Abläufen, was muss wann wo, wie und warum getan werden, die Ltd. Ärzte sind die wichtigsten Zulieferer von Informationen. Im Idealfall sind die großen W- Fragen in ein Konzept eingebunden.,

Noch kurz ein Ausblick: Wie sieht die Zukunft im Zuweisermanagement aus? Welche Optionen kann es geben? Ich möchte hier wiederum drei große Handlungsfelder nennen, die teilweise das bislang gepflegte Selbstverständnis von Kliniken ins Wanken bringen können.

- Öffnen und Einbinden: Kliniken binden niedergelassene Ärzte in Behandlungsabläufe ein, ermöglichen ihnen ggf. Teilnahme an OPs; dass dies künftig unverzichtbar sei, mahnte bereits eine Studie der Robert-Bosch-Stiftung zur Zukunft von Krankenhäusern im Jahr 2007 an;

- Frühzeitig Bindungen aufbauen: Kliniken halten im Rahmen ihrer Fort- und Weiterbildung für Assistenzärzte spezielle Curricula für angehende Hausärzte vor. Diese verpflichten sich im Gegenzug, sich in der Region niederzulassen, etwa die Praxis eines künftigen Ruheständlers zu übernehmen. In manchen Regionen wird dies schon

Katharina Daniels • Fachjournalistin und PR-Beraterin • Lichtenbergstraße 54 • 14612 Falkensee (Berlin) Tel: 03322 – 128 031 • Mobil: 0171 – 533 14 17 Web: www.daniels-kommunikation.com • Mail: kontakt@daniels-kommunikation.com

praktiziert, bspw. im Schwarzwald und in der Region um München

- Moderne Versorgungsformen etablieren: Telemedizin ist ein sehr praxisnahes Beispiel: Einweisende Haus- und / oder Notärzte können über eine Datenautobahn sofort die ersten diagnostischen Befunde übermitteln, so dass bspw. im Fall eines Herzinfarkts in der Klinik bereits ein interventioneller Kardiologie für die OP bereit steht, das Herzkathederlabor freigehalten wird etc.

Summa summarum: Alle diese Visionen aber auch die konkreten Ziele können nur funktionieren, wenn Kliniken künftig für neue Kooperationen offen sind: etwa mit der Kommune, mit dem regionalen Hausärzteverband – und (dies ist sicher noch ein sehr ungewohnter und ungewöhnlicher Gedanke) für Kooperationen auch mit Wettbewerbern, etwa mit Fokus auf spezifische fachliche Schwerpunktsetzungen.