KLINIKMARKETING

Die Strategien

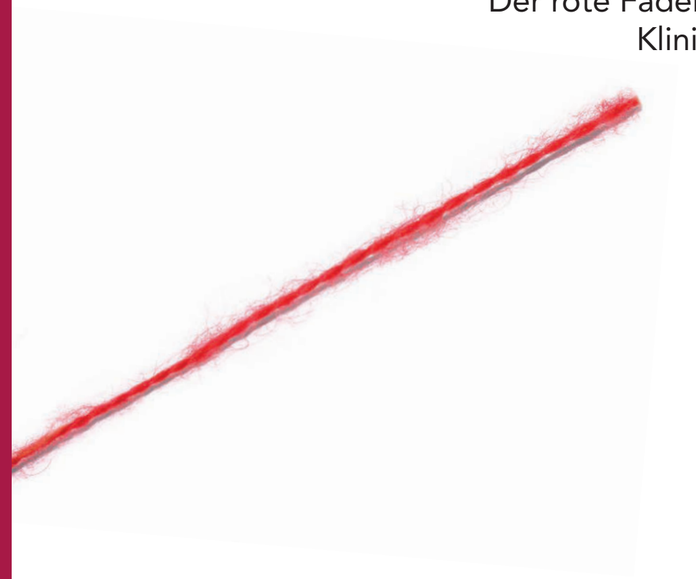
**Mit elf Fallstudien
aus Deutschland,
der Schweiz und Österreich**

2019
2018
2017
2016

KLINIKMARKETING

Die Strategien

Der rote Faden für ein erfolgreiches Klinikmarketing



Herausgegeben von Stephan Rotthaus

Mit einem Beitrag von Prof. Dr. Sven Reinecke
Universität St. Gallen (HSG)

Seit zwölf Jahren ...

6.
Kongress Klinikmarketing
in Zürich 2016

10.
Verleihung des KlinikAward in 2017

11.
Kongress Klinikmarketing
in Berlin 2017

Der rote Faden für
erfolgreiches Klinikmarketing

INHALT

2 Der rote Faden I
4 Der rote Faden II

5 Der Herausgeber

7 **In Baltimore fing alles an**

Warum Klinikmarketing jetzt relevant ist
14 Die sechs wichtigsten Trends
16 Klinikmarketing ist Hochleistungsmarketing *Prof. Dr. Sven Reinecke*
19 Klinikmarketing wird vom Kostenfaktor zum Erlösbringer *Stephan Rotthaus*

Die Besten der Branche
22 Best Practice: Martini-Klinik Hamburg
25 Best Practice: Hirslanden Gruppe
28 Best Practice: Dr. Becker Klinikgruppe
31 Best Practice: St. Marienstift Magdeburg
34 Best Practice: Kliniken Essen-Mitte
37 Best Practice: Universitätsmedizin Rostock
40 Best Practice: Psychiatrische Dienste Graubünden
43 Best Practice: Bezirkskliniken Mittelfranken
46 Best Practice: Geriatrische Gesundheitszentren Graz
49 Best Practice: Universitätsklinikum Heidelberg
52 Best Practice: AMEOS Klinikgruppe

Der KlinikAward
56 Einladung zur Bewerbung
58 Hall of Fame
60 Die Jury
61 Die Award-Tradition

Der Kongress Klinikmarketing
62 Save the Dates
64 Impressionen Zürich 2016
68 Die Kongressbeiräte
69 Die Kongress-Historie

70 Der rote Faden III

Das Who is Who des Klinikmarketings
72 Register der Personen und Kliniken

75 Impressum

Seit 12 Jahren konsequenter Erfahrungsaustausch ...

Strategische Ausrichtung

Kongress Klinik Marketing
ZÜRICH 2016
ZÜRICH 2018
rotthaus.com

Operative Umsetzung

Kongress Klinik Marketing
BERLIN 2017
BERLIN 2019
rotthaus.com

KLINIK AWARD 2017

Kongress in Zürich und Berlin im jährlichem Wechsel

Das zweibändige Kompendium „Klinikmarketing" wird mit jedem Kongress aktualisiert. Exklusiv für die Kongressteilnehmer und die Kunden von rotthaus.com.

Der rote Faden für erfolgreiches Klinikmarketing

Die Gesundheitsbranche ist die größte Branche der Wirtschaft. 5,3 Millionen Menschen arbeiten in Deutschland im Gesundheitswesen, davon 1,9 Millionen in stationären Einrichtungen. Krankenhäuser sind in vielen Regionen der größte Arbeitgeber und ein zentraler Wirtschaftsfaktor.

Klinikmarketing fördert Transparenz und Wettbewerb im Klinikmarkt.

Klinikmarketing dient damit direkt dem Interesse der Patienten, die selbst entscheiden wollen, welchen Anbieter sie auswählen, wenn es um die eigene Gesundheit geht.

Das neue Standardwerk „Klinikmarketing" dient dem Erfahrungsaustausch zur strategischen Ausrichtung von Kliniken und zur praktischen Umsetzung – angelehnt an die Kongresse, mit denen wir das Thema seit zwölf Jahren vorantreiben.

Nutzen Sie diesen ersten Band als Inspiration für die Positionierung Ihres eigenen Hauses.

Ihr

Stephan Rotthaus
Geschäftsführender Gesellschafter
und Kongresspräsident

Johns Hopkins Hospital – Weltmarke und Ideengeber für unsere Kongresse

In Baltimore fing alles an

In Deutschland waren die DRG gerade eingeführt. Eine Delegation von Klinikvertretern reiste auf Initiative von Stephan Rotthaus zum Johns Hopkins Hospital – einem der besten Krankenhäuser der USA. Johns Hopkins bringt nicht nur medizinische Spitzenleistungen. Auch das nationale und globale Marketing ist hoch professionell – mit einer 150-köpfigen PR- und Marketing-Abteilung. Viele Erfahrungen aus Baltimore, aber auch von Bangkok Hospital, Mediclinic Südafrika und Mayo Clinic sind immer wieder in die Beratung und die Kongresse von rotthaus.com eingeflossen.

DIE PIONIERE DES KLINIKMARKETINGS.

Berlin – alle zwei Jahre Gastgeber des Branchentreffens

Die Plattform der Branche – seit zwölf Jahren

Nicht in Berlin, sondern in Köln wurde der Kongress Klinikmarketing aus der Taufe gehoben. Große Player wie die Bertelsmann-Stiftung, die Bank für Sozialwirtschaft und das Fachmagazin kma unterstützten den Auftakt im Jahre 2005. Public Relations, Pressearbeit und Printmedien stellten wir anfangs in den Fokus. Web und Online steckten noch in den Kinderschuhen. Inzwischen haben über 2.100 Personen aus der Klinikbranche den Kongress genutzt – Mehrfachbesuche nicht mitgezählt. Unser Kongress ist die Drehscheibe der Klinikbranche für Marketing-Knowhow.

DER INTERNATIONALE KONGRESS IN BERLIN.

Zürich – seit 2010 der zweite Kongressstandort

In Zürich wird es strategisch

„Wir brauchen für die Situation in der Schweiz ein eigenes Forum", war der Wunsch vieler schweizerischer Kongressteilnehmer. Im Jahre 2010 veranstaltete rotthaus.com den ersten Kongress in Zürich. Hirslanden, das Unispital Zürich und die Psychiatrischen Dienste Graubünden standen dabei Pate. Inzwischen ist der Kongress international angelegt und die Themenschwerpunkte anders verteilt: Im jährlichen Wechsel geht es in Zürich um Marketing-Strategien, in Berlin um Marketing-Praxis.

DER INTERNATIONALE KONGRESS IN ZÜRICH.

Seit 2006 vergibt die internationale Jury den renommierten KlinikAward

Der Preis für die Besten

„Wenn Sie das Marketingthema besetzen wollen, müssen Sie auch einen Preis vergeben.“ Das war der Rat des damaligen kma-Chefredakteurs. Was mit drei Awards begann, ist heute eine ausgereifte Award-Familie mit 18 Preiskategorien. Über 500 Kliniken und Spitälern haben sich bisher beteiligt und ihre Marketingprojekte dem Wettbewerb ausgesetzt. Die international besetzte Jury entscheidet über die Nominierung. Die nominierten Best Practice-Beispiele werden auf dem Kongress intensiv diskutiert und im Standardwerk „Klinikmarketing“ dokumentiert.

VON DEN BESTEN LERNEN.

Die sechs wichtigsten Trends

Unsere Erfahrungen aus vielen Dutzend Beratungsprojekten – und auch die elf Best Practice-Beispiele dieses Buches – lassen sich in sechs Thesen zusammenfassen:

1. Trend:

Marktbearbeitung wird wettbewerbsorientierter!

Der Wettbewerb im Klinikmarkt wird sich weiter verschärfen, auch durch das Entstehen größerer und schlagkräftigerer Verbünde und Klinikgruppen. Klinikmarketing muss klare Marktpositionierungen herausarbeiten und wettbewerbsbezogen die eigenen Stärken in Markterfolge umsetzen.

2. Trend:

Marketing wird strategisch angebunden!

Klinikmarketing wird aus Sicht der Geschäftsführung und Spitaldirektion ein wesentliches Instrument der marktbezogenen Unternehmensführung und Zielerreichung.

3. Trend:

Marketing bekommt klare Zielvorgaben!

Die Marketingziele müssen regelmäßig aus den Unternehmenszielen abgeleitet werden – konkret, auf wesentliche Ziele fokussiert (!) und messbar.

4. Trend:

Marketing wird produkt- und vertriebsorientierter!

Neben Image und Marke wird das Klinikmarketing viel produkt- und vertriebsorientierter werden. Dabei müssen die Patientenbedürfnisse deutlich systematischer als bisher Ausgangspunkt der Produktentwicklung sein.

5. Trend:

Höherer Mitteleinsatz und höherer Return on Investment!

Kliniken werden mehr im Bereich Marketing investieren. Marketing wird stärker auch quantitativ gemessen an seinem Beitrag zum Unternehmenserfolg. Marketing wird vom Kostenfaktor zum Erlösbringer.

6. Trend:

Marketing wird ein wesentlicher Erfolgsfaktor!

Marketing wird ein wesentliches Instrument zur Sicherung des Klinikerfolges. Dies betrifft sowohl die marktstrategische Ausrichtung als auch die erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmenpläne.

Zu diesen sechs Thesen bietet rotthaus.com verschiedene Impulsvorträge an – für die Geschäftsführung, für Aufsichtsgremien, für leitende Ärzte und für die interne Sensibilisierung von Mitarbeitern.

rotthaus.com
Strategien für den Gesundheitsmarkt

Warum Klinikmarketing jetzt relevant ist

BEDINGUNGEN FÜR LANGFRISTIGEN ERFOLG.

BESONDERE ANFORDERUNGEN AN SPITÄLER.

NACHHOLBEDARF GEGENÜBER ANDEREN BRANCHEN.

Klinikmarketing ist Hochleistungsmarketing

»Marketingstrategie, Kreativität und handwerkliche Umsetzung müssen noch professioneller sein als in anderen Branchen.«

Prof. Dr. Sven Reinecke
ist Direktor des Instituts für Marketing an der Universität St. Gallen (HSG)

Prof. Dr. Sven Reinecke

Health Care-Marketing ist vollkommen anders als ‚normales' Marketing – auf diese Aussage trifft man immer wieder, wenn man sich mit Marketingverantwortlichen von Gesundheitsorganisationen, Kliniken oder Pharmaunternehmen unterhält. Aufgrund langjähriger Erfahrung komme ich zu der klaren Erkenntnis, dass diese Aussage nicht zutrifft.

Selbstverständlich unterliegt das Marketing im Klinik- und Pharmabereich deutlich mehr Vorschriften und Einschränkungen als im klassischen „Fast Moving Consumer Goods"-Bereich, und zwar bei allen klassischen 4 Ps des Marketing: **Produktinnovationen** erfordern deutlich mehr Zeit und klare Qualitätsstandards. **Preise**, Selbstbehalte und Festbeträge sind genau reglementiert. **Werbung** ist durch Gesetze und Standesregeln inhaltlich und in der Tonalität stark eingeschränkt und mit Pflichtinformationen verbunden. Die **Distribution** von Arzneimitteln über Ärzte und Apotheken sowie der Zugang zu Kliniken und Spitälern ist national oder sogar regional vollkommen unterschiedlich geregelt.

Zusätzlich kommt im Gesundheitswesen noch die Herausforderung dazu, dass es im Klink- und Pharmabereich immer um Buying Center-Entscheide handelt, bei denen weder der Nutzer (Patient) noch der Entscheider (z.B. der Arzt) derjenige ist, der die Leistung auch zahlt.

Dennoch: Die Grundprinzipien des Klinikmarketing sind genau dieselben wie in allen anderen Branchen – es sind immer Menschen, die emotional und rational entscheiden. Die Realisierung des Marketing muss allerdings an die Branche angepasst werden. Selbstverständlich macht es in der Regel aus ökonomischen Gründen keinen Sinn, Bandenwerbung im Eishockeystadion für eine Klinik zu schalten – geschickte Informationsanlässe zum Thema Orthopädie können dagegen hervorragende „Werbung" für ein Spital sein. Und Web-, Social Media und Content Marketing sind Bereiche, die ausgezeichnet dazu geeignet sind, das „Vertrauensgut" einer Klinikleistung emotional und hoch qualitativ zu vermitteln. Zielgruppen dieser Marketingmassnahmen sind nicht nur Patienten und Zuweiser, sondern auch Politik, Bevölkerung und insbesondere (künftige) Mitarbeitende.

Klinikmarketing ist daher Hochleistungsmarketing: Die Einschränkungen sind etwas grösser, die Freiheitsgrade geringer – daher müssen Marketingstrategie, Kreativität und „handwerkliche" Umsetzung noch professioneller sein als in anderen Branchen.

Wer im Klinikmarketing langfristig erfolgreich sein möchte, der muss

- **I** relevante Bedürfnisse
- **II** einer wirtschaftlich interessanten Kundengruppe
- **III** mit einer massgeschneiderten, effizienten Problemlösung
- **IV** besser als irgendjemand anderer
- **V** nach Ansicht der Kunden
- **VI** nachhaltig zufriedenstellen.

Mit **Bedürfnisorientierung** (**I**) ist im Klinikmarketing gemeint, dass beispielsweise bei Patienten zumeist die emotionalen Wertschätzungsbedürfnisse handlungsentscheidend sind – daher sollten Klinikmitarbeitende diese erkennen und ansprechen.

Die **Kundensegmentierung** (**II**) drückt aus, dass es oft erforderlich ist, sich auf wirtschaftlich besonders attraktive Privatpatienten auszurichten – gerade um damit auch die Grundversorgung aufgrund einer gesunden Querfinanzierung zu gewährleisten.

Lösungsorientierung (**III**) bedeutet, dass Mediziner und Kliniken nicht alle Leistungen erbringen sollten, sondern dass Fokussierung, Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen absolut erforderlich sind.

Konkurrenzorientierung (**IV**) ist ein Aspekt, der insbesondere öffentlich-rechtlichen Spitälern kulturfremd ist, wie die folgende Frage eines Arztes zum Ausdruck bringt: „Warum muss unsere Klinik immer besser oder besonders sein – reicht es nicht, wenn sie funktio-

niert?“ Marketing kommt nur dann eine Bedeutung zu, wenn Wettbewerb herrscht. Letzterer führt in den meisten Fällen auch zu Innovation und Qualität.

Die **konstruktivistische Sicht** (**V**) ist im Klinikmarketing besonders relevant: Entscheidend ist nicht eine „objektive Wahrheit“, sondern das, was Zuweiser und Patient wahrnehmen. Gegenüber dem Patienten ist es im Klinikmarketing nicht erlaubt und somit kaum möglich, sich ausdrücklich mittels medizinischer Leistungsqualität zu differenzieren. Relevant ist daher ausschliesslich, wie die Kunden die medizinische Leistung subjektiv erleben – beispielsweise mittels tangibler Leistungen (Essen), einzigartiger nicht-medizinischer Dienstleistungen und insbesondere individueller, massgeschneiderter Kommunikation.

Die **Kundenzufriedenheit** (**VI**) ist insbesondere im Zuweisermarketing eine grosse Herausforderung – zeigen doch einige Studien, dass sich die zuweisenden Ärzte weder optimal von den Kliniken informiert noch wirklich unterstützt und eingebunden fühlen.

Klinikmarketing fordert nicht nur die wenigen Marketingspezialisten, sondern alle Klinikmitarbeitenden heraus – insbesondere die Chefärzte. Denn die beste medizinische Leistung wird sich nicht durchsetzen, wenn sie von Patienten, Zuweisern, Krankenkassen und der Politik nicht als solche erkannt wird. Gutes Klinikmarketing ist somit ganz sicherlich nicht überflüssig oder gar Geldverschwendung, sondern eine ganzheitliche Ausrichtung auf den Menschen mit seinen rationalen und emotionalen Bedürfnissen.

Die Universität St. Gallen bietet in Kooperation mit rotthaus.com regelmäßig ein zweitägiges Intensivseminar „Strategisches Marketing für Krankenhäuser und Spitäler“ für die kaufmännische und ärztliche Leitungsebene an. Veranstaltungsort ist St. Gallen.

Mehr Informationen finden Sie unter:
www.rotthaus.com / Kooperation Uni St. Gallen

Hier sehen Sie einen Auszug aus den zwölf besten Beispielen für strategisches Marketing

Angehörige von geriatrischen Patienten, für Privatpatienten, für Erstgebärende, für Potentialzuweiser in einer bestimmten geografischen Region. Hierfür haben wir schnell umsetzbare Analysemethoden entwickelt, die viel tiefer gehen als die üblichen schriftlichen Befragungen.

Darauf aufbauend folgt dann in einem erprobten, schnell umsetzbaren Prozess die Positionierung der Gruppe, der
Klinik, der einzelnen Abteilung. Und dann erst ein maßgeschneiderter Mix von Instrumenten und Medienkanälen für die genau definierte Zielstellung.

Das Empfehlungsmarketing und die interne Kommunikation spielen dabei eine viel größere Rolle als die meisten Klinikgeschäftsführer denken. Radiospots und Direktmarketing kommen erst zu einem späten Zeitpunkt. Vorher gibt es viele Hausaufgaben, die intern gemacht werden müssen.

Die gute Botschaft dabei ist: Noch kann man mit begrenzten Mitteln hohe Effekte im Markt erzielen, weil die Wettbewerbsintensität und der Mitteleinsatz noch gering sind. In einigen Jahren wird dies anders sein. Wer heute in ein systematisches Marketing einsteigt, kann diese Pioniereffekte nutzen. Und die Veränderung in den Köpfen rechtzeitig anstoßen – denn die intern erforderliche Kulturveränderung braucht Zeit.

Viele Leistungen müssen alle Krankenhäuser erbringen. Wie kann es da gelingen, sich grundsätzlich von Wettbewerbern abzusetzen?

Rotthaus: Auch im Bereich der Grund- und Regelleistung, des Brot und Butter-Geschäfts, kann man deutlich unterschiedliche Marktpositionierungen für die eigene Klinik herausarbeiten. Es gibt unterschiedliche Profile, Personen, traditionelle Images, Trägerschaften, Wertorientierungen, die man als Basis für eine Positionierung nutzen kann. Dort, wo ausgeprägte Stärken vorhanden sind, sollten solche USP als Differenzierung zum Wettbewerb auch intensiv genutzt werden.

Ein Beispiel: Das Washington University Hospital hat seinerzeit als da Vinci-Pionier dieses Thema mehr als ein Jahr lang in der Kommunikation ausgeritten, um seine Innovationsführerschaft zu beweisen. Integrierte Kommunikation ist hierbei zentral. Ein Thema muss immer parallel auf allen verfügbaren Kommunikationskanälen bespielt werden.

Die eigenen Mitarbeiter sind dabei einer der wichtigsten Sender in der Kommunikation. Dies kann man gezielt orchestrieren. Heute wissen die wenigsten Klinikmitarbeiter, welche Botschaften ihre Klinik nach außen senden will. Dabei sind zum Beispiel für Zuweiser neben den Patienten die befreundeten Klinikmitarbeiter die wichtigsten Informationsquellen über eine Klinik.

Warum tun sich viele Krankenhäuser noch so schwer mit diesem Thema?

Rotthaus: Man ist es nicht gewohnt, dass man hier Geld investieren muss. Dies ändert sich aber in hohem Tempo. Wir nehmen wahr, dass die Geschäftsführungsebene jetzt erkennt, welches Potenzial die Investitionen in diesem Bereich haben. Der Mitteleinsatz ist im Verhältnis zu den Gesamtaufwendungen einer Klinik überschaubar.

Die Pioniere können aber noch erhebliche Imagegewinne mit begrenzten Mitteln erzielen. Denken Sie an Helios, die Schön Kliniken oder Hirslanden. Es wird in der Zukunft nicht anders gehen; schon jetzt spüren die Kliniken die Ellenbogen der Mitbewerber im Markt. Dieser Wettbewerb wird nicht mehr verschwinden, er wird sich kontinuierlich verschärfen.

Auszüge aus einem Interview des Fachmagazins f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus; die Fragen stellte Stefan Deges.

DIE BESTEN DER BRANCHE

DIE BESTEN BEISPIELE FÜR STRATEGISCHES MARKETING.

ELF INTERVIEWS – ZUR VORBEREITUNG DES KONGRESSES GEFÜHRT.

DIE WESENTLICHEN ASPEKTE AUF DEM KONGRESS IN ZÜRICH HERAUSGEARBEITET.

Weltweit die Nummer Eins – durch Hyperspezialisierung und Messung der Behandlungserfolge

BEST PRACTICE: Martini-Klinik am Universitätsklinikum Hamburg

Dr. Detlef Loppow
Geschäftsführer

Bei uns denkt jeder morgens beim Aufstehen: Was kann ich heute besser machen für meine Patienten?

Mit rund 2.200 Prostatakrebsoperationen pro Jahr ist die Martini-Klinik nicht nur deutschlandweit das größte Prostatakarzinomzentrum, sondern auch weltweit die Nummer 1. Den Weg dahin bahnte die Spezialisierung auf nur eine Erkrankung, die einzigartige Orientierung auf die Patientenbedürfnisse, die Messung der Behandlungserfolge – und das neue Selbstbewusstsein im Marktauftritt.

Stephan Rotthaus: Herr Dr. Loppow, was ist Ihr Erfolgsrezept?

Dr. Detlef Loppow: Die Spezialisierung. Die Faculty. Und unsere Datenbank.

Unsere Datenbank macht Behandlungsergebnisse transparent und ermöglicht eine schnelle Umsetzung von Erfahrungen zu Innovationen.

Warum die Datenbank?

Loppow: Ganz einfach: Unsere Datenbank macht unsere Behandlungsergebnisse transparent und ermöglicht eine schnelle Umsetzung von Erfahrungen zu Innovationen. Unsere Operateure vergleichen zweimal im Jahr ihre Behandlungsergebnisse und können dadurch Abweichungen in der Qualität der Ergebnisse feststellen. Dann kann bei Defiziten gezielt gefördert, vor allem aber können auch auffallend bessere Ergebnisse entdeckt werden. So entsteht die Möglichkeit Fortschritte zu etablieren und jeder lernt von jedem. Das ist nicht immer einfach für erfahrene Operateure, hat aber schon wichtige Innovationen hervorgebracht. Bei uns denkt jeder morgens beim Aufstehen: Was kann ich heute besser machen für meine Patienten?

Weniger als zwei Monate … von der ersten Erkenntnis bis zur Umsetzung bei allen zehn Operateuren.

Zum Beispiel?

Loppow: Zum Beispiel den standardmäßigen Einsatz der Schnellschnittanalytik während der OP. Damit hat sich der Anteil der Patienten mit organüberschreitendem Krebs, bei denen wir nervschonend operieren können, von 44 auf 88 Prozent erhöht. Im Falle des Erhalts der funktionellen Länge des Harnröhrenschließmuskels sind weniger als zwei Monate vergangen, von der ersten Erkenntnis des Vorteils für den Patienten bis zur Umsetzung der Technik bei allen zehn Operateuren.

Sie haben das Faculty-System an der Martini-Klinik eingeführt. Was hat das für Vorteile?

Loppow: Die sogenannte „Faculty" bezieht sich auf die Struktur der ärztlichen Leitung einer Klinik und ist aus dem Amerikanischen übernommen. In dem typisch deutschen System gibt es einen Chefarzt, gefolgt von Oberärzten und Assistenzärzten. Oberärzte sind eine begrenzte Zeit in einer Klinik und lernen zu operieren, um sich dann nach dieser Ausbildung selber als Chef woanders zu bewerben. Das Faculty-System hingegen bindet begabte Operateure langfristig an eine Klinik. Bei uns sind es zehn so genannte Chefärzte, die eine Lebenszeitposition in der Martini-Klinik gefunden haben.

Wie gehen Sie bei neuen Mitarbeitern vor?

Loppow: Wir haben für Pflegepersonal und Assistenzärzte sogenannte Onboarding Manuals für den ersten Einstieg. Darüber hinaus herrscht bei uns ganz explizit eine Kultur der offenen Türen. Für Fragen gibt es immer einen direkten Ansprechpartner. Die meisten unserer chirurgisch tätigen Urologen sind bei uns ausgebildet worden, dadurch gibt es kommunikativ und technisch eine klare Linie.

Welcher Arzt fragt seinen Patienten nach einer Schilddrüsen-OP, ob er mit der Qualität seiner Stimme zufrieden ist?

In der Pflege betreiben Sie die gleiche Qualitätskontrolle wie auf medizinischer Seite?

Loppow: Ja. Hier beruhen die Erkenntnisse aber weniger auf den konkreten Behandlungsergebnissen, sondern vor allem auf regelmäßigen Patientenbefragungen, die wir direkt nach dem Aufenthalt bei uns und einige Monate danach durchführen.

Lohnt sich der Aufwand?

Loppow: Die Sicht des Patienten wird meist vernachlässigt in der medizinischen Ergebniskontrolle. Welcher Arzt fragt seinen Patienten zum Beispiel nach einer Schilddrüsen-OP, ob er mit der Qualität seiner Stimme zufrieden ist? Dabei sollte die Zufriedenheit des Patienten eigentlich höchster Maßstab ärztlicher Behandlung sein. Wir brauchen da einen radikalen Perspektivwechsel. Ein großartiger Ansatz in der Richtung kommt von der Organisation ICHOM. (*Anmerk. der Red.: International Consortium for Health Outcome Measurement*)

Worin besteht dieser Ansatz?

Loppow: ICHOM will für die häufigsten Krankheitsbilder weltweit gültige Standard-Sets zusammenstellen, anhand derer die Ergebnisqualität gemessen und dann verglichen werden kann, egal für welche Behandlungsmethode. Und das immer aus der Sicht des Patienten. Bei dem Standard-Set für das lokale Prostatakarzinom haben unsere Ärzte maßgeblich mitgearbeitet.

Neben Datenbank und Faculty ist die Spezialisierung der dritte Pfeiler des Erfolgs. Sie haben ein Zentrum für ein einziges Krankheitsbild geschaffen und dadurch einen relevanten Marktanteil erobern können. Ist das Konzept der Martini-Klinik auch an anderen Stellen, für andere Krankheiten vorstellbar?

Loppow: Die Idee für eine derart spezialisierte Klinik hat Professor Huland damals aus den USA importiert, wo das Konzept der „Integrated Practice Units" weiter verbreitet ist.

Ja, das Prostatakarzinom eignet sich besonders gut, es ist eine weit verbreitete Erkrankung, die in den meisten Fällen relativ zeitunkritisch ist – somit sind Behandlungen gut planbar – und, rechtzeitig erkannt, außerdem gute Chancen auf Heilung hat.

Beim Pankreaskarzinom wäre das Ganze deutlich schwieriger. Im Prinzip kann es aber auf viele Krankheitsbilder angewandt werden, zum Beispiel Hüft- oder Knieoperationen, elektive Eingriffe im Allgemeinen. In den Niederlanden ist die Diskussion um die Etablierung solcher IPU wesentlich reger als bei uns.

Dr. Detlef Loppow und Katrin Zacharias stellen das Modell der Martini-Klinik vor

Was sind die Vorteile der Spezialisierung?

Loppow: Durch die Spezialisierung können wir einem viel höheren Qualitätsanspruch gerecht werden. Wir führen immer die gleiche OP durch und haben dadurch einen hohen Grad an Standardisierung. Gleichzeitig sind wir forschend tätig und prüfen jede neue Therapie- und Diagnostikmöglichkeit. Jeder Patient, der zu uns kommt, kann sich sicher sein, dass er die individuell für ihn beste Therapie erhält, die der Stand unseres Wissens und der Technik erlauben.

Wie kommunizieren Sie diesen Wettbewerbsvorteil?

Loppow: Unsere Ärzte sind als Experten sehr gefragt auf internationalen Konferenzen und sogar bei Veranstaltungen in Managementkreisen, wo wir als das Beispiel dafür gelten, dass das Value-Based Healthcare Modell von Michael Porter funktioniert. Über solche Konferenzen entstehen häufig Kontakte zu internationalen Patienten. Regionale Kongresse sind aber genauso wichtig, dort knüpfen wir Kontakte zu niedergelassenen Urologen in der Umgebung.

Wie gross ist der Anteil internationaler Patienten?

Loppow: 2015 waren es 8,9 Prozent. Davon kam ein großer Teil aus Norwegen über die Kooperation mit einer dortigen Privatklinikkette.

Wozu brauchen Sie noch herkömmliches Marketing?

Loppow: Für die Kommunikation mit den Patienten. Früher haben wir die Überzeugung für die medizinische Qualität in unserem Haus nie nach außen kommuniziert. Ich denke aber, dass die Patienten wissen sollten, wo ihnen ein Mehr an Qualität geboten wird.

Martini-Klinik am UKE

Internet	www.martini-klinik.de
Umsatz	29 Mio. Euro
Patienten stationär	2.600
Patienten ambulant	4.600
Mitarbeiter	160

Angaben für 2016, gerundet

Weg vom reinen Branding – hin zur nutzenorientierten Produktentwicklung

BEST PRACTICE: Privatklinikgruppe Hirslanden

Dr. Daniel Liedtke
COO

Julien Buro
Bereichsleiter Marketing

Die größte Herausforderung wird sein, die Disziplinen aufzubrechen, um zu einer lösungsorientierten, individuellen Patientenbetreuung zu gelangen.

Die Privatklinikgruppe Hirslanden betreibt 16 Spitäler in elf Schweizer Kantonen. Aktuell legt die Marketingstrategie der Gruppe den Fokus neben der Markenbildung für das gesamte Unternehmen auf die einzelnen Kliniken und dortigen Strukturen. Das Ziel: die breite Produktpalette individualisieren und auf die Häuser abgestimmte Angebote entwickeln. Ein zukunftsorientierter Ansatz treibt Innovationen voran: Wie lange wird es den klassischen Hausarzt noch geben? Ist Medizin mehr als die Behandlung von Krankheiten?

Stephan Rotthaus: Herr Liedtke, welchen Stellenwert hat Marketing für Hirslanden?

Dr. Daniel Liedtke: Für Hirslanden ist Marketing unter anderem ein effizientes Instrument, um die Strategie umzusetzen. Marketing trägt darüber hinaus wesentlich dazu bei, unsere medizinischen Dienstleistungen im Markt zu etablieren.

Früher haben sich die medizinischen Disziplinen ausschließlich im Sinne des Fachs entwickelt. Heute steht der Patient mit seiner Krankheit im Zentrum. Krankheitsbilder bestimmen die Organisation der Kliniken. Aus dieser Sichtweise heraus haben sich Spezialkliniken für Organgruppen, beispielsweise Herzkliniken, oder klinische Einheiten für bestimmte Krankheiten entwickelt, wie Schlaganfallzentren. Verschiedene Disziplinen dienen dem sogenannten „Circle of Care" – dem Behandlungskreis rund um den Patienten – und stehen nicht mehr für sich alleine da.

Julien Buro: Wir übertragen diesen Ansatz in diesem Jahr zum ersten Mal konkret aufs Marketing. Bisher haben wir klassisches Branding betrieben, die Marke Hirslanden aufgebaut, rund um unser Motto „Kompetenz, die Vertrauen schafft". Das vermitteln wir über unsere Website, über Fernsehwerbung und unser Magazin. Jetzt gehen wir eine Stufe tiefer: Wir legen fest, bei welcher Klinik wir welche Krankheitsbilder in den Vordergrund stellen – dabei orientieren wir uns daran, was in das regionale Versorgungskonzept passt.

Das heisst – der Marketingauftrag geht auf die einzelnen Kliniken über?

Liedtke: Teilweise, ja. Wir geben Themen und Konzepte vor, welche die Kliniken regional übernehmen und interpretieren. In der Geburtshilfe haben wir das schon umgesetzt mit dem „Hirslanden Baby"-Programm: ein „Package" aus Angeboten, Events und Inhalten, das wir den Kliniken zur Verfügung stellen. Wenn es da funktioniert, warum nicht auch für Herz-Rhythmus-Störungen oder den Bewegungsapparat?

Wir müssen uns im Marketing vor allem auf den Nutzen konzentrieren, der dem Patienten aus unseren Dienstleistungen erwächst.

Wir müssen uns im Marketing nicht nur auf unsere Dienstleistungsprodukte konzentrieren, sondern vor allem auf den Nutzen, der dem Patienten aus unseren Dienstleistungen erwächst. Wir bieten nicht primär eine Fachdisziplin an, sondern Lösungen, um einen spezifischen Krankheitszustand zu heilen oder zu lindern. Unser Ziel ist es, dass der Patient genau weiß, was Hirslanden ihm als Lösung anbietet, und er sich deshalb für eine unserer Kliniken entscheidet.

In unserer Zeit, in der uns das Internet mit Informationen überschwemmt, wird das Persönliche eine ganz neue Bedeutung bekommt.

Buro: Dazu brauchen wir den Dialog mit den Patienten, und dieser muss lokal stattfinden. Ich denke, dass in unserer Zeit, in der uns das Internet mit Informationen überschwemmt, das Persönliche eine ganz neue Bedeutung bekommt. Marketing muss sich direkt mit den Patienten auseinandersetzen und ihre Bedürfnisse ansprechen.

Wie schaffen Sie es, dass die lokale Umsetzung Ihren Vorstellungen entspricht?

Liedtke: Das ist in der Tat eine der Herausforderungen. Was die Marke Hirslanden für uns als Strategen bedeutet, wird nicht automatisch im Klinikalltag gelebt. In Zukunft wollen wir den Dialog zwischen Marketing und klinisch tätigem Personal intensivieren. Mit dem Ziel, dass die gemeinsam entwickelten Ideen überzeugend, klinisch relevant und bedürfnisgerecht sind.

Sie haben auf der einen Seite das Gesamtkonzept, das national vermittelt wird, vor allem über die klassischen Marketingkanäle. Dazu kommt die persönliche Ebene in den Kliniken. Wie nutzen Sie die neuen Medien?

Buro: Social Media Kanäle sind hervorragend geeignet, um mit den Patienten in den Dialog zu treten und authentische Einblicke in unseren Klinikalltag zu vermitteln. Sie sind aber sehr zeitintensiv – als Klinikgruppe managen wir das deshalb zentral.

Funktioniert das denn? Gibt es zum Beispiel in einer Krise genug Informationen über die lokale Situation, um schnell reagieren zu können?

Buro: Wir haben für den Krisenfall im Vorhinein festgelegte Prozesse und arbeiten dabei eng mit den Kollegen von der Unternehmenskommunikation zusammen.

Liedtke: Eine wirkliche Kontrolle gibt es bei Social Media nicht. Informationen verbreiten sich rasend schnell und lassen sich kaum aufhalten. Gleichzeitig gibt es eine derartige Flut an Informationen, dass eine einzelne Meldung schnell untergeht. Wichtig ist, wiederkehrende heikle Themen zu erkennen und darauf zu reagieren.

Sie konzentrieren Ihr Marketing stark auf die Patienten. Welche Rolle spielen Zuweiser?

Liedtke: Langfristig werden es klassische Hausärzte in Einzelpraxen schwierig haben. Die Entwicklung geht hin zu Gruppenpraxen in Ballungszentren. Dazu kommt, dass viele Patienten mittlerweile so gut informiert sind, dass sie den Grundversorger überspringen und gleich den Spezialisten aufsuchen – und die sitzen in aller Regel in den Spitälern. In der Zukunft sind Apps denkbar, die eine erste Verdachtsdiagnose stellen oder Empfehlungen zu Ernährung und Schlafverhalten oder einem Arztbesuch geben.

Deshalb ist es wichtig, dass es in der Marketingabteilung Experten pro Organsystem gibt – beispielsweise für das Herz oder den Bewegungsapparat, welche die Ärzte bei der Entwicklung solcher medizinisch-technischen Innovationen unterstützen. Dies ermöglicht neue Ansätze: Es gibt Untersuchungen, die zum Beispiel das Herzinfarktrisiko ermitteln anhand der persönlichen Social Media Aktivitäten in Kombination mit den erblich bedingten Voraussetzungen und dem digital aufgezeigten Bewegungs- und Essverhalten.

Das ist ein Bereich, der über die klassische Krankenhausversorgung deutlich hinausgeht.

Die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit, Therapie und Steigerung der Leistungsfähigkeit verwischt zusehends.

Liedtke: Ja, Medizin heißt nicht mehr nur, Krankheiten zu heilen, sondern auch, das Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil zu vermitteln, leistungsfähiger zu werden und Krankheiten vorzubeugen. Die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit, Therapie und Steigerung der Leistungsfähigkeit verwischt zusehends. In der Folge werden auch die Krankenversicherer massiv herausgefordert, denn Krankheitsversorgung und Verbesserung der Lebensqualität lassen sich je länger desto mehr nicht mehr klar trennen.

Was wird in der nahen Zukunft Ihre grösste Baustelle sein?

Buro: Die quantitative Messung im Marketingcontrolling wollen wir verbessern. Durch den geplanten Fokus auf konkrete Produkte wird das Controlling besser möglich sein; der Anstieg von Fallzahlen lässt sich dann deutlich einfacher zuordnen. Wir führen außerdem gerade eine neue Befragung der Patienten ein, um deren Zufriedenheit zu messen.

Liedtke: Die größte Herausforderung wird sein, die Disziplinen aufzubrechen, von einer Fachorientierung zu einer lösungsorientierten, individuellen Patientenbetreuung zu gelangen. Wir sind es noch nicht wirklich gewohnt, im Krankenhausbereich als Dienstleister in umfassenden nutzenorientierten Lösungen zu denken, aber dieses Umdenken ist unabdingbar für den Erfolg unserer Strategie.

Privatklinikgruppe Hirslanden

Internet	www.hirslanden.ch
Umsatz	1.650 Mio. CHF
Patienten stationär	99.000
Mitarbeiter	9.200

Angaben für 2015, gerundet

Es gibt kein Marketingbudget. Gemacht wird, was Erfolg verspricht.

BEST PRACTICE: Dr. Becker Klinikgruppe

Bastian Liebsch
Geschäftsleitung Kundenmanagement/Unternehmenskommunikation

Rebecca Jung
Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Patientenbedürfnisse ändern sich ständig … wir zielen also auf ein „moving target“.

Starre Budgets behindern ein unternehmerisches Agieren im wettbewerbsintensiven Rehamarkt mit sich rasch wandelnden Kundenbedürfnissen. Gemacht wird, was Erfolg verspricht – und der Vision der Dr. Becker Kliniken dient, die „Reha des 21. Jahrhunderts“ zu gestalten. Der Marketingerfolg wird mit unterschiedlichsten Methoden gemessen.

Stephan Rotthaus: Herr Liebsch, welchen Platz hat Marketing in der Unternehmensstrategie der Dr. Becker Klinikgruppe?

Bastian Liebsch: Bei uns stehen alle Geschäftsbereiche unter einem gemeinsamen Motto: Wir wollen die Reha des 21. Jahrhunderts gestalten. Das gilt auch für den Bereich Marketing. Bei allen unseren Maßnahmen müssen wir uns daher fragen: Nutzen Sie unserer Vision?

Dazu bedarf es zunächst einer genauen Definition: Was ist die Reha des 21. Jahrhunderts?

Liebsch: Richtig. Diese Frage haben wir uns gestellt, und zwar allen unseren 1.600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In den Workshops wurde deutlich, dass die Reha des 21. Jahrhunderts sich an den Bedürfnissen des Patienten orientieren muss.

Auch Pressemitarbeiter sollten die Patienten und deren Bedürfnisse kennen.

Rebecca Jung: Es ist wichtig, dass alle Mitarbeiter bei dieser Entwicklung mitdenken. Wir wollen das Konzept als großes Ganzes begreiflich machen, das alle Arbeitsbereiche verbindet. Auch Pressemitarbeiter sollten die Patienten und deren Bedürfnisse kennen.

Was will denn der Reha-Patient des 21. Jahrhunderts?

Liebsch: Es geht vor allem um Individualität und Autonomie des Patienten. Reha wird nicht immer nur mit Positivem assoziiert, sondern auch mit der Vorstellung, „eingesperrt“ zu sein in einer Klinik, mit vielen Verboten, strenger Diät und so weiter. Vielen wäre auch eine Art „Teilzeit-Reha“ lieber, zum Beispiel aus Sorge um ihren Job. Patientenbedürfnisse ändern sich jedoch ständig, genauso wie die technischen Möglichkeiten und die Anforderungen an Ärzte und Pflegepersonal. Wir zielen also auf ein „moving target“.

Wie haben die Klinikmitarbeiter teil an dem Prozess, abgesehen von den Auftaktworkshops?

Jung: Wir haben einen kurzen Draht zu allen Kliniken, telefonieren viel und sind häufig zu Besuch an den verschiedenen Standorten. Dabei kommt viel links und rechts an Input dazu. Und auch umgekehrt: Wenn ein Verwaltungsdirektor einer Klinik ein Personalproblem hat, kommt er zu uns nach Köln, um gemeinsam einen Maßnahmenplan zu entwickeln.

Liebsch: Wir müssen zeigen, dass das, was gemeinsam erarbeitet wurde, von uns in die Tat umgesetzt wird. Dazu gibt es interne Medien, vor allem unsere Mitarbeiterzeitung „BeckTuell“. In der Kategorie „Alte Zöpfe abschneiden“ informieren wir darüber, an welchen Stellen Mitarbeiter den Mut haben, Dinge in ihrem Arbeitsbereich zu ändern. So werden zum Beispiel Arztbriefe seit kurzem nicht mehr von Hand unterschrieben, um Ressourcen zu sparen.

Welche Massnahmen haben sich aus der Strategie „Reha des 21. Jahrhunderts“ bisher noch ergeben?

Liebsch: Eine wichtige Baustelle sind unsere Patientenschulungen. Früher kamen die meisten Patienten mit wenig Informationen über ihre Krankheit zu uns. Es gab dann einen Vortrag für alle von einem Klinikarzt und eine anschließende Frage-und-Antwort-Runde. Heute ist das für viele uninteressant: Das meiste haben sie schon im Internet nachgelesen. Unsere Idee ist deshalb, über einen kurzen Test das Wissenslevel der Patienten zu ermitteln und sie dem passenden Informationsfilm zuzuordnen. Das spart Zeit für den Arzt. Sollten anschließend noch Fragen bestehen, kann ein persönlicher Termin vereinbart werden.

Wir analysieren, wo die Zuschauer die Videos abgebrochen haben … darüber können wir auch intern Prozesse verbessern.

Jung: Wir informieren viel über Videos. Auf unserem Youtube-Kanal haben wir rund 90 Stück. Anstatt diese einfach blind ins Netz zu stellen, analysieren wir, wo die Zuschauer die Videos abgebrochen haben und welche besonders nachgefragt werden. Darüber können wir nicht nur unsere öffentliche Reichweite erhöhen, sondern manchmal auch intern Prozesse verbessern, zum Beispiel beim Onboarding neuer Mitarbeiter.

Wie werben Sie um neue Patienten?

Jung: In der Reha spielt der Patientenwunsch eine große Rolle. Unsere Patienten müssen sich bewusst für uns entscheiden. Die Krankenversicherungen fördern einen ruinösen Preiswettbewerb im Rehabereich, dem wir uns bewusst entziehen. Das führt dazu, dass Patienten häufig nicht uns, sondern kostengünstigeren Einrichtungen zugewiesen werden. Es ist unsere Aufgabe im Marketing, die Patienten derart von uns zu begeistern, dass sie von ihrem gesetzlichen Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen.

Liebsch: Und auch anders herum! Fast 25 Prozent der Patienten, die uns in der Psychosomatik über die Krankenkasse für die Dr. Becker Burg-Klinik zugewiesen wurden, haben sich in der Vergangenheit aktiv gegen Thüringen entschieden. Jetzt heißt unser erster Brief an diese Patienten nicht mehr „Einberufungsschreiben“, sondern ist als Einladung formuliert. Dem Schreiben liegt die DVD „Das Wesentliche wiederfinden“ bei, unserem wirklich gut gelungenen Film über die Burg-Klinik. Und wir haben eine virtuelle Klinikführung mit einem ehemaligen Patienten gedreht. Die Wirkung war prompt: Für 20.000 Euro an Marketingausgaben haben wir 100 neue Patienten im Jahr, deren Behandlung jeweils 4.000 Euro kostet.

Dazu eine kurze Zwischenfrage: Wie bemisst sich Ihr Marketingbudget?

Liebsch: Es gibt kein Marketingbudget. Wir machen das, was sinnvoll ist.

Und wie messen Sie den Erfolg der einzelnen Massnahmen?

Liebsch: Bei der Kampagne zum Wunsch- und Wahlrecht zum Beispiel über die Klickzahlen auf den Downloadlink zum Wunsch- und Wahlrecht-Formular. Es gab vor einer Weile einen Beitrag bei Frontal21 darüber, welche Rehas den Patienten verwehrt werden. Über die dazu passenden Keywords haben wir eine Google-Anzeige geschaltet und ebenfalls gemessen, wie viele Besucher darüber zu dem Formular gelangt sind.

Jung: Bei Veranstaltungen fragen wir die Teilnehmer kurz, auf welchem Weg sie von dem Event erfahren

Rebecca Jung beantwortet die Fragen von Stephan Bachmann und Stephan Rotthaus

haben. Bei Mailkampagnen, zum Beispiel an ehemalige Patienten, integrieren wir am Ende einen QR-Code, über den der Leser an einer Umfrage teilnehmen kann. So können wir sehen: Von den 4.000 Patienten, an die die Mail verschickt wurde, haben 300 an der Umfrage teilgenommen. Und davon profitieren übrigens 90 Prozent nach wie vor von der Reha bei uns!

Das Karriereportal ist eines unserer besten und durchdachtesten Projekte.

Was war der grösste Erfolg in den letzten Jahren?

Jung: Das Karriereportal. Für mich ist das eines unserer besten und durchdachtesten Projekte. Wir haben im Vorhinein umfassend recherchiert, Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, unsere alte Webseite analysiert, SEO-optimiert und für die Personalsachbearbeiter der einzelnen Kliniken die Stellenanzeigen nach dem Baukastenprinzip vereinheitlicht. Es war ein durchschlagender Erfolg. Wir bekommen signifikant mehr Bewerbungen und können über die Seite tracken, welche Anzeigen besonders gut funktionieren. Und wir haben schließlich auch den KlinikAward dafür bekommen!

Vor grossen Erfolgen stehen die grossen Herausforderungen. Sie haben bereits den starken Preiswettbewerb angesprochen. Was sehen Sie ausserdem als Herausforderung für die Reha des 21. Jahrhunderts?

Liebsch: Personalmangel steht da ganz weit oben. An unseren ländlich gelegenen Standorten ist es teils sehr schwer, geeignetes Fachpersonal zu finden. In der Konsequenz könnte dies dann heißen, dass wir unser Angebot reduzieren müssten, obwohl die Nachfrage der Patienten da ist. Ein anderes Extrembeispiel ist die psychosomatische Reha in der Großstadt. Zum Beispiel Wuppertal – nicht die typische Kurstadt, aber inmitten eines großen Siedlungsgebietes und darum vom Personalproblem weniger betroffen. Wie gesagt: Wir müssen uns stetig an neue Gegebenheiten anpassen.

Dr. Becker Klinikgruppe

Internet	www.dbkg.de
Patienten gesamt	24.500
Mitarbeiter	1.800

Angaben für 2016, gerundet

20 Prozent Wachstum durch Systematisierung der Zuweiserkontakte

BEST PRACTICE: Krankenhaus St. Marienstift Magdeburg

Dr. med. Dieter Suske
Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor

Dr. med. Michael Böhme
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Durch die Marketingstrategie haben wir eine Gesamtpräsenz im Markt geschaffen, die auf unsere anderen Angebote übergeschwappt ist.

Gezieltes Abteilungsmarketing hebt die Belegung auf ein neues Niveau. Die Gynäkologie des St. Marienstifts in Magdeburg verzeichnet seit ihrer Marketingoffensive vor drei Jahren eine nachhaltige Steigerung der Fallzahlen um 20 Prozent. Eine Übertragung des Konzepts auf die Chirurgie brachte ebenfalls sehr gute Resultate. Das Geheimnis des Erfolgs? Intensiver Zuweiserkontakt und motivierte Klinikärzte.

Stephan Rotthaus: Herr Dr. Suske, umreissen Sie bitte kurz den strategischen Ansatz, den Sie in den letzten drei Jahren im Marienstift umgesetzt haben.

Dr. Dieter Suske: Wir haben eine Marketingoffensive gestartet mit dem Ziel, unsere Auslastung zu erhöhen und die Fallzahlen zu steigern sowie über den Jahresverlauf konstant zu halten. Dabei haben wir uns zunächst auf den Bereich der Frauenheilkunde konzentriert und in einer zweiten Runde die Chirurgie mit hinzugenommen. Unser Vorgehen war dabei auf die Ansprache der niedergelassenen Ärzte fokussiert. Wir haben überlegt: wer trifft die Entscheidung über das richtige Krankenhaus für die Patientinnen? Es ging darum, die Zuweiser zu überzeugen, dass wir das richtige Krankenhaus sind.

Gab es einen speziellen Anlass, das Projekt zu diesem Zeitpunkt zu starten?

Carola Schuller und Dr. Michael Böhme repräsentieren das Marienstift auf dem Kongress

Dr. Michael Böhme: Der Anlass war zweifellos der wirtschaftliche Druck in den Krankenhäusern. Die leistungsstarken Abteilungen auf dem Weg der Leistungsentwicklung zu begleiten, erschien uns als große Chance.

Und das hat sehr gut funktioniert.

Suske: Eine Fallzahlsteigerung von 22 Prozent in der Gynäkologie! Das war nach unserer ersten Offensive vor drei Jahren. Im letzten Jahr, als wir erneut die Gynäkologie und zusätzlich die chirurgische Abteilung beworben haben, haben wir gemerkt, dass wir in der Frauenheilkunde eine Marktauslastung erreicht hatten. Die Leistung der Chirurgie hingegen konnten wir um 18 Prozent steigern. Das hat uns gezeigt, dass unser Ansatz wirkungsvoll ist. Das konnten wir auch wirkungsvoll in die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen einfließen lassen.

Wir konnten sogar die Fallzahlen in der Geburtshilfe steigern, obwohl wir diese gar nicht primär beworben hatten.

Böhme: Das Projekt hatte großen Erfolg. Wir konnten sogar die Fallzahlen in der Geburtshilfe um 15 Prozent steigern, obwohl wir diese gar nicht primär beworben hatten. Durch die Marketingstrategie haben wir eine Gesamtpräsenz im Markt geschaffen, die auf unsere anderen Angebote übergeschwappt ist.

Mund-zu-Mund-Propaganda ist das A und O.

Was war Ihrer Meinung nach das entscheidende Kriterium für den Erfolg?

Böhme: Mund-zu-Mund-Propaganda ist das A und O. Unser Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten war schon immer gut – ich bin bereits seit 1994 hier an der Frauenklinik und kenne viele persönlich. Allerdings ist mir und meinen Kollegen durch das Projekt klargeworden: Diese Kontakte müssen gepflegt werden, um fruchtbar zu bleiben. Außerdem findet gerade ein Generationswechsel statt; viele Praxen, die zwischen 1990 bis 1992 in Magdeburg aufgebaut wurden, gehen jetzt in die nachfolgende Ärztegeneration über.

Welche Massnahmen haben Sie in dem Zusammenhang konkret ergriffen?

Böhme: Zunächst, ganz simpel, regelmäßige Telefonate mit oder im besten Fall sogar Besuche bei den niedergelassenen Kollegen. Wer den behandelnden Arzt in der Klinik persönlich kennt, schickt seine Patienten natürlich viel lieber dorthin. Die Kontakte dokumentieren wir, damit wir nachvollziehen können, mit wem wir schon länger nicht mehr gesprochen haben. Das gilt nicht nur für mich als Chefarzt, sondern auch für die Oberärzte.

Wir haben zudem eine sogenannte Zuweiserkarte eingeführt, eine Visitenkarte für die gesamte gynäkologische Abteilung, mit Bild, Spezialgebiet und Kontaktdaten aller leitenden Ärzte im Team. Die Karten haben wir in den Praxen verteilt und sind dadurch auch auf umgekehrtem Wege einfach zu erreichen.

Im Vorfeld haben wir Zuweiserbefragungen in Auftrag gegeben, um zu wissen, an welcher Stelle Unzufriedenheit herrscht, was mögliche Kritikpunkte oder Verbesserungsvorschläge sind.

Diese Informationen konnten wir häufig direkt in den Gesprächen verwenden, die Kritik oder das Lob dankend annehmen oder auch bloße Missverständnisse aus dem Weg räumen. Gewünschte OP-Hospitationen zu speziellen OP-Techniken wurden zeitnah realisiert – sowohl für ärztliche Kolleginnen und Kollegen als auch für interessiertes medizinisches Praxispersonal.

Suske: Und, nicht zu vergessen: die Einführung des Praxisteam-Forums, zu dem alle Arzthelfer und -helferinnen zu uns in die Klinik eingeladen werden.

Es ist wichtig, dass alle Mitarbeiter im Vorfeld mit ins Boot geholt werden.

Was waren die entscheidenden Erfolgsfaktoren? Kann ein solches Projekt an jeder beliebigen Klinik funktionieren?

Suske: Es ist wichtig, dass alle Mitarbeiter im Vorfeld mit ins Boot geholt werden. Die beiden Chefärzte Dr. Böhme und Dr. Heinzmann waren und sind derart motiviert bei der Sache, dass die Umsetzung großen Spaß gemacht hat. Ich weiß aber auch von anderen Häusern, dass das Thema Marketing von einigen Chefärzten nicht als Zuständigkeitsbereich gesehen wird. Wenn dann unwillig und lustlos an ein solches Projekt gegangen wird, kann es kaum ein Erfolg werden. Es ist nun mal so: Marketing ist kein Selbstläufer, sondern zunächst viel zusätzliche Arbeit.

Krankenhaus St. Marienstift Magdeburg

Internet	www.st-marienstift.de
Umsatz	27 Mio. Euro
Patienten stationär	9.300
Patienten ambulant	5.000
Mitarbeiter	250

Angaben für 2016, gerundet

Mehr Mut, mehr Drive, mehr Innovation!

BEST PRACTICE: Kliniken Essen-Mitte

Horst Defren
Geschäftsführer

Björn Kasper
Leitung Kommunikations-management

Ohne Risiko käme man zu spät, dann wären andere mit der Idee schon längst am Markt.

Mit unternehmerischem Geist und einem offensiven Marketingkonzept ist es den Kliniken Essen-Mitte gelungen, in der umkämpften Region Ruhrgebiet selektiv sehr hohe Marktanteile zu erreichen. Die Strategie umfasst die Schließung von Kliniken ebenso wie die Verknüpfung von Schulmedizin und Naturheilkunde.

Stephan Rotthaus: Herr Defren, Sie sind seit 25 Jahren als Geschäftsführer bei den Kliniken Essen-Mitte. Was bedeutet Qualität für Sie?

Bei der Neubesetzung einer Stelle suchen wir prinzipiell nur die Beste oder den Besten im jeweiligen Gebiet.

Horst Defren: Das Thema Qualität ist in unserem Haus ganz eng verbunden mit den christlichen Grundwerten. Wir bauen auf Nachhaltigkeit und sehen unseren ersten Anspruch darin, durch Verbesserung der Qualität nach vorne zu rücken, nicht durch Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

Ein Patient im Krankenhaus bewertet immer vier Bereiche: die Qualität der medizinischen Versorgung, die Qualität der pflegerischen Versorgung, der Verpflegung und des Hotelcharakters. In all diesen Bereichen setzen wir hohe Standards – bei der Neubesetzung einer Stelle suchen wir prinzipiell nur die Beste oder den Besten im jeweiligen Gebiet. Auf der Focus-Klinikliste sind wir mittlerweile auf Platz 40 vorgerückt – Platz 8, wenn man die Unikliniken ausnimmt. Im Bereich der Pflege setzen wir ebenfalls auf eine anspruchsvolle Auswahl der Mitarbeiter und bieten außerdem eine nachhaltige Ausbildung.

Deshalb ist unsere Bewertung bei den Krankenkassen durchgehend hervorragend. Auch was den Hotelcharakter angeht, liegen wir bei der PKV ganz vorne. Und zum letzten Bereich, der Verpflegung: Wir bauen gerade eine neue Zentralküche für 8 Millionen Euro, um unser Essen frisch im Haus zubereiten zu können, unabhängig von Cateringfirmen.

Herr Kasper, vor sieben Jahren kamen Sie hier ins Haus mit der Idee, diesen Qualitätsanspruch nach aussen hin zu vermarkten. Nun ist ja Qualität ein schwammiger Begriff und im Krankenhausbereich noch dazu noch ein sehr abgegriffener. Was war Ihre Herangehensweise?

Björn Kasper: Als ich angefangen habe, war gerade das DRG-System eingeführt worden. Eine Behandlung, ein Preis, deutschlandweit. Da muss Marketing eine Rolle spielen! Sobald die Qualität des Produktes stimmt, müssen wir damit nach draußen gehen.

Erste Marktanalysen haben ergeben, dass ein Großteil der Leute in Essen und Umgebung das Huyssensstift negativ als Krebsklinik wahrnahm: „Dort geht man hin zum Sterben." Unsere Aufgabe für die ersten vier, fünf Jahre war also, einen Imagewandel zu bewirken – weg vom Ort des Sterbens, hin zum Ort des Helfens.

Wir haben dabei auf Emotionen gesetzt, vor allem auf Patientengeschichten und Bilder. Um auch die Menschen anzusprechen, die nicht akut krank sind. Die klassischen Qualitätsindikatoren wie therapeutische Erfolge, höchst qualifizierte Chefärzte und moderne medizinische Geräte will leider niemand sehen. In der ersten Chefarztsitzung zu dem Thema bin ich tatsächlich rausgeflogen, als ich das gesagt habe!

Mit Ihrer Strategie haben Sie häufig ähnliche Reaktionen hervorgerufen, Herr Defren.

Defren: Es gehört Mut dazu, Entscheidungen zu treffen, bei denen alle den Kopf schütteln. Zu investieren, wenn ein Risiko besteht, dass es nicht klappt – ohne dieses Risiko käme man zu spät, dann wären andere mit der Idee schon längst am Markt. Meine wichtigste Richtlinie ist, selber von der Sache überzeugt zu sein und immer für die Klinik zu entscheiden. In vielen Fällen ist das sehr gut ausgegangen – zum Beispiel bei der Einrichtung unserer Klinik für Naturheilkunde.

In Deutschland gibt es jährlich 400 000 Erstdiagnosen von Krebspatienten, davon suchen 80 Prozent in der Naturheilkunde Alternativen zur Schulmedizin – das sind 320 000 potentielle Patienten. Deutschlandweit gibt es nur in den Kliniken Essen Mitte das Konzept der integrativen Verknüpfung von Onkologie und Naturheilkunde. Das war ein Risiko, aber es hat sich ausgezahlt.

Fehlt unternehmerischer Impuls im Krankenhausbereich?

Defren: Ja. Und das ist erstaunlich, denn der Klinikbereich ist momentan eigentlich der wachsende Markt in Deutschland. Die privaten Krankenhausketten agieren zwar unternehmerisch, aber haben in ihren Entscheidungen nur den wirtschaftlichen Erfolg im Sinn. Wirkliche Innovationen sind so nicht möglich.

Kasper: Auch im Marketing besteht in der Hinsicht noch eine große Trägheit. Ich unterhalte mich mit Kollegen, die noch mit ihrem Geschäftsführer darüber diskutieren müssen, wie viel Geld für Visitenkarten ausgegeben wird. Ganz zu schweigen vom Marketingbudget. Auch ich habe mit anderthalb Stellen hier angefangen, mittlerweile habe ich sieben Mitarbeiter in der Abteilung.

Die Planung für das erste Jahr sah abenteuerlich aus: 4,5 Mio. Euro Negativergebnis

Können Sie am Beispiel der Gynäkologie erläutern, wie ein erfolgreicher Strategie- und Marketingprozess bei Ihnen aussieht?

Defren: In der Gynäkologie gibt es eine eindeutige Entwicklung in Deutschland: Sie rechnet sich wirtschaftlich nicht. In Essen wurden in den letzten 25 Jahren sechs gynäkologische Abteilungen geschlossen.

Für uns gab es deshalb zwei Möglichkeiten: Die Abteilung schließen – oder etwas ganz Anderes machen. Wir haben Marktanalysen durchgeführt, die ergeben haben, dass zum einen die Nachbarkliniken im Bereich der Geburten deutlich besser aufgestellt sind, und zum anderen kaum eine Klinik im Umfeld auf Senologie spezialisiert ist. Das war unsere Lücke. Wir haben uns entschlossen, die Geburtsklinik zu schließen und eine Spezialisierung auf Senologie in Verbindung mit gynäkologischer Onkologie umzusetzen. Wir haben den besten Senologen, Dr. Kümmel, zu uns geholt, und mit Professor du Bois den besten gynäkologischen Onkologen.

Die Planung für das erste Jahr sah abenteuerlich aus: 4,5 Mio. Euro Negativergebnis, ohne Investitionen. Jetzt, fünf Jahre später, rechnen sich beide Abteilungen und bringen einen positiven Deckungsbeitrag.

Mit unserem Ansatz der integrativen Onkologie konnten wir die Patientinnen begeistern.

Björn Kasper, Dr. Sabina Heuss vom Kongressbeirat und Stephan Rotthaus auf dem Podium

Kasper: Für das Marketing haben wir uns den hohen Informationsgrad der Patientinnen zunutze gemacht. Betroffene Frauen setzen sich intensiv mit ihrer Krankheit auseinander und haben häufig ein großes Interesse an alternativen Behandlungsmethoden. Über Presseartikel, Patientengeschichten und Selbsthilfegruppen haben wir unser Angebot öffentlich gemacht. Mit unserem Ansatz der integrativen Onkologie konnten wir die Patientinnen begeistern. Die Angebote, zum Beispiel Akupunktur gegen die Nebenwirkungen einer Chemotherapie, waren da noch reine Zusatzleistungen, die wir nicht abrechnen konnten.

Aber es hat sich gelohnt: über Social Media ist das Lob der Patientinnen viral geworden; in der Bild-Zeitung gab es über uns als erste Klinik eine siebentägige ganzseitige Berichterstattung. Mittlerweile behandeln wir in der Senologie etwa 600 Fälle pro Jahr, in der Nachbarklinik sind es 45. Unser Marktanteil in Essen beträgt 98,5 Prozent, aber auch aus ganz Deutschland kommen Patientinnen zu uns.

Ein Bogen zurück zu den christlichen Werten, für die Ihr Haus steht. Wie machen sich diese im Krankenhausalltag bemerkbar?

Defren: Wie gesagt: Christlichkeit heißt für mich Qualität. Wir haben nicht den Druck der privaten Häuser, jährlich einen Überschuss von 15 Prozent zu erwirtschaften. Häufig geht das dort zu Lasten der Qualität. Wir geben dieses Geld in die Reinvestition, in qualifizierte Mitarbeiter, in gemeinnützige Projekte.

Noch eine Frage zum Abschluss – was würden Sie Ihren Kollegen als Rat mit auf den Weg geben?

Kasper: Marketing bewirkt etwas. Diese Vision fehlt vielen. Es wird Zeit, dass dem auch in Entscheidungshierarchien Rechnung getragen wird.

Defren: Mehr Mut, mehr Drive, mehr Innovation!

Kliniken Essen-Mitte

Internet	www.kliniken-essen-mitte.de
Umsatz	190 Mio. Euro
Patienten stationär	45.000
Patienten ambulant	150.000
Mitarbeiter	2.500

Angaben für 2016, gerundet

Strategieumsetzung nach innen – die Hälfte des Erfolges

BEST PRACTICE: Universitätsmedizin Rostock

Prof. Dr. Christian Schmidt
Ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender

Jeden Monat kommen die Erfolge, Hemmnisse und Widerstände auf den Tisch – nicht erst nach einem Jahr.

Als Maximalversorger für einen großen Teil Mecklenburg-Vorpommerns ist die Unimedizin Rostock auf dem Weg, die teilweise weit auseinanderliegenden ländlichen Versorgungsstrukturen zu verbessern. Monatliche Ergebnisgespräche mit allen Kliniken helfen bei der konsequenten Umsetzung der Strategie.

Stephan Rotthaus: Herr Professor Schmidt, Sie sind vor drei Jahren von den Kliniken der Stadt Köln an die Unimedizin Rostock gewechselt. Was ist hier anders?

Prof. Dr. Christian Schmidt: Hier in Rostock ist die Uniklinik, ganz anders als in Köln, Maximalversorger für ein großes Gebiet, das relativ dünn besiedelt ist. Nur zum Vergleich: In Mecklenburg-Vorpommern leben 1,6 Millionen Menschen und es gibt 39 Krankenhäuser, etwa drei davon gelten als Maximalversorger. In unserem Nachbarbundesland Schleswig-Holstein leben 2,5 Millionen Menschen – und es gibt 106 Gesundheitseinrichtungen. Die weiten Wege zur Gesundheitsversorgung können ein Manko der bundesdeutschen Flächenländer sein. Dazu kommt die stetig abnehmende Zahl der niedergelassenen Ärzte. Ich sehe die Aufgabe der Unimedizin Rostock deshalb darin, als integrierter Gesundheitsdienstleister die Versorgung eines ländlichen Gebietes zu koordinieren, das viel größer ist als die Einzugsgebiete von großstädtischen Kliniken.

Auf der ersten Stufe kommen telemedizinische Strukturen zum Einsatz.

Wie können Sie die Versorgung in einem so grossen Raum koordinieren?

Schmidt: Wir arbeiten an einem sogenannten „abgestuften Koordinierungsmodell". Dabei kommen auf der ersten Stufe telemedizinische Strukturen zum Einsatz: Apps, Wearables, eine Hotline oder intelligente Implantate. Manche Probleme lassen sich häufig schon durch fachliche Beratung am Telefon lösen. Reicht die Betreuung per Telefon nicht aus, wird als nächstes ein Mitarbeiter der Pflege oder die Hausärztin eingeschaltet – und nur im äußersten Fall muss der Patient in die

Nur im äußersten Fall muss der Patient in die Klinik kommen.

Klinik kommen. Auf diese Weise kann den teilweise schwer zu erreichenden Versorgungsstrukturen auf dem Land Abhilfe geschaffen werden.

Unser Ziel ist: Bis in fünf Jahren wollen wir die Ergebnisse des Herzberichtes 2015 nachhaltig verbessert haben. Darin hat Mecklenburg-Vorpommern im Bundesvergleich die vorletzte Stelle eingenommen.

Wer definiert die Ziele der Unimedizin?

Schmidt: Als wir im neu zusammengesetzten Vorstand vor drei Jahren hier angefangen haben, war eine erste Amtshandlung die Einberufung eines Workshops mit dem gesamten Aufsichtsrat zu dem Zweck, unsere Ziele für die nächsten zehn Jahre zu definieren. Ich halte es für sehr wichtig, dass darüber Klarheit herrscht und alle an einem Strang ziehen. Zudem gibt es damit einen klaren Auftrag an den Vorstand und für das Haus klare Ziele für die Zukunft, die zusammen entwickelt worden sind.

Diskussionen über den Kurs fallen damit auf dem Weg der Umsetzung weitaus kürzer aus als üblicherweise. In dem Workshop haben wir die Mission und Vision für die Uniklinik formuliert, um diese dann über eine Balanced Scorecard zu operationalisieren. Die Bereiche Mitarbeiter, Kunden, Finanzen und Innovation bilden hierbei die Säulen, auf denen die Strategie steht.

Wie wird diese Strategie konkret umgesetzt?

Schmidt: Die Ergebnisse des Workshops, die Hauptaufgaben und Themen für die nächsten Jahre, sind zunächst in einer Art Kaskade vom Aufsichtsrat über den Fakultätsrat bis zu den Mitarbeitern – hier in einer Vollversammlung – mit allen kommuniziert worden. Dabei ging es sowohl um die langfristige Vision als auch um die konkreten Einzelstrategien und Handlungsanweisungen für jede Klinik und jedes an der Krankenversorgung beteiligte Institut.

Wir haben unsere Strategie flankiert durch umfangreiche Markt- und Wettbewerbsanalysen und konnten so detaillierte Ziele in puncto Qualität, Kosten, Prozesse und Personalführung formulieren.

Jede Klinik hat klare Geschäftsaufträge in die Hand bekommen: Wo liegen die Potenziale, was kann ausgebaut werden, was ist in den nächsten Jahren überhaupt möglich und welche Ressourcen stehen dafür zur Verfügung. Aus den Einzelstrategien ergeben sich dann zum Beispiel auch die Zielvereinbarungen für die Chefärzte.

Schaffen Sie es, die Motivation und die Zielorientierung im Krankenhausalltag über Jahre aufrecht zu erhalten?

Schmidt: Ja. Die Strategie muss kontinuierlich aktualisiert und beworben werden, zum Beispiel im Fakultätsrat und in den Gremien; Mitarbeiter müssen von einzelnen Projekten überzeugt werden und die Umsetzung muss regelmäßig kontrolliert werden.

Dazu haben wir Monatsgespräche mit allen Kliniken und Instituten eingerichtet, in denen wir das jeweilige Leistungsgeschehen Punkt für Punkt durchgehen. Sachkostenprofile, Einweiserstatistiken, Anforderungsverhalten – häufig werden anhand der Zahlen und Statistiken zugrundeliegende Prozesse deutlich und es tauchen Fragen auf: „Wie sehen hier eigentlich die Standards aus?“ oder „Ist das noch aktuell?“.

Diese stark formalisierte Kommunikation bietet den Vorteil, dass jegliche Entwicklung schnell erkannt und bearbeitet werden kann. Dasselbe gilt für Probleme: Alle Anliegen, die in den Gesprächen aufkommen, werden kurz diskutiert, teilweise wird bereits eine Entscheidung getroffen, und in jedem Fall werden die Punkte in einer fortlaufenden Excel-Tabelle vermerkt, auf die im folgenden Monat wieder Bezug genommen wird. So kommen jeden Monat die Erfolge, Hemmnisse und Widerstände auf den Tisch, werden thematisiert und bearbeitet – nicht erst nach einem Jahr.

Wie ist diese Methode in der Mitarbeiterschaft aufgenommen worden?

Schmidt: Zu Beginn hat der ein oder andere sich durch die Monatsgespräche kontrolliert gefühlt. Dabei ist es alles andere als eine bloße Abfrage oder Kontrolle von Ergebnissen. Die Gespräche bilden die Basis für Entscheidungen und sind daher vielmehr ein fachlicher Diskurs auf Expertenebene. Es ist mein ausgesprochenes Ziel, eine Unternehmenskultur zu schaffen, in der Gremien und Arbeitsgruppen von hohem Wert sind, der Vorstand regelmäßig Rat auf allen Ebenen einholt, und jeder Mitarbeiter sich wertgeschätzt fühlt. Nur so kann ein Wir-Gefühl entstehen, das entscheidend ist für die Umsetzung der Strategie.

Stichwort Umsetzung: Was waren die wichtigsten Schritte in den letzten Jahren, um die

Prof. Dr. Navid Khaladj, Leiter der Unternehmensentwicklung, vertritt die Universitätsmedizin Rostock auf dem Kongress

Universitätsmedizin auch wirtschaftlich besser aufzustellen?

Schmidt: Wir haben uns zunächst um eine Verbesserung des Medizincontrollings bemüht. Zahlen alleine reichen natürlich nicht, aber sie geben Hinweise darauf, an welchen Stellschrauben man drehen muss. Am Ende ist es Führungsaufgabe, diese Erkenntnisse zur Umsetzung zu bringen. Das hat hier an der Uniklinik so gut funktioniert, dass wir am Jahresende eine Sachkostenrendite von mehr als zwei Millionen Euro verbuchen konnten. Für das Projektmanagement haben wir uns einen Profi aus der Industrie ins Boot geholt, und für die Umsetzung unserer Vernetzungsprojekte haben wir eine Tochtergesellschaft gegründet, die dafür verantwortlich ist, Kooperationsverträge zu schließen, Netzwerke aufzubauen, IV-Verträge auszuhandeln, Förderanträge zu begleiten und eine Betriebsorganisation aufzubauen.

Ich sehe meinen Job gleichermaßen als Coach und Mentor.

Was ist dabei Ihre Rolle als Vorstandsvorsitzender?

Schmidt: Ich sehe meinen Job gleichermaßen als Coach und Mentor – ich muss am Ball bleiben, um die Kontrolle nicht zu verlieren, immer einen Überblick haben und gleichzeitig motivieren und nicht oberlehrerhaft auftreten. Dabei bin ich angewiesen auf professionelle Kollegen, die sich als Sparringspartner mit mir und untereinander messen, gut miteinander kommunizieren und in die gleiche Richtung gehen. An der Unimedizin ist das der Fall, sowohl im Vorstand als auch im Aufsichtsrat, darüber bin ich sehr froh.

Universitätsmedizin Rostock

Internet	www.med.uni-rostock.de
Umsatz	350 Mio. Euro
Patienten stationär	44.000
Patienten ambulant	161.000
Mitarbeiter	3.700

Angaben für 2016, gerundet

Marketing und Kommunikation mit klaren Zielen

BEST PRACTICE: Psychiatrische Dienste Graubünden

Josef Müller
CEO

Markus Pieren
Bereichsleiter Marketing und Kommunikation

Ob wir wollen oder nicht, der Gesundheitsmarkt verändert sich von einem Angebots- zu einem Nachfragemarkt.

Die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) setzen seit Jahren eine intensive Marketing- und Kommunikationsstrategie um. Die neue Marketingorientierung mit klaren Zielvorgaben wurde systematisch eingeführt, beginnend bei Verwaltungsrat und Führungskräften. Einer von vielen Erfolgen: der Zuschlag als Klinikpartner für eine schweizweite Psychiatrie-Themenwoche.

Stephan Rotthaus: Herr Müller, was war der Anlass für die Marketingoffensive der PDGR?

Josef Müller: Die PDGR haben schon sehr früh, um das Jahr 2000, die Wichtigkeit einer professionellen Kommunikationsarbeit mit den verschiedenen Anspruchsgruppen erkannt. Der Verwaltungsrat ist meinem Antrag gefolgt und hat 2007 entschieden, eine Wachstumsstrategie zu fahren. Als bekannt wurde, dass im Hinblick auf die Revision der Spitalfinanzierung die Kantonsgrenzen im Gesundheitswesen fallen werden, haben die PDGR 2008 ein Marketingkonzept erstellt, welches die strategischen Unternehmensziele unterstützte. Das Marketingkonzept beinhaltete 15 Maßnahmen.

Welche Ziele stehen für Ihre Arbeit im Vordergrund?

Pieren: Erstens geht es um die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Behandlungspartnern. Zum zweiten um die Erhöhung des Bekanntheitsgrades bei Behandlungspartnern, der Öffentlichkeit und potenziellen neuen Mitarbeitenden. Und drittens um die Optimierung der Kommunikationsinstrumente mit dem Ziel, eine integrierte Kommunikation sicher zu stellen.

Wie wird der Erfolg gemessen?

Pieren: Auch hier unterscheiden wir je nach Zielgruppen. Bei der Öffentlichkeit die Teilnahme an Informationsveranstaltungen, Anzahl von Klicks und Likes auf den Social-Media-Kanälen oder der Rücklauf auf Stellenangebote. Bei den Behandlungspartnern sind dies unter anderem die Zuweisungszahlen, die systematischen Zuweiserbefragungen alle drei Jahre oder persönliche Gespräche.

Was ist das Besondere bei der Zuweiseransprache?

Pieren: Der Dialog mit den Behandlungspartnern in der Schweiz ist eine große Herausforderung. Es ist sehr schwierig und aufwändig, die Aufmerksamkeit bei dieser Zielgruppe zu erhalten. An Events sind sie wenig interessiert. Am besten funktioniert der Dialog im direkten Gespräch „Face to Face" oder über Informationsmittel, welche die Zuweisenden dann lesen können, wenn es zeitlich passt. Wichtig dabei ist, dass die Information Mehrwert generiert. Es reicht nicht, wenn wir dem Zuweiser mitteilen, dass wir einen neuen Oberarzt haben, sondern, was hat der Zuweiser für einen Vorteil, dass Herr Dr. XY nun bei uns arbeitet. Wir versuchen, wann immer möglich crossmedial mit unseren Zielgruppen in den Dialog zu treten.

Mit unseren Behandlungspartnern ist ein Zusammenarbeits-Manual entstanden.

Was war Ihr grösster Erfolg?

Müller: Es gibt nicht nur einen grossen Erfolg. Aufs Ganze gesehen ist es die sich stetig verbessernde Beziehung zu den Behandlungspartnern. Wir haben die direkte Ansprache verstärkt. In einem gemeinsamen Projekt mit unseren Behandlungspartnern haben wir festgelegt, wie die Kommunikation optimalerweise ablaufen sollte, für beide Seiten. Dabei ist ein Zusammenarbeits-Manual entstanden.

Und über die Kooperation mit den Zuweisern hinaus?

Pieren: Ein großer Publicity-Erfolg war die Themenwoche „Eingeliefert". Radio SRF 3 sendete eine Woche live aus den PDGR. Einem Millionenpublikum konnte so das Thema „Psychiatrie" näher gebracht werden. Für dieses Projekt erhielten wir auch den KlinikAward 2015 für die beste Pressepräsenz.

Ein weiteres Highlight war sicher die Erlebnisreportage „Zmitzt dinna in der Psychiatrie". Eine Journalistin zog für eine Woche in die Klinik Waldhaus Chur ein. Entstanden ist ein eindrücklicher 75-Minuten-Film über den Alltag in der Klinik.

Müller: Eine richtige Erfolgsgeschichte sind auch unsere Vortragsreihen. Gestartet sind wir mit einer öffentlichen Vortragsreihe von sechs Veranstaltungen in Chur. Mittlerweile führen wir pro Jahr 30 Vortragsabende in Chur, Davos, St. Moritz, Scuol, St. Maria, Poschiavo, Cazis Ilanz und in Glarus durch. Besucht werden die Anlässe von bis zu 200 Personen pro Abend, was für Graubünden hervorragend ist.

Was sagt Ihnen der Blick zurück: was hätte besser laufen können?

Pieren: Im schweizerischen Gesundheitswesen hatte Marketing und Kommunikation eine geringe Bedeutung. Die PDGR waren eines der ersten öffentlichen Unternehmen im Gesundheitswesen, welches Marketing und Kommunikation professionell eingesetzt haben.

In der Anfangsphase musste intern einiges an Überzeugungsarbeit geleistet werden. Bei vielen Kollegen fehlte zu Beginn die Akzeptanz. Schulungen hätten dabei helfen können, den Nutzen von Marketing und Kommunikation zu vermitteln. Dank den verschiedenen erfolgreich umgesetzten Projekten hat mein Bereich eine hohe Akzeptanz innerhalb des Unternehmens erreicht. Dieser Erfolg ist darin sichtbar, dass mittlerweile 270 Stellenprozente für Marketing und Kommunikation zur Verfügung stehen.

Was wird in der Zukunft die grösste Herausforderung sein?

Müller: Das Bereitstellen der finanziellen Mittel und das Aufzeigen der Nachhaltigkeit.

Pieren: Da gibt es verschiedene: Für die PDGR als Ganzes, also für zwei Kliniken, eine Privatklinik und drei Heimzentren, müssen wir die Kommunikationsinstrumente den neuen Bedürfnissen der Zielgruppen anpassen. Dabei gilt es die Trends genau zu beobachten und auf die richtigen Instrumente zu setzen. Die beschränkten finanziellen und personellen Ressourcen erlauben es uns nicht, alle vorhandenen Instrumente zu nutzen.

Als nächstes müssen wir einen weiteren Schritt in Richtung Marktverständnis machen.

Insgesamt dürfen wir auf dem Erfolg nicht ausruhen. Als nächstes müssen wir einen weiteren Schritt in Richtung Marktverständnis machen. Wir werden nicht darum herum kommen, neben Kommunikation und Marketing auch den Verkauf zu stärken. Ob wir wollen oder nicht, der Gesundheitsmarkt verändert sich von einem Angebots- zu einem Nachfragemarkt. Dabei wird der Einsatz von modernen elektronischen Hilfs-

Josef Müller und Markus Pieren stellen sich den Fragen von Kongressbeirat Stephan Kunz und Stephan Rotthaus

mittel wie CRM oder Geomarketing immer wichtiger – Hilfsmitteln, welche im Konsum- oder Investitionsgütermarketing schon lange Standard sind.

Bitte geben Sie uns noch kurze Statements – ja oder nein – zu einigen Thesen zum Klinikmarketing. Erstens: „Zuweisermarketing bringt derzeit den besten Return on Investment."

Pieren: Einen der Besten.

Zweite These: „Gutes Personalmarketing wird künftig darüber entscheiden, ob bestimmte Leistungen überhaupt noch angeboten werden können."

Pieren: Ja. Der Ärzte- und Pflegepersonalmangel betrifft uns in der Schweiz besonders. Seit einiger Zeit beobachten wir, dass gut qualifizierte Mitarbeitende aus Deutschland wieder in ihre Heimat zurück gehen. Die PDGR als gut positionierte Arbeitgebermarke soll uns helfen, über genügend gut ausgebildete Fachkräfte zu verfügen.

Drittens: „Kliniken unterschätzen das Online-Marketing und setzen vor allem auf Flyer und Pressemitteilungen."

Pieren: Ich kann nur für uns sprechen. Wir haben das Potential von Online-Marketing erkannt und setzen seit einiger Zeit Online-Marketing ein. Flyer und Pressemitteilung gehören nach wie vor zu unserem Kommunikationsmix. Ein ausgewogener Mix bringt den Erfolg.

Und abschliessend: „Marketing wird künftig ein Erfolgsfaktor von Kliniken sein."

Pieren: Ja. Es müssen alle Akteure im Gesundheitswesen weiter sensibilisiert werden. Marketing wird neben der Hauptaufgabe einer Klinik – dem Heilen und Pflegen – immer wichtiger. Gute ärztliche und pflegerische Arbeit wird vom Kunden vorausgesetzt. Marketing soll helfen, den Kundennutzen der angebotenen Dienstleistung sichtbar zu machen und sich so von Mitbewerbern abzugrenzen und maßgebend zum Unternehmenserfolg beizutragen.

Psychiatrische Dienste Graubünden

Internet	www.pdgr.ch
Umsatz	92 Mio. CHF
Patienten stationär	2.100
Patienten ambulant	6.700
Mitarbeiter	Mitarbeiter: 1.000 (inkl. ARBES-Angestellte)

Angaben für 2016, gerundet

Irre gutes Marketing

BEST PRACTICE: Bezirkskliniken Mittelfranken

Helmut Nawratil
Vorstand

Dr. Ariane Peine
Leitung Marketing und Kommunikation

Wir wirken mit offensiver Pressearbeit und Plakat-Aktionen gegen die Stigmatisierung und zeigen: Psychiatrie ist Teil der Gesellschaft.

Die Bezirkskliniken Mittelfranken messen dem Marketing einen sehr hohen Stellenwert bei. Entscheidend dabei ist, dass die Marketingstrategie konsequent in die Unternehmensstrategie eingebunden ist, die das Klinikunternehmen in den letzten Jahren aus den roten Zahlen geholt hat.

Zu den Erfolgsbausteinen der Marketingstrategie gehören unter anderem das Key Account Management, das durch enge Betreuung der Zuweiser seit zwei Jahren deutliche Steigerungen in den zugewiesenen Fällen aufweist, und der mutige Auftritt in der Öffentlichkeit – von Facebook-Seite über Firmenlauf bis zur Anti-Stigma-Kampagne.

In Form des Trialogs zwischen Fachpersonal, Patienten und Angehörigen hat Kommunikation in der Psychiatrie, die den Schwerpunkt der Bezirkskliniken bildet, bereits eine lange Tradition. Für das Marketing wurde diese Stärke konsequent auf vielfältige Interessenspartner zielgruppenorientiert ausgeweitet. So wurde auch die Markenbotschaft der Kliniken „lebensmutig. selbstbestimmt. stark." aufgrund von Rückmeldungen von Patienten, Zuweisern und Mitarbeitern erarbeitet.

Stephan Rotthaus: Herr Nawratil, was war Klinikmarketing gestern, was ist es heute, was wird es morgen sein?

Helmut Nawratil: Bis vor ein paar Jahren hieß Marketing in den Bezirkskliniken Mittelfranken: Informationsmaterial erstellen und Pressearbeit betreiben. In privaten Kliniken fanden da schon massive Investitionen in Richtung Markenbildung und Marktpositionierung statt. Im öffentlichen Sektor gab es allenfalls den „Leuchtturm Chefarzt", der sich aus eigener Initiative in die Öffentlichkeit stellte. Heute adaptieren öffentliche Kliniken nach und nach die Vorgehensweise des privaten Sektors und industrieller Branchen im Allgemeinen. Sie gehen in die Außenwirkung und sind vertriebsorientierter.

Auch wir in den Bezirkskliniken Mittelfranken haben nun ein zielorientiertes Key Account Management und ein definiertes Marketingbudget von bis zu einem Prozent des Umsatzes. Gute medizinische Leistung ist dabei die Voraussetzung für alle Aktivitäten. In der Zukunft wird es noch sehr viel stärker um Exzellenzbildung gehen, und zwar sowohl in der Medizin als auch in allen anderen Unternehmensbereichen. Und es wird

noch stärker darum gehen, die eigene Qualität transparent, offensiv und ehrlich nach außen abzubilden. Wer das tut, hat einen klaren Wettbewerbsvorteil.

Gesundheit ist ein so hohes Gut, dass der Informationsbedarf enorm ist.

Frau Dr. Peine, was hat die rasante Entwicklung des Marketings im Klinikmarkt befördert?

Dr. Ariane Peine: Das Informationsbedürfnis der Patienten, aber auch der Zuweiser und weiterer Interessensgruppen erhöht den Druck auf die Marketingleistung der Krankenhäuser. Gesundheit ist ein so hohes Gut, dass der Informationsbedarf enorm ist. Wer diesem Bedarf nicht entgegenkommt, hat einen entscheidenden Nachteil. Die Aufgabe des Klinikmarketings ist es dabei, Informationen zielgruppenspezifisch und entlang einer Marktstrategie aufzubereiten. Und auch für jede Zielgruppe den richtigen Kanal zu finden. Wie Herr Nawratil schon sagte: Früher wurden planlos Informationsmaterialien produziert, gab es für jede Station einen Flyer, der für alle Zielgruppen galt. Alles war gleich wichtig. Heute wissen wir, mit unserer Strategie im Hinterkopf, welche Themen und Fachbereiche für uns in den Vordergrund rücken müssen. Derzeit konzentrieren wir uns, neben der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit, auf das Key Account Management und die Markenbildung. Das Informationsmaterial wird damit nicht weniger, aber spezifischer.

Das Key Account Management hat ganz entscheidend zu einem nachweisbaren wirtschaftlichen Erfolg beigetragen.

Was bedeutet Marketing für den Erfolg der Bezirkskliniken?

Nawratil: Marketing ist eine Philosophie. Dabei steht der Patient im Zentrum – an ihm misst sich unsere Qualität und ihm muss diese wiederum kommuniziert werden. Kurz gesagt: Tue Gutes und rede darüber. Das Bewusstsein, stolz zu sein auf das, was wir können, ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Auf diese Weise durchdringt Marketing auch alle anderen Unternehmensbereiche. Gleichzeitig ordnet sich das Marketing klar der Unternehmensstrategie nach dem Ansatz der Balanced Score Card unter und steht als gleichberechtigter Baustein neben Qualität, Wirtschaftlichkeit, Funktionalität und Nachhaltigkeit.

Der wichtigste Bestandteil des Klinikalltags sind die Mitarbeiter. Wie beziehen Sie diese mit ein?

Nawratil: Marketing hat bei uns einen hohen Stellenwert im strategischen Prozess, das setzt auch Schwerpunkte für die Unternehmenskultur. Wir kommunizieren unsere Projekte intern und entscheiden darüber hinaus über einige Dinge „bottom up“, jüngst über unsere Wortmarke „lebensmutig. selbstbestimmt. stark.“. Das wurde mit einem Markenzirkel erarbeitet, zu dem alle Mitarbeiter eingeladen waren. Dadurch ist die Akzeptanz höher und die Identifikation mit dem Unternehmen wird gestärkt. 150 unserer Mitarbeiter sind kürzlich auf dem „B2 Run“, einem Firmenlauf in Nürnberg, im Team mitgelaufen und haben dabei ein T-Shirt mit der Aufschrift „Irre gut“ getragen! Das zeigt, dass wir auf einem sehr guten Weg sind.

Dass eine psychiatrische Klinik zu den Vorreitern im Bereich des Klinikmarketings gehört, ist ungewöhnlich. Woran liegt das?

Peine: Ich weiß von Kollegen, die aus Sorge um anti-psychiatrische Stimmungen keine Facebook-Seite für ihre Klinik einrichten. Wir haben selbstverständlich eine – und noch keine negativen Erfahrungen gemacht. Auch Key Account Management ist nicht weit verbreitet im Bereich der Psychiatrie. Dabei funktioniert es genauso, und genauso gut, wie bei jedem anderen Krankenhaus. Für viele ist Psychiatrie aber nach wie vor ein heikles Thema. Psychiatrie ist ein so viel gescholtenes Fach, so dass hier besonders viel Zurückhaltung herrscht, sich positiv darzustellen, aus Angst eine negative Gegenreaktion zu erhalten.

Nawratil: Dabei bewirkt diese Zurückhaltung genau das Gegenteil. So denke ich, dass die Stigmatisierung unserer Patienten, aber auch der Einrichtung an sich und der Mitarbeiter, unter anderem daher rührt, dass die Psychiatrie jahrelang im Dunklen agiert hat. Frei nach dem Motto „Keine Nachricht ist eine gute Nachricht“. Dabei brauchen wir den Mut, nach außen zu gehen, sich negativen Bildern zu stellen und zu zeigen, wie Psychiatrie heute ist. Wir wirken mit offensiver Pressearbeit und Plakat-Aktionen gegen die Stigmatisierung und zeigen: Psychiatrie ist Teil der Gesellschaft.

Was würden Sie als Ihre grössten Erfolge bezeichnen?

Peine: Sehr viel Zustimmung haben wir zu unserer kürzlich gestarteten Anti-Stigma-Kampagne bekommen. Hier haben wir die richtige Mischung getroffen zwischen eindringlicher Darstellung von Facetten psychischer Erkrankungen sowie bewusster Aufforderung zur Diskussion. „Plakativer Bruch des Schweigens“ hat ein Journalist dies genannt. Betrachtet man die letzten

Dr. Ariane Peine und Helmut Nawratil werden von Kongressbeirat Stephan Bachmann und Stephan Rotthaus befragt

Jahre, hat aber ganz entscheidend das Key Account Management zu einem nachweisbaren wirtschaftlichen Erfolg beigetragen. Im Schnitt sind die Zuweisungen von Niedergelassenen, bei denen wir Besuche durchgeführt haben, deutlich höher als bei anderen.

Nawratil: Wichtig ist dabei auch, den eigenen Markt zu kennen, Marktanalysen durchzuführen und marktrelevante Daten aufzubereiten. Hierfür haben wir die entsprechenden Instrumente aufgebaut. Im Key Account Management laufen deshalb alle Markt-Informationen zusammen und werden dort dokumentiert. Entscheidend ist es aber auch, daraus die richtigen Schlüsse und Handlungsanweisungen abzuleiten sowie die Wirksamkeit zu evaluieren. Neben den Zuweisungszahlen zeigen auch unsere regelmäßigen Zuweiserbefragungen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Mit Einführung des Key Account Managements ist die Zuweiserzufriedenheit um fast zehn Prozent gestiegen.

Die Bezirkskliniken Mittelfranken haben den Turnaround geschafft von einer massiven Defizit-Situation zum mittlerweile dritten Jahr mit steigend positiven Ergebnissen. Was sind Ihre Erfolgsrezepte für das Marketing?

Peine: Wir gehen nach einer klaren Strategie vor, betreiben mutige Öffentlichkeitsarbeit und haben unsere Zielgruppen im Blick. Dabei ist es entscheidend, dass wir in enger Abstimmung mit dem Vorstand sind und dementsprechenden Rückhalt haben.

Wir müssen auch Fehler machen dürfen. Alles, was wir tun, überprüfen wir kritisch.

Nawratil: Wir müssen auch Fehler machen dürfen. Alles, was wir tun, überprüfen wir kritisch. So kann es vorwärts gehen. Dabei ist Authentizität entscheidend: Auch Dinge, die vielleicht gerade nicht gut laufen, müssen kommuniziert werden. Deshalb haben wir uns in den letzten Jahren auch intensiv mit Krisenkommunikation beschäftigt. Wie in den allgemeinen Marketingaktivitäten gilt auch hier: Wir brauchen den Mut, transparent nach außen und innen zu kommunizieren.

Bezirkskliniken Mittelfranken

Internet	www.bezirkskliniken-mfr.de
Umsatz	180 Mio. Euro
Patienten stationär	17.000
Patienten ambulant	34.000
Mitarbeiter	3.000

Angaben für 2015, gerundet

Innovative Produkte entwickeln – immer einen Schritt voraus

BEST PRACTICE: Geriatrische Gesundheitszentren Graz

Hon. Prof. (FH) Dipl.-HTL-Ing. Mag. Dr. Gerd Hartinger MPH
Geschäftsführer

Marlies Strempfl BA MA
Leitung Strategische und Operative Planung

Franz Scheucher MAS
Leitung PR

Eine Klinik kann nur überleben, wenn sie ihr Angebot strikt am Bedarf orientiert – so wie jedes andere Unternehmen.

Als Armenhaus im Jahr 1724 gegründet, haben sich die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) in den vergangenen 15 Jahren von einem baufälligen Geriatrischen Krankenhaus zum Top-Unternehmen weiterentwickelt.

Einen Preis nach dem anderen können die GGZ für sich entscheiden – den Staatspreis für Unternehmensqualität, den KlinikAward und den österreichischen Preis der Altenpflege, um nur einige zu nennen. Ein Grund dafür: die Entwicklung immer neuer innovativer Produkte in der Geriatrie – strikt auf der Basis der Kundenbedürfnisse.

Stephan Rotthaus: Herr Professor Hartinger, wie beurteilen Sie die Entwicklung des Marketing und der Marktorientierung im Klinikbereich in Österreich?

Prof. Dr. Gerd Hartinger: Als ein stetiges Voranschreiten. Vor der DRG-Einführung – in Österreich: leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – war der Krankenhausmarkt stark staatlich reguliert. Jetzt öffnet sich der Bereich zunehmend, die Marketingpositionen werden von Profis besetzt. Damit einher geht die Überzeugung, dass eine Klinik nur überleben kann, wenn sie ihr Angebot strikt am Bedarf orientiert – so wie jedes andere Unternehmen. Bis das zu den zuständigen Behörden durchgesickert ist, wird es allerdings noch eine Weile dauern. Wir sehen uns deshalb im Bereich der Public Health mit einer größeren Verantwortung, für Unternehmen und Mitarbeiter, und setzen auch Projekte um, die noch keine staatliche Unterstützung bewilligt bekommen haben.

Sie nehmen hier in vielen Fällen eine Art Pionierfunktion ein.

Hartinger: Wir haben immer den nächsten und übernächsten Schritt im Blick. Vor zwei Jahren haben wir das Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie gegründet mit den Hauptforschungsfeldern Public Health und Versorgungsforschung. Wir arbeiten in Kooperation mit Universitäten und Fachhochschulen und vergeben Masterarbeiten, entdecken dabei „Versorgungs-Felder" und „Produkte" die uns häufig als Grundlage für unsere Marktstrategie dienen.

Wir wissen: Das, was wir machen, wird gebraucht. Mit dieser Überzeugung können wir nicht immer warten, bis die staatlichen Planungsinstitute nachziehen.

Mit der Finanzierung von Projekten gehen Sie oft in Vorleistung. Hat sich diese Strategie bewährt?

Hartinger: Ja. Alle unsere Projekte haben eine tragfähige wissenschaftliche Grundlage. Wir wissen: Das, was wir machen, wird gebraucht. Mit dieser Überzeugung können wir nicht immer warten, bis die staatlichen Planungsinstitute nachziehen. Ein neues Projekt ist zum Beispiel unsere IMC, die Intermediate Care Station für instabile geriatrische Patienten. Nach der Konzeption und Implementierung ist es wichtig, dass wir am Ball bleiben mit Evidence Based Medicine und Fachpublikationen, Auftritten auf Kongressen, die neue Dienstleistung für Preise einreichen – oft folgt erst dann die Akzeptanz der öffentlichen Hand. Ich könnte Ihnen 20 Projekte nennen, die wir auf diese Weise umgesetzt haben.

Das rentiert sich auch finanziell?

Hartinger: Unser Umsatz ist von jährlich 15 Millionen Euro im Jahr 2000 auf 45 Millionen Euro im Jahr 2015 gestiegen.

Frau Strempfl, Sie leiten die Strategische und Operative Planung der GGZ. Was waren aus Ihrer Perspektive die grössten Erfolge in der Produktentwicklung?

Marlies Strempfl: Das Albert Schweitzer Institut ist immens wichtig. Über das Institut sind wir mit Kliniken und Forschungseinrichtungen vernetzt. Aktuell nehmen wir an 40 Forschungsprojekten teil. Unsere Kollegen waren gerade in Lissabon und Barcelona zur Präsentation von Projekten. Auf diese Weise profitieren wir von einem Wissensaustausch, der es uns ermöglicht, die Entwicklung vor Ort voranzutreiben. Ein interessantes Beispiel für ein konkretes Projekt ist unser neuer Geschäftsbereich „Betreubares Wohnen plus". Wir planen, die bereits existierenden Angebote zu Betreubarem Wohnen weiterzuentwickeln auf der Basis von Marktrecherche und der Auswertung von Best Practice Beispielen. Dabei wird die Integration von „Ambient Assisted Living" Technologien wichtig, zu denen wir am Institut forschen.

Wir sehen uns als Universalanbieter für Altersmedizin und Pflege, auch außerhalb der Klinik.

Hartinger: Was das noch mit der Klinik zu tun hat, werden wir oft gefragt. Wir sehen uns als Universalanbieter für Altersmedizin und Pflege, und das umfasst auch Leistungen außerhalb der Klinik.

Herr Scheucher, wie gestaltet sich Ihre Marketingarbeit in einer Klinik, die einen derartig starken Schwerpunkt auf die Produktentwicklung legt?

Franz Scheucher: Es geht natürlich in erster Linie um das Bekanntmachen der Produkte. Die Stabstelle Marketing arbeitet eng mit der Produktentwicklung zusammen. Ein neues Produkt, wie unser Memory Tageszentrum, ist in der Balanced Scorecard als strategisches Ziel verankert. Davon leiten sich die operativen Ziele ab: An wen richtet sich das neue Produkt, wer sind die Zuweiser, wer sind die Stakeholder und über welchen Kanal können sie erreicht werden?

Welcher Kanal hat sich bei Ihnen als besonders effektiv herausgestellt?

Scheucher: Wir konnten große Erfolge im Zusammenhang mit Preisen und Zertifizierungen verzeichnen. Wir haben eine Green Building Zertifizierung, 2014 haben wir den Staatspreis für Unternehmensqualität erhalten, dann ein Jahr später den EFQM Award und den Klinikaward für bestes Klinikmanagement. Um nur einige zu nennen. Tatsächlich haben sich diese Erfolge schon verselbständigt: Der Vorschlag für die Staatspreisteilnahme kam von einem Co-Visitor für eine Zertifizierung.

Was sind die Geheimnisse des Erfolges?

Scheucher: Das starke Produkt- und Qualitätsmanagement treibt uns voran. Wir haben in den letzten 15 Jahren 220 Großprojekte realisieren können. Wir bieten die passende Versorgungsform für alle Situationen, von unserem mobilen geriatrischen Konsiliardienst für die Pflegeheime, Tagesstätten über die Versorgung chronisch und akut Kranker in der Albert Schweitzer Klinik. Gleichzeitig ist entscheidend: Zuerst kommt immer die interne Qualität. Wir haben eine sehr lernfähige Organisation, mit kleinen, hocheffizienten Abteilungen und kurzen Wegen. Wir können schnell und unkompliziert reagieren.

Die Repräsentanten der GGZ: Franz Scheucher, Marlies Strempfl und Professor Hartinger, Manager des Jahres 2015

Hartinger: Richtig. Wir sind ein vergleichsweise kleines Unternehmen mit rund 700 Mitarbeitern. Meine Erfahrung hat gezeigt: Wenn man zu schnell wächst, geht Qualität verloren.

Wie gross ist Ihre Reichweite? Sprechen Sie auch internationale Patienten an?

Hartinger: Unser Angebot richtet sich vor allem an die Region Graz und die Steiermark. Wir stehen jedoch in ständigem Austausch auf internationaler Ebene. Think global, act local! In Österreich haben wir z.B. den Verband Geriatrischer Krankenhäuser Österreichs (VGKÖ) gegründet, ein großartiges Netzwerk für den Erfahrungs- und Wissensaustausch. Einige andere Anbieter sind auf unsere Lösungen aufmerksam geworden und setzen sie in ihren Häusern um. Ein großes Interesse kommt auch aus China: Das dortige Langzeit-Pflegesystem versagt aufgrund der Ein-Kind-Politik. Wir haben bereits Delegationen von Universitäten und der Regierung empfangen und Memoranden of Understanding unterschrieben. Mit der Universität in Shanghai haben wir eine Kooperation in Form eines Summer Campus beschlossen.

Was sind die grössten Stolpersteine für Ihre Entwicklung?

Hartinger: Die Verantwortlichen in Regierung und Verwaltung legen uns mitunter Steine in den Weg. Das liegt nicht nur an fehlendem Knowhow, sondern auch an der kurzlebigen Personalsituation. Wir wollen aktiv an der Gesundheitspolitik teilhaben, aber müssen zu oft von vorne beginnen, um wirklich etwas zu bewirken.

Den Steinen zum Trotz: Was wollen Sie in den nächsten Jahren erreichen?

Hartinger: Wir wollen ein „Magnetspital" sein, das heißt, die innovativen, intrinsisch motivierten Bewerber anziehen. Das funktioniert schon gut, mittlerweile haben wir ca. 100 Bewerbungen für eine Stelle in der Verwaltung. Wir wollen unser Nachhaltigkeitsdenken vertiefen, und unser Wissen vermitteln, im In- und Ausland bis nach China. Eine Zukunftsidee: unser kleines Barockschloss zu einem internationalen Zentrum für Longterm Care ausbauen. In Kürze formuliert: „Wir schlafen nicht ein, sondern werden immer interessanter und lernen dazu."

Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz

Internet	www.ggz.graz.at
Umsatz	47 Mio. Euro
Patienten gesamt	4.200
Mitarbeiter	600

Angaben für 2016, gerundet

Effiziente Arbeitsteilung für die beste Versorgung

BEST PRACTICE: Universitätsklinikum Heidelberg

Irmtraut Gürkan
kaufmännische Direktorin, stellv. Vorstandsvorsitzende und Managerin des Jahres

Wir füllen unsere 2.000 Betten mit Fällen, die unsere komplexe und teure Infrastruktur wirklich benötigen.

Das Universitätsklinikum Heidelberg betreibt aktuell elf enge Kooperationen mit Krankenhäusern in der Region, in denen die Fachabteilungen von Chefärzten des Uniklinikums geleitet werden. Die Zusammenarbeit bringt einen Zuwachs an Expertise und Patientenzahlen für die Partner. Das Uniklinikum wiederum hat durch die Auslagerung der Fälle in der Grund- und Regelversorgung freie Kapazitäten für die Weiterentwicklung der Hochleistungsmedizin.

Stephan Rotthaus: Frau Gürkan, wie würden Sie die strategische Entwicklung des Universitätsklinikums Heidelberg in den letzten Jahren beschreiben?

Die Fälle der Grund- und Regelversorgung werden in Kooperationshäuser ausgelagert.

Irmtraut Gürkan: In Deutschland gibt es eher zu viele Krankenhäuser als zu wenige. Das kann man nicht generalisieren, aber gerade in Ballungsgebieten besteht ein Überangebot. Schon vor fünfzehn Jahren haben wir deshalb darüber geredet, dass der Wettbewerb Einzug halten wird in den Krankenhausmarkt. Jedes Haus versucht, seine eigene Antwort darauf zu finden, abhängig von der Versorgungsstruktur.

Vor der Einführung des DRG-Systems haben wir die zukünftige Situation simuliert und festgestellt, dass uns 30 Millionen Euro fehlen würden. Es gab zwei Möglichkeiten: die Uniklinik Heidelberg steigert als Maximalversorger ihre Patientenzahlen – oder konzentriert sich auf die Hochleistungsmedizin, mit Fällen für die ein hoher Case-Mix-Index gilt. Wir haben eine große Expertise im Bereich der Onkologie, im kardiovaskulären und neurologischem Bereich. Unser limitierender Faktor ist die Bettenzahl von 2.000 im Uniklinikum.

Die Entscheidung war schnell klar: Wir füllen diese Betten mit Fällen, die unsere komplexe und teure Infrastruktur wirklich benötigen. Die Fälle der Grund- und Regelversorgung werden in Kooperationshäuser ausgelagert. Wir haben seitdem eine Steigerung der Case-Mix-Punkte um 70 Prozent und eine Fallzahlstei-

gerung um 20 Prozent erreicht. Das zeigt: Der Shift in die Hochleistungsmedizin ist geschafft.

Ist das eine Überlegung, die auch für andere Universitätsklinika gültig sein kann?

Gürkan: Das hängt vom Umfeld ab, von den Wettbewerbern, vom Profil der Uniklinik. Unsere Strategie ist abgestimmt auf das Profil unseres Hauses und die Expertise, die vorhanden ist. Es gab viele Hausaufgaben, die wir erstmal machen mussten: Intern mussten wir Betten verlagern, zum Beispiel von der Augenklinik, in der jetzt vieles ambulant läuft, in die Neurochirurgie.

Eine Veränderung der Leistungsstruktur war nötig. Wir haben unsere Expansionsmöglichkeiten ausgelotet, denn für den Ausbau der Onkologie brauchten wir Platz u.a. für eine Palliativstation. Wir konnten ein kleines konfessionelles Haus als Partner gewinnen. Dort betreiben unsere Palliativmediziner die Betten, während das Krankenhaus selber abrechnet und das Pflegepersonal stellt.

Dieses Kooperationsmodell wenden Sie mittlerweile an vielen Stellen an. Wie kommunizieren Sie die Zusammenarbeit gegenüber den Patienten?

Das Universitätsklinikum arbeitet mit insgesamt 49 Krankenhäusern zusammen.

Gürkan: Das Universitätsklinikum arbeitet mit insgesamt 49 Krankenhäusern in der Krankenversorgung und im Infrastrukturbereich zusammen und haben 11 Kooperationsverträge mit Häusern geschlossen, in denen unsere Chefärzte gleichzeitig die dortigen Kliniken leiten. In Sinsheim, beispielsweise, leiten Ärzte der Uniklinik Heidelberg die Neurologie und die Viszeralchirurgie. Im Krankenhaus Salem in Heidelberg die Allgemeinchirurgie, die Gynäkologie/Geburtshilfe und künftig die Radiologie.

Den Patienten wird diese Zusammenarbeit im Einzelfall erklärt und durch uns oder den Kooperationspartner beworben. Die Kooperationen sind meist für beide Seiten sehr nützlich.

Ein anderes Beispiel ist das Krankenhaus Frankfurt Höchst, wo wir eine Neuroradiologie eingerichtet haben, die es vorher nicht gab. Der Aufbau einer solchen Abteilung braucht viele Experten und bringt für beide Seiten ein wertvolles Alleinstellungsmerkmal.

Wie genau gestaltet sich die Kooperation?

Gürkan: Unsere Chefärzte verantworten und steuern die Klinik, können aber natürlich nicht täglich im Haus sein. Deshalb werden Chefarztvertreter eingesetzt, die das Tagesgeschäft übernehmen. Wie genau die Zusammenarbeit aussieht, hängt von den jeweiligen Umständen und dem Fach ab.

Die Neuroradiologie in Höchst wird von einer halbjährlich wechselnden Chefarztvertretung geleitet – das ist hier möglich, weil in dem Fachgebiet der Patientenkontakt weniger ausgeprägt ist. Hingegen ist in der Chirurgie im Krankenhaus Salem seit zwölf Jahren derselbe Chefarztvertreter im Amt. Das ist wichtig für Patienten, die teilweise mehr als einmal auf der Station sind.

Kauft das Uniklinikum andere Krankenhäuser auch vollständig auf?

Gürkan: In den letzten acht Jahren haben wir drei Krankenhäuser gekauft. Die Stiftung Orthopädie, die komplett im Uniklinikum aufgegangen ist, die Thoraxklinik, die weiter als eigenständiges Haus existiert, und das Kreiskrankenhaus Bergstraße in Heppenheim – eigentlich als Kooperationshaus geplant, aber der Kreis wollte verkaufen.

Stösst das Uniklinikum mit dieser Herangehensweise an kartellrechtliche Grenzen?

Gürkan: Ja. Das ist sehr bedauerlich. Das Problem sind doch nicht Preisabsprachen – der Preis, die DRG, wird ja bundesweit vorgegeben – sondern, dass sich der Patient frei entscheiden können soll. Die Frage ist, ob eine Marktmacht missbraucht ist, wenn man sich in Hinblick auf die Versorgung gut ergänzt und abstimmt. Ein Vorbild für eine Neuregelung könnte die Schweiz sein, wo das Wettbewerbsrecht im Krankenhausmarkt eher hinter einer effizienten Planung zurücktritt.

Von den rechtlichen Rahmenbedingungen abgesehen – unter welchen Voraussetzungen funktioniert Ihr Konzept?

Gürkan: Verlässlichkeit. Die Versprechen, die wir den Häusern machen, müssen auch eingehalten werden. Wir betreiben das europäische Pankreaszentrum mit über 600 Fällen jährlich. Zum Vergleich: Am größten Uniklinikum, der Charité, sind es unter 200 Fälle, alle anderen Häuser liegen mit ihren Fallzahlen darunter. Wenn der Erfolg morgen abbrechen würde, und wir, um Betten zu füllen, vermehrt Blinddarmoperationen durchführten, würde die ganze Konzeption in Frage stehen.

Junge Ärzte gehen eher in kleinere Orte und Häuser, wenn es im Rahmen eines Rotationsmodells passiert.

Wird in Zukunft die Knappheit an gutem ärztlichen Personal an vielen Stellen zur Zentralisierung führen?

Gürkan: Ganz sicher. In einem medizinischen Zentrum wie der Uniklinik kann das Know-How viel besser organisiert und genutzt werden. Stellen können leichter besetzt werden. Junge Ärzte gehen eher in kleinere Orte und Häuser, wenn es im Rahmen eines Rotationsmodells passiert.

Sie betreiben in Hamburg eine radiologische Praxis, die ohne Ärzte auskommt. Ist das Fernbehandlungsverbot überholt?

Gürkan: Ich gehe davon aus, dass das Verbot noch dieses Jahr fallen wird. Es ist schlichtweg fachlich nicht mehr gerechtfertigt, wenn man sich anschaut, was sich in der letzten Zeit im Bereich Telemedizin entwickelt hat. Viele Häuser könnten ihre Radiologie gar nicht mehr betreiben, wenn sie keine Kopplung mit einer größeren Einrichtung hätten.

Unsere Praxis in Hamburg wird über eine Standleitung von Professor Bendszus, dem Klinikdirektor der Neuroradiologie, oder Mitarbeitern bedient; das Beratungsgespräch und die MR-Untersuchung erfolgen über Video. Täglich können so ca. sechs Patienten beraten werden, die sonst die Anreise nach Heidelberg hätten auf sich nehmen müssen – die periphere Nervendarstellung ist eine Unikatleistung, die nur im Universitätsklinikum Heidelberg angeboten wird.

Was waren Ihre grössten Erfolge mit der strategischen Ausrichtung?

Gürkan: Wir haben unsere Alleinstellungsmerkmale sichtbar gemacht. Die Konzentration auf die Hochleistungsmedizin ist gelungen: wir betreiben das europäische Pankreaszentrum, eines der größten Transplantationszentren für Leber, Niere und Herz und sind mit unserem Case-Mix-Index unter den ersten drei Kliniken in Deutschland.

Von 2003 bis 2010 konnten wir ein rasantes Wachstum verzeichnen, bis heute wächst der Umsatz weiterhin. Als eine der wenigen Unikliniken schreiben wir schwarze Zahlen und können unsere Investitionstätigkeit zu einem großen Teil selbst finanzieren. Wir sind in der Forschung sehr erfolgreich: Unsere medizinische Fakultät hat bundesweit eines der höchsten Drittmittelaufkommen. Wir konnten in den letzten zwei Jahren fünf neue Sonderforschungsbereiche gewinnen und sind an fünf von sechs Gesundheitsforschungszentren beteiligt.

Das wiederum zieht gute Leute an. Wir wollen die Besten nach Heidelberg holen, sowohl in der Medizin als auch in der Forschung.

Universitätsklinikum Heidelberg

Internet	www.klinikum.uni-heidelberg.de
Umsatz	940 Mio. Euro
Patienten stationär	65.000
Patienten ambulant	250.000
Mitarbeiter	12.000

Angaben für 2016, gerundet

Klinika sanieren über ungenutzte Angebotspotentiale

BEST PRACTICE: AMEOS Gruppe

Dr. Marina Martini
CDO, Mitglied des Vorstandes

Florian Deumeland,
Leiter Unternehmenskommunikation

Michael Mehner
Leiter Leistungsentwicklung

Es gibt drei Dinge, die wir besser können: Wir sind schneller bei Entscheidungen, frei von politischen Zwängen und bereit, zu investieren.

Vor jedem Erwerb eines wirtschaftlich defizitären Klinikums steht die Marktpotentialanalyse: Welche Angebote fehlen? Wo sind Mitbewerber schwach? Was fehlt für die Versorgung der Bevölkerung? Nicht primär über Kostenreduzierung, sondern über Investitionen in bessere Gesundheitsversorgung macht AMEOS diese Klinika wieder wirtschaftlich.

Stephan Rotthaus: Frau Dr. Martini, wofür steht die Marke AMEOS?

Dr. Marina Martini: AMEOS steht für außergewöhnlich, menschlich, engagiert, offen und sozial.

Das sind Begriffe, die für gewöhnlich nicht mit privaten Klinikgruppen in Verbindung gebracht werden. Was machen Sie anders?

Martini: Wir denken im Interesse der Patienten, und, noch einen Schritt weiter, im Interesse der Versorgung.

Die Häuser, die von uns übernommen werden, kommen meist aus kommunaler Hand und weisen wir schaftlich starke Defizite auf. Kriterium für eine erfolgreiche Übernahme ist von unserer Seite, dass die jeweilige Marktposition ausbaufähig ist.

Kriterium für eine erfolgreiche Übernahme ist von unserer Seite, dass die jeweilige Marktposition ausbaufähig ist.

Michael Mehner: Wir schauen uns dezidiert die derzeitige Marktpositionierung an und gleichen diese mit der bedarfsorientierten Nachfrage der Bevölkerung im Marktgebiet ab. Daraus entsteht ein detaillierter Plan für die Weiterentwicklung des Hauses und seiner Angebotsstrukturen.

Es hat sich dabei bewährt, einen starken Fokus auf mögliche Lücken in der regionalen Krankenversorgung zu legen. Mit der heutigen Krankenhausfinanzierung kommt ein Haus der Grund- und Regelversorgung, das allein grundständige Chirurgie, Innere und Geburtshilfe anbietet, nicht über die Runden. Wir brauchen daneben ebenso Spezialisierungen, Diversität.

Martini: Das kann dann konkret zum Beispiel heißen, dass unsere Marktanalyse eine Unterversorgung im Bereich der invasiven Kardiologie in Sachsen-Anhalt aufzeigt. Daraufhin haben wir in vier unserer dortigen Einrichtungen Linksherzkatheter-Messplätze installiert. Sachsen-Anhalt ist das medizinisch am schlechtesten versorgte Bundesland in der Bundesrepublik Deutschland.

Finden Ihre Ideen Anklang unter den Klinikmitarbeitern? Oder stossen Sie auf Ablehnung?

Martini: Wir haben schon häufig erlebt, dass die Chefärzte eines neu erworbenen Hauses mit ähnlichen Ideen und Konzepten auf uns zukamen, die von der früheren Geschäftsführung nicht umgesetzt worden waren. Das ist ein guter Start – die Leistungsträger wissen, dass es mit uns wieder vorwärts geht. Es passiert aber auch, dass das Übernahmeverfahren falsch kommuniziert wird, die Mitarbeiter nicht eingebunden werden und sich unsicher fühlen. Diese Stimmung wollen und müssen wir dann bei Übernahme im Rahmen der Integration drehen.

Privaten Trägern wird vorgeworfen, auf kurzfristige Kostensenkungen aus zu sein, oft zu Lasten der Mitarbeiter.

Martini: Natürlich schauen wir auch auf die Kosten. Die Häuser, die wir übernehmen, sind meist in einer sehr schlechten wirtschaftlichen Lage. Wir schauen uns die Sachkosten sowie Rahmenverträge an und können durch unsere Gruppenstruktur und den zentral gesteuerten Einkauf viele Einsparungen erzielen. Auch die Personalstruktur und die Prozesse werden hinterfragt.

AMEOS ist der einzige private Träger, der im Zusammenhang mit der Integration einer Einrichtung noch nie betriebsbedingt gekündigt hat. Interessant ist auch, dass die privaten Träger vor den freigemeinnützigen, vor den kommunalen liegen, wenn es um die Investitionstätigkeit geht. Sowohl pro Bett als auch pro Euro Umsatz. Und wir haben im Vergleich einen überproportionalen Zuwachs an Mitarbeitern bei Ärzten und Pflegepersonal.

Wo sind nach Ihrer Meinung Private „besser" als kommunale Träger?

Martini: Es gibt drei Dinge, die wir besser können: Wir sind schneller bei Entscheidungen, frei von politischen Zwängen und bereit, zu investieren. Die privaten Träger sind im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit – was einige kommunale Träger in ihren Häusern tun, würde uns heftige Kritik einbringen.

Einige unsere Einrichtungen haben als öffentliche Krankenhäuser zum Beispiel jahrelang Anträge für Tageskliniken gestellt. Sie waren aber immer abgewiesen worden. Die Scheu, gegen die öffentliche Hand, die das Haus finanzierte, aktiv zu werden war zu groß. AMEOS scheut sich nicht, Einspruch zu erheben und das mit Erfolg. So konnten wir einige dringend benötigte Leistungsangebote ins Leben rufen.

Viele Häuser trauen sich nicht, in den Wettbewerb zu gehen.

Was sind, Ihrer Erfahrung nach, die häufigsten Ursachen für den Misserfolg eines Krankenhauses?

Mehner: Viele Häuser sind mit ihren Angeboten medizinisch schon relativ gut aufgestellt, aber haben kein fachabteilungsübergreifendes Konzept (Stichwort Zentrenbildung), keine medizinische Leistungsstrategie. Teilweise trauen sie sich auch nicht, in den Wettbewerb zu gehen. Oder sie verstehen es nicht, ihre Leistungen zielgruppengerecht nach aussen zu kommunizieren.

Ein erster Indikator ist für mich immer das Datum der letzten Pressemitteilung.

Martini: In zwei Bereichen erleben wir durchaus häufig Defizite: im Medizincontrolling und im Marketing. Ein erster Indikator ist für mich immer das Datum der letzten Pressemitteilung. Leistung muss kommuniziert werden!

Nach der Übernahme – was sind die ersten Schritte zur Verbesserung der Lage?

Martini: Nach der Übernahme beginnt der Integrationsprozess in Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern des Krankenhauses. Unser Ziel ist es, innerhalb von drei Monaten festgelegt zu haben, wohin sich das Haus medizinisch entwickeln wird. Daraus ergeben sich die konkreten Maßnahmenpakte für die Abteilungen. Das kann zum Beispiel sein: eine leistungsbezogene Pressemitteilung pro Woche. Ist der Prozess einmal angestoßen, liegt es in der Hand der jeweiligen Standorte, regelmäßig ihre Medizinstrategie zu überprüfen. Dafür geben wir einheitliche Tools und Vorgehensweisen vor. Neue Projekte und Maßnahmen werden mit uns in Zürich abgestimmt.

Florian Deumeland, Michael Mehner und Dr. Marina Martini im Interview durch Stephan Kunz und Stephan Rotthaus

Haben Sie ein gutes Beispiel für einen erfolgreichen Übernahmeprozess?

Martini: Es gibt viele gute Beispiele. Unsere Häuser im Salzlandkreis in Sachsen-Anhalt wären ein prominentes. Zum Zeitpunkt der Übernahme war aus Kostengründen ein Standort bereits geschlossen und 360 Mitarbeiter zu viel. Wir haben das Krankenhaus wiedereröffnet und dadurch eine Leistungssteigerung bewirkt.

Dazu haben wir eine besondere tarifliche Vereinbarung erarbeitet, um alle Mitarbeiter weiter beschäftigen zu können. Die Mitarbeiter erklärten sich bereit, zehn Prozent weniger zu arbeiten, bei entsprechender Anpassung des Lohns. Der restliche Teil wurde von AMEOS getragen. Dadurch konnten wir Entlassungen verhindern.

Wie bringen Sie im Marketing die Anforderungen eines grossen Unternehmens mit den lokalen Bezügen der einzelnen Krankenhäuser zusammen?

Florian Deumeland: Wir haben drei Stränge im Bereich Marketing, die hier in Zürich zusammenlaufen: Leistungsmarketing, Arbeitgebermarketing und Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Alle drei Bereiche gibt es auf Gruppenebene, für die Regionen und in den einzelnen Einrichtungen.

Wenn aus Zürich das Konzept kommt, ist sichergestellt, dass es vor Ort von den Kommunikationsverantwortlichen, Personalmitarbeitern und sogenannten Kooperationsmanagern für das Zuweisermanagement umgesetzt wird.

Die Entwicklung der Konzepte selber ist ein iterativer Prozess; wir arbeiten eng mit den regionalen Mitarbeitern im Austausch, damit das Endergebnis umsetzbar ist, Rücksicht auf regionale Besonderheiten nimmt und dennoch eine gewisse Harmonie und Ähnlichkeit innerhalb der Gruppe ermöglicht.

Was genau ist die Aufgabe eines Kooperationsmanagers?

Mehner: Die Kooperationsmanager sind für die Leistungsentwicklung zuständig. Sie führen Daten- und Wettbewerbsanalysen durch und sprechen Empfehlungen für die medizinische Entwicklung aus. Außerdem sind Kooperationsmanager zuständig für die Pflege und Verbesserung der Zuweiserkontakte. Sie haben den Überblick über das Zuweisungsverhalten der Niedergelassenen und bereiten zum Beispiel die Chefärzte auf Gespräche mit den Zuweisern vor.

Thema Personalmanagement: Wie reagieren Sie auf den zunehmenden Wettbewerb um Fachkräfte?

Martini: AMEOS hat bei dem Thema entscheidende Vorteile. Zum einen sind wir als privater Träger stark am Markt orientiert, treiben Innovationen voran und treffen schnelle Entscheidungen. Das birgt für unsere Mitarbeiter viele Entwicklungsmöglichkeiten. Zum anderen bieten wir Vorteile, die die Organisation im Verbund mit sich bringt: Durch eine häuserübergreifende Standardisierung müssen sich Ärzte und Pflegepersonal mit vielen kleinen organisatorischen Aufgaben, die neben dem Kerngeschäft anfallen, nicht beschäftigen. Durch unser deutschlandweites Krankenhausnetzwerk können wir unseren Fachkräften vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten geben und haben so auch in ländlichen Gebieten weniger Probleme mit Personalmangel.

Würden Sie die Arbeit in der Gruppe der in einem alleinstehenden Haus vorziehen?

Deumeland: Ja, auf jeden Fall. Durch die Vielfalt der Aufgaben und dem ständigen Austausch mit verschiedenen Umgebungen können ganz andere Synergien entstehen. Unsere Mitarbeiter sollen Themen und Entscheidungen mitentwickeln. Das erzeugt eine solide Basis für die Umsetzung der Richtlinien. Sie erhalten eigene Kompetenzen und Werkzeuge, welche die einzelnen Häuser unterstützen. An der Basis herrschen dadurch höhere Standards, weil die Vorgaben eine höhere Professionalität ermöglichen. Man kann viel mehr bewegen.

Wenn schon Integration, dann richtig. Das sendet ein wichtiges Signal an die Mitarbeiter.

Was würden Sie im Rückblick auf die letzten Jahre anders machen?

Deumeland: Für mich ist rückblickend das Thema Marke sehr wichtig. In den ersten Jahren von AMEOS hatten wir diesen Aspekt noch nicht an den Anfang des Integrationsprozesses gestellt; beispielsweise, wenn es um die einheitliche Namensgebung ging. Mittlerweile fokussieren wir die Schaffung der AMEOS Identität von Beginn an. Denn wir wissen: Wenn schon Integration, dann richtig. Das sendet ein wichtiges Signal an die Mitarbeiter. Wenn AMEOS ein Haus übernimmt, ist es nur folgerichtig, dass sich das visuell, sprachlich und in der Unternehmenskultur niederschlägt. So wird das auch von uns erwartet.

Was wird die Zukunft bringen?

Martini: Die wesentlichen Herausforderungen sehe ich durch zunehmende regulatorische Eingriffe in den Krankenhausmarkt. Krankenhausfinanzierung, Personalmindeststandards, Pay-for-Performance, Psychiatrieentgelt. Das sind alles Dinge, die Krankenhäuser in ihren unternehmerischen Entscheidungen zunehmend einschränken. In der Folge bedeutet es, dass Krankenhäuser sich verstärkt auf ihr Kerngeschäft fokussieren müssen, andere Bereiche bündeln und zentralisieren werden. Wir sind dafür als Gruppe gut aufgestellt.

AMEOS Gruppe

Internet	www.ameos.eu
Umsatz	800 Mio. Euro
Patienten stationär	160.000
Mitarbeiter	12.000

Angaben für 2016, gerundet

KlinikAward: Einladung zur Bewerbung

Der KlinikAward zeichnet vorbildliche Leistungen im Klinikmarketing aus. Er fördert damit Transparenz und Wettbewerb im Klinikmarkt, welcher direkt auch den Patienten zugutekommt.

Der KlinikAward bietet einen vielfältigen Nutzen für Ihre Klinik.

Sie sind herzlich eingeladen, sich mit Ihrer Klinik für den KlinikAward zu bewerben sowie Vorschläge für bestimmte Kategorien zu machen.

Die nächste Bewerbungsrunde startet voraussichtlich am

10. März 2019

Weitere Informationen finden Sie unter: www.klinikaward.org.

DER KLINIKAWARD

DIE NEUN MANAGER UND MANAGERINNEN DES JAHRES.

SECHZEHN KLINIKEN UND KLINIKGRUPPEN, DIE HERAUSRAGENDES GELEISTET HABEN.

EINE PROMINENT BESETZTE INTERNATIONALE JURY.

Der KlinikAward: Hall of Fame

Die Preisträger „Manager des Jahres“

Die deutschsprachige Kliniklandschaft verfügt über herausragende Manager-Persönlichkeiten, die Beeindruckendes leisten. Hier ein Überblick über die bisherigen Preisträger der Kategorie „Manager/in des Jahres“.

Manager des Jahres 2015
Prof. Dr. Gerd Hartinger
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz

Manager des Jahres 2013
Thomas Brack
Spital Limmattal

Manager des Jahres 2012
Dr. Andreas Tecklenburg
MHH Medizinische Hochschule Hannover

Managerin des Jahres 2011
Irmtraut Gürkan
Universitätsklinikum Heidelberg

Manager des Jahres 2010
Edwin Pinkawa
Klinikum Saarbrücken

Manager des Jahres 2009
Hagen Heigel
St. Vinzenz Klinik Pfronten

Managerin des Jahres 2008
Dr. Elizabeth Harrison-Neu
Oberschwabenklinik

Managerin des Jahres 2007
Catrin Gekle
ATEGRIS Mülheim

Manager des Jahres 2006
Dr. Mathias Goyen
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Die Preisträger „Bestes Klinikmarketing“

Aus einer Fülle von Vorschlägen zeichnet die Jury seit 2011 Kliniken oder Klinikgruppen für ihre herausragenden und konstanten Aktivitäten als Preisträger dieses Sonderpreises aus.

2015
Martini-Klinik am UKE Hamburg
Schön Klinikgruppe

2013
Vinzenz Gruppe Österreich

2012
Kliniken Essen-Mitte
St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind

2011
Privatklinikgruppe Hirslanden

Die Mehrfachgewinner des KlinikAward

Einige Kliniken konnten die Jury und das Fachpublikum mehrfach von ihren Konzepten überzeugen und beweisen so ihre herausragende Stellung im professionellen Klinikmarketing.

Dr. Becker Klinikgruppe
Privatklinikgruppe Hirslanden
Luise von Marillac Klinik
Kliniken Essen-Mitte
Klinikum Dortmund
Klinikum Ingolstadt
Klinik Schloss Mammern
Krankenhaus Barmherzige Schwestern Linz
MediClin-Gruppe
SLK Kliniken Heilbronn
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Vivantes Berlin

Eine ausführliche Liste aller bisherigen KlinikAward-Preisträger finden Sie in dem Teilband „Klinikmarketing. Das Praxisbuch“ sowie unter: www.klinikaward.org

Der KlinikAward

Die Jury des KlinikAward

Prof. Dr. Jörg Baltzer, Ehrenmitglied der WHO/ UNICEF-Initiative ‚Babyfreundliches Krankenhaus'
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken
Horst Defren, Geschäftsführer der Kliniken Essen-Mitte (für den VKD)
Markus Gautschi, Präsident der Schweizerischen Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren
Rolf Gilgen, Mitglied des Vorstands der European Association of Hospital Managers
Nikolaus Koller, Präsident der Bundeskonferenz der Krankenhaus-Manager Österreichs
Tatjana König, Geschäftsführerin der Falling Walls Foundation
Prof. Dr. Sven Reinecke, Direktor des Instituts für Marketing an der Universität St. Gallen
Prof. Dr. Harald Schmitz, Vorstandsvorsitzender der Bank für Sozialwirtschaft
Dr. Ralf-Michael Schmitz, Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands
Dr. Erich Sieber, Ehrenpräsident des Verbandes der Privatkrankenanstalten Österreich

Die früheren Jurymitglieder

Theo Barth (Barmer GEK)
Alfred Dänzer (DKG)
Birgit Fischer (Barmer GEK)
Stefan Deges (f&w Bibliomed)
Ulrich Glatzer (kma)
Irmtraut Gürkan (als Managerin des Jahres)
Dr. Leonhard Hansen (KV Nordrhein)
Dr. Elizabeth Harrison (als Managerin des Jahres)
Dr. Ellis Huber
Dr. Andreas Kottmeier (DKV)
Prof. Dr. Rolf Kreienberg (DGGG)
Norbert Küsgen (BFS)
Gisela Meese (WHO/UNICEF-Initiative)
Dr. Brigitte Mohn (Bertelsmann-Stiftung)
Ingrid Mühlnikel (kma)
Prof. Dr. Rainer Riedel (Rheinische FH)
Dr. Eckart von Hirschhausen

Wir danken allen aktuellen und früheren Mitgliedern der Jury für die intensive Beschäftigung mit hunderten von spannenden Bewerbungen und die vielfältigen Anregungen, die den KlinikAward in über zehn Jahren zu dem heutigen Renommee verholfen haben.

Die Jurymitglieder

Obere Reihe, v.l.n.r.: Prof. Dr. Jörg Baltzer, Thomas Bublitz, Horst Defren, Markus Gautschi, Rolf Gilgen, Nikolaus Koller
Untere Reihe, v.l.n.r.: Tatjana König, Prof. Dr. Sven Reinecke, Prof. Dr. Harald Schmitz, Dr. Ralf-Michael Schmitz, Dr. Erich Sieber

Die Award-Tradition

Der vielleicht renommierteste Preis der Klinikbranche

Schon auf dem ersten Kongress Klinikmarketing 2005 kam die Frage auf, wie rotthaus.com Anreize für eine Professionalisierung des Klinikmarketing schaffen und den Erfahrungsaustausch zwischen den Kliniken verbessern könnte.

Bestärkt wurde Stephan Rotthaus, der Initiator des KlinikAward, durch den damaligen Chefredakteur der Fachzeitschrift kma, Ulrich Glatzer, und Dr. Brigitte Mohn, Vorstand der Bertelsmann-Stiftung. Frau Dr. Mohn übernahm auch die Überreichung der Trophäen im ersten Award-Jahr.

Die ersten „Gehversuche" machte der KlinikAward in den Jahren 2006 bis 2010.

Von Beginn an wurde die Kategorie „Manager des Jahres" eingerichtet. Die Galerie der Preisträger zeichnet sich aus durch hohe Innovationskraft und marktorientierte Führung. Auch durch die ausgewogene Benennung von männlichen und weiblichen Preisträgern konnte die Jury ein Signal setzen. Erstmalig wurde im Jahre 2013 mit Thomas Brack ein Spitaldirektor aus der Schweiz ausgezeichnet; im Jahre 2015 kam mit Prof. Dr. Gerd Hartinger von dem Geriatrischen Gesundheitszentrum Graz der erste österreichische Krankenhausmanager hinzu.

In der Jury sind ausgewiesene Marketingexperten plus prominente Vertreter des Klinikmanagement (VKD Deutschland, SVS Schweiz, Buko Österreich) vertreten. Besonderer Dank gilt Horst Defren und Rolf Gilgen, die sich für eine kompetente Besetzung der internationalen Jury eingesetzt haben.

Der erste Preisträger der im Jahre 2011 neu geschaffenen Kategorie „Bestes Klinikmarketing" war die Privatklinikgruppe Hirslanden aus der Schweiz, die auch ansonsten zu den erfolgreichsten Akteuren im Klinikmarketing zählt. Mit der Vinzenz Gruppe wurde 2013 erstmals ein Preisträger aus Österreich ausgezeichnet.

Einige andere Kliniken und Klinikgruppen wie Vivantes und Dr. Becker Klinikgesellschaft konnten die begehrte Trophäe bereits mehrfach gewinnen.

Ab dem Jahre 2013 erfolgt die Ausschreibung und Verleihung des KlinikAward im zweijährigen Turnus. Zugleich wurde die Anzahl der Kategorien der rasch wachsenden Bedeutung und Differenzierung des Themas Klinikmarketing angepasst.

Mit der Eröffnung des neuen Standortes von rotthaus.com in Berlin erfolgte ab 2015 die Verlegung von Kongress und Preisverleihung in die deutschen Hauptstadt. Durch die Preisverleihung im Konzerthaus Berlin gewinnt der KlinikAward eine noch größere Attraktivität.

Bei der nächsten Preisverleihung am 11. Oktober 2017 in Berlin feiert der KlinikAward sein 10. Jubiläum – erneut im Konzerthaus auf dem Gendarmenmarkt, dem wohl schönsten Platz Berlins.

Kongress Klinikmarketing: Save the Dates

Der Internationale Kongress Klinikmarketing richtet sich an alle Akut-, Reha- und psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Der Kongress ist konsequent orientiert auf die besten Umsetzungsbeispiele im Bereich Marketing-Strategie und Marketing-Praxis.

Zu jedem Kongress erscheint eine neue Ausgabe des Standardwerkes „Klinikmarketing" – exklusiv für die Kongressteilnehmer und die Kunden von rotthaus.com.

Bitte merken Sie die Termine der nächsten Veranstaltungen vor:

11. Oktober 2017 in Berlin

31. Oktober 2018 in Zürich

16. Oktober 2019 in Berlin

Weitere Informationen finden Sie unter: www.kongress-klinikmarketing.org.

DER KONGRESS KLINIKMARKETING

UNSERE INTERAKTIVE KONGRESSMETHODE.

PERSÖNLICHKEITEN, DIE DEN KONGRESS MITGESTALTEN.

EINE HISTORIE DER ERSTEN ZWÖLF JAHRE.

Impressionen von unserem Kongress in Zürich 2016

Ein intensiver Tag – randvoll mit Anregungen und spannenden Gesprächen. Das Thema ‚Marktstrategien' war erstmals Schwerpunktthema des Kongresses. Und der Kongress damit die Basis für dieses Buches.

Die Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren ist langjährige Partnerin unseres Kongresses in Zürich – SVS-Präsident Markus Gautschi (rechts oben) bei der Begrüssung.

Die entscheidenden Fragen stellen – die Aufgabe der Kongressbeiräte Stephan Bachmann, Dr. Sabina Heuss und Stephan Kunz sowie Kongresspräsident Stephan Rotthaus (Mitte).

Der intensive persönliche Austausch wird durch unsere Kongressmethode gezielt gefördert: Wie kann ich die präsentierten Best Practice-Beispiele auf die eigene Klinik übertragen?

Eine Fülle von konkreten Anregungen an nur einem Tag – Rolf Gilgen vom Spital Bülach und den Europäischen Krankenhausdirektoren (Mitte) bei der Verabschiedung.

Der Kongress Klinikmarketing

Die Beiräte des Kongresses in Berlin

Dr. Mathias Brandstädter, Leiter Kommunikation des Universitätsklinikums Aachen
Dr. Susann Breßlein, Geschäftsführerin des Klinikums Saarbrücken
Julien Buro, Bereichsleiter Marketing bei Hirslanden Privatklinikgruppe Hirslanden
Volker Feldkamp, Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Fachpflege Gruppe
Prof. Dr. Mathias Goyen, Chief Medical Officer Oncology von GE Healthcare
Dr. Franz Graf von Harnoncourt, Geschäftsführer Medizin und Pflege der Malteser Deutschland
Prof. Dr. Udo Janßen, Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbund
Dr. Martina Klein, Leiterin Fundraising der Alexianer-Gruppe
Dr. Axel Paeger, Aufsichtsratsvorsitzender der AMEOS Holding
Markus Pieren, Leiter Marketing und Kommunikation der Psychiatrischen Dienste Graubünden
Prof. Dr. Andrea Raab, Professorin für Marketing an der FH Ingolstadt
Prof. Dr. Christian Schmidt, Ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Rostock
Thomas Vortkamp, Geschäftsführer des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands
M**ick Weinberger**, Leiterin Public Relations und Klinikmarketing der Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken

Die Beiräte des Kongresses in Zürich

Stephan Bachmann, Direktor der REHAB Basel
Rolf Gilgen, Direktor des Spitals Bülach
André Haas, Leiter Kommunikation des Kantonsspitals Winterthur
Andrea Heim-Jocham, Leiterin Zuweisermanagement des Kantonsspitals Winterthur
Dr. Sabina Heuss, Leiterin Marketing und Kommunikation des Universitätsspitals Basel
Beat Huber, Direktor der Klinik Pyramide am See
Stephan Kunz, Spitaldirektor des Kantonsspitals Münsterlingen
Dr. Marina Martini, Chief Development Officer der AMEOS Holding
Josef Müller, Geschäftsführer der Psychiatrischen Dienste Graubünden
Florian Rajki, Leiter Marketing des Universitätsspitals Zürich
Oliver Schneider, Leiter Marketing und Kommunikation der Solothurner Spitäler

Die früheren Beiräte

der Kongresse in Berlin, Köln, Wien und Zürich

Dr. Dirk Albrecht (Contilia Essen), **Dr. Christoph Arnold** (AMEOS Gruppe), **Caroline Bahnemann** (Universitätsmedizin Mainz), **Dr. Thomas Bahr** (Unternehmen Gesundheit Oberpfalz), **Winfried Behler** (Franziskus-Stiftung Münster), **Michael Born** (MHH Hannover), **Stephan Breidt** (Thüringen-Kliniken), **Maurice Codourey** (Waidspital), **Annette Debusmann** (Malteser Duisburg), **Corinna Dönges** (AHG-Gruppe), **Irene Dörig** (Zuger Kantonsspital), **Dr. Josef Düllings** (St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn), **Astrid Endriß Hanebutt** (Uniklinik Köln), **Dr. Jörg Ferber** (MediLev), **Martin Fuchs** (BBT-Gruppe), **Catrin Gekle** (Ategris Mülheim), **Norbert Groß** (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband), **Claus Hager** (Barmherzige Schwestern Linz), **Markus Hächler** (Inselspital), **Prof. Dr. Michael Hallek** (Uniklinik Köln), **Gerhard Hallenberger** (Agaplesion), **Dr. Elizabeth Harrison** (Oberschwabenklinik), **Hagen Heigel** (St. Vinzenz Klinik Pfronten), **Susanne Heintzmann** (Sana Kliniken), **Dr. Jan Henkel** (Urologgia Köln), **Dr. Daisy Christiane Hünefeld** (Franziskus-Stiftung Münster), **Bernhard Inden** (Marienhaus Gruppe), **Peter Ippolito** (Klinikum Leverkusen), **Thilo Jakob** (RKK Freiburg), **Björn Kasper** (Kliniken Essen-Mitte), **Roland Knillmann** (Niels Stensen-Kliniken), **Andreas Koch** (St. Antonius-Hospital Gronau), **Dr. Ute Königshofer** (PRVA), **Christoph Leiden** (Cellitinnen Köln), **Barbara Markowitsch** (Wiener Krankenanstaltenverbund), **Claudia Meyer** (Klinikum Ingolstadt), **Sigrid Miksch** (Barmherzige Schwestern Linz), **Dr. Joachim Ohm** (KfH), **Johannes Reinprecht** (Barmherzige Brüder Wien), **Nicole Riethmüller Isel**i (UPK Basel), **Dieter Werner Schleier** (Ortenau Klinikum), **Dr. Pierre Saffarnia** (Orthopädisches Spital Speising), **Rudi Schmidt** (Asklepios Kliniken), **Thomas Schulz-Bachman**n (IBM Schweiz), **Andreas Schwarz** (Sanlas Holding), **Petra Seeburger** (USZ Zürich), **Prof. Dr. Christof Sohn** (Universitätsklinikum Heidelberg), **Gabriele Sonsmann** (Marienhospital Emsdetten), **Alexander Spachholz** (MediClin), **Gudrun Steininger** (Krankenhaus Hietzing), **Dr. Christian Stoffers** (St. Marien-Krankenhaus Siegen), **Dr. Holger Storcks** (Medtronic), **Christine Trowitzsch** (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), **Prof. Dr. Wilfried von Eiff** (Universität Münster), **Etzel Walle** (m&i-Klinikgruppe Enzensberg), **Simone Wegmüller** (Inselspital), **Mandy Wolf** (Asklepios Kliniken)

Wir danken allen aktuellen und früheren Beiratsmitgliedern für die engagierte Mitgestaltung der bisher 18 Kongresse und den Ausbau des Kongresses zur der führenden Knowhow-Plattform für das Klinikmarketing in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Die Kongress-Historie

Von Anfang an prägt der Kongress die Entwicklung des Klinikmarketings

Mit Einführung des DRG-Systems in Deutschland im Jahre 2003 positionierte sich rotthaus.com als Vorreiter eines professionellen Klinikmarketing. Aus dem rasch wachsenden Kundenkreis kam die Anregung, einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch für die Branche zu organisieren.

Seit dem Jahre 2005 veranstaltet rotthaus.com den Internationalen Kongress Klinikmarketing – zunächst in Köln, dann auch in Zürich, Wien und Berlin.

Die ersten Jahre

2005 ruft rotthaus.com den Kongress Klinikmarketing ins Leben – als Plattform für professionelles Klinikmarketing in Deutschland, Österreich und der Schweiz.
50 Besucher hatte der Kongress im ersten Jahr.

Im Jahre 2006 wurde im Rahmen des Kongresses der KlinikAward initiiert – entstanden aus einem Gespräch mit dem damaligen Chefredakteur der Fachzeitschrift kma. Überreichung des KlinikAward an die ersten Preisträger durch Dr. Brigitte Mohn (Bertelsmann-Stiftung)

Tagungsort ist bis 2012 das Maternushaus, das Tagungszentrum des Erzbistums Köln – der Kongress wächst kontinuierlich und wird auf mehrere Kongresstage mit Vorprogramm ausgeweitet.

Ausweitung des Themenspektrums

Der verschärfte Wettbewerb fordert von den Kliniken die Herausstellung ihrer Alleinstellungsmerkmale und eine klare Positionierung am Markt. Starker Anstieg der Teilnehmerzahl. Internationale Highlights mit Gastreferenten von Johns Hopkins Hospital, Mayo Clinic, Bangkok Hospital, Mediclinic Südafrika und anderen. Die Mehrzahl der Kongressteilnehmer sind Entscheider wie Geschäftsführer, Verwaltungsdirektoren und Marketingleiter.

Ab 2010 gibt es das „Swiss Forum Klinikmarketing“ als zusätzliche Veranstaltung in der Schweiz – Tagungsort ist zunächst das Widder Hotel, ab 2011 das Kongresshaus Zürich. Die Teilnehmerzahl stieg im Lauf der Jahre von 20 auf über 100 Fachbesucher und Mitwirkende. Seit dem Jahre 2012 ist die Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS) offizieller Partner der Veranstaltung.

In den Jahren 2011 und 2012 wird zusätzlich das „Austria Forum Klinikmarketing“ in Wien veranstaltet – in Kooperation mit der Vinzenz Gruppe und dem Orthopädischen Spital Speising.

Zwischenzeitliche Kooperation mit Dr. Eckhart von Hirschhausen. Umzug des Kongresses vom Maternushaus in den Eventbereich des Rheinenergiestadions des 1. FC Köln.

Internationaler Kongress

Verschmelzung des deutschen und schweizerischen Kongresses zum „Internationalen Kongress Klinikmarketing“, der jährlich wechselnd in Berlin (2015 und 2017) und Zürich (2016 und 2018) stattfindet. Dabei liegt der Schwerpunkt in Zürich auf dem „Strategischen Marketing“ – in Berlin auf der praktischen Umsetzung mit Verleihung des KlinikAward.

Neukonzeptionierung des Kongresses: noch exklusiverer Rahmen, strikte Fokussierung auf Best Practice und begrenzte Teilnehmerzahl, Konzentration auf einen kompakten Kongresstag mit maximalem Praxisnutzen.

Im Jahre 2017 wird der inzwischen 19. Internationale Kongress Klinikmarketing in Berlin stattfinden (bisher 10 Veranstaltungen in Köln und Berlin, 6 Veranstaltungen in Zürich, 2 Veranstaltungen in Wien).

Seit 12 Jahren konsequenter Erfahrungsaustausch ...

für die Kliniken und Spitäler in Deutschland,
Österreich und der Schweiz!

540
Bewerbungen für den KlinikAward

2.140
Kongressteilnehmer in Berlin, Köln, Wien und Zürich*

3.080
Teilnehmer bei Veranstaltungen von rotthaus.com*
inklusive Inhouseseminare

* ohne Doppelzählung bei Mehrfachteilnahmen;
Veranstaltungen im Klinikmarkt von 2005 bis 2016

Der rote Faden für
erfolgreiches Klinikmarketing

DAS WHO IS WHO DES KLINIKMARKETINGS

DIE WICHTIGSTEN PERSONEN UND KLINIKEN.

DIE PIONIERE IN DEUTSCHLAND, DER SCHWEIZ UND ÖSTERREICH.

EINE COMMUNITY, DIE DAS THEMA VORANTREIBT.

A Albrecht, Dr. Dirk 68
AMEOS Gruppe 52
Arnold, Dr. Christoph 68

B Bachmann, Stephan 30, 65, 68
Bahnemann, Caroline 68
Bahr, Dr. Thomas 68
Baltzer, Prof. Dr. Jörg 60
Bangkok Hospital 7, 69
Barmherzige Schwestern Linz 59
Barth, Theo 60
Behler, Winfried 68
Bezirkskliniken Mittelfranken 43, 75
Böhme, Dr. med. Michael 31
Born, Michael 68
Brack, Thomas 58, 61
Brandstädter, Dr. Mathias 68
Breidt, Stephan 68
Breßlein, Dr. Susann 68
Bublitz, Thomas 60
Buko, Österreich 60
Buro, Julien 25, 68

C Codourey, Maurice 68

D Dänzer, Alfred 60
Debusmann, Annette 68
Defren, Horst 34, 60, 61
Deges, Stefan 20, 60
Deumeland, Florian 52
Dönges, Corinna 68
Dörig, Irene 68
Dr. Becker Klinikgruppe 28, 59, 61
Düllings, Dr. Josef 68

E Endriß Hanebutt, Astrid 68

F Feldkamp, Volker 68
Ferber, Dr. Jörg 68
Fischer, Birgit 60
Fuchs, Martin 68

G Gautschi, Markus 60, 64
Gekle, Catrin 58, 68
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz 46
Gilgen, Rolf 60, 61, 67, 68
Glatzer, Ulrich 13, 60, 61
Goyen, Dr. Mathias 58, 68
Groß, Norbert 68
Gürkan, Irmtraut 49, 58, 60

H Haas, André 68
Hächler, Markus 68
Hager, Claus 68
Hallek, Prof. Dr. Michael 68
Hallenberger, Gerhard 68
Hansen, Dr. Leonhard 60
Harrison-Neu, Dr. Elizabeth 58, 60, 68
Hartinger, Prof. Dr. Gerd 46, 58, 61
Heigel, Hagen 58, 68
Heim-Jocham, Andrea 68
Heintzmann, Susanne 68
Henkel, Dr. Jan 68
Heuss, Dr. Sabina 36, 65, 68
Hirslanden Privatklinikgruppe 11, 20, 25, 59, 61, 68
Huber, Beat 68
Huber, Dr. Ellis 60
Hünefeld, Dr. Daisy Christiane 68

I Inden, Bernhard 68
Ippolito, Peter 68

J Jakob, Thilo 68
Janßen, Prof. Dr. Udo 68
John Hopkins Hospital 7, 69
Jung, Rebecca 28

K Kasper, Björn 34, 68
Klein, Dr. Martina 68
Klinik Schloss Mammern 59
Klinik St. Marienstift Magdeburg 31
Kliniken Essen-Mitte 34, 59
Klinikum Dortmund 59
Klinikum Ingolstadt 59
Knillmann, Roland 68
Koch, Andreas 68
Koller, Nikolaus 60
König, Tatjana 60
Königshofer, Dr. Ute 68
Kottmeier, Dr. Andreas 60
Kreienberg, Prof. Dr. Rolf 60
Kunz, Stephan 42, 55, 65, 68
Küsgen, Norbert 60

L Leiden, Christoph 68
Liebsch, Bastian 28
Liedtke, Dr. Daniel 25
Loppow, Dr. Detlef 22
Luise von Marillac Klinik 59

M Markowitsch, Barbara 68
Martini, Dr. Marina 52, 68
Martini-Klinik am UKE 22, 59
Mayo Clinic 7, 69
MediClin 59
Mediclinic International 7, 69
Meese, Gisela 60
Mehner, Michael 52
Meyer, Claudia 68
Miksch, Sigrid 68
Mohn, Dr. Brigitte 60, 61, 69
Mühlnikel, Ingrid 60
Müller, Josef 42, 68

N Nawratil, Helmut 43

O Ohm, Dr. Joachim 69
Orthopädisches Spital Speising 69

P Paeger, Dr. Axel 68
Peine, Dr. Ariane 43
Pieren, Markus 40, 68
Pinkawa, Edwin 58
Psychiatrische Dienste Graubünden 11, 40

R Raab, Prof. Dr. Andrea 68
Rajki, Florian 68
Reinecke, Prof. Dr. Sven 16, 60
Reinprecht, Johannes 69
Riedel, Prof. Dr. Rainer 60
Riethmüller Iseli, Nicole 60
Rotthaus, Stephan 5, 19, 65 et al.

S Saffarnia, Dr. Pierre 69
Scheucher, Franz 46
Schleier, Dieter Werner 69
Schmidt, Prof. Dr. Christian 37, 68
Schmidt, Rudi 69
Schmitz, Dr. Ralf-Michael 60
Schmitz, Prof. Dr. Harald 60
Schneider, Oliver 68
Schön Klinikgruppe 59
Schuller, Carola 33
Schulz-Bachmann, Thomas 69
Schwarz, Andreas 69
Seeburger, Petra 69
Sieber, Dr. Erich 60
SLK Kliniken 59
Sohn, Prof. Dr. Christof 69
Sonsmann, Gabriele 69
Spachholz, Alexander 69
St. Elisabeth Köln-Hohenlind 59
Steininger, Gudrun 69
Stoffers, Dr. Christian 69
Storcks, Dr. Holger 69
Strempfl, Marlies 46
Suske, Dr. med. Dieter 31
SVS Schweiz 60, 64, 69

T Tecklenburg, Dr. Andreas 58
Trowitzsch, Christine 69

U Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 59
Universitätsklinikum Heidelberg 49
Universitätsmedizin Rostock 37
Universitätsspital Zürich 11

V Vinzenz Gruppe Österreich 59, 61, 69
VKD Deutschland 60
Vivantes Berlin 59, 61
von Eiff, Prof. Dr. Wilfried 69
von Harnoncourt, Dr. Franz Graf 68
von Hirschhausen, Dr. Eckart 60, 69
Vortkamp, Thomas 68

W Walle, Etzel 69
Wegmüller, Simone 69
Weinberger, Mick 68
Wolf, Mandy 69

Z Zacharias-Langhans, Katrin 24

Impressum

Das Standardwerk „Klinikmarketing“ ist exklusiv für die Teilnehmer des Kongress Klinikmarketing in der Anmeldegebühr enthalten.

Alle Rechte der Verbreitung, auch durch Film, Funk und Fernsehen, fotomechanische Wiedergabe, Tonträger jeder Art, auszugsweise Nachdruck oder Einspeicherung und Rückgewinnung in Datenverarbeitungsanlagen aller Art, sind vorbehalten.

Druck: Königsdruck, Berlin
Herausgeber: Stephan Rotthaus
Redaktion: Hannah Rotthaus
Design, Satz: Axel Joerss

ISBN 978-3-9818001-2-8

Fotonachweise:

S. 6: Art Anderson; Johns Hopkins‘ Historic Dome (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Johns_Hopkins‘_Historic_Dome_-_panoramio.jpg), „Johns Hopkins‘ Historic Dome - panoramio“, https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/legalcode
S. 8: Sebastian Runge; Konzerthaus Berlin
S.10: Fotolia; Zürich, historisches Zentrum
S. 64-67: Sebastian Runge; Kongressfotos Zürich 2016

Wir danken den Bezirkskliniken Mittelfranken für die Unterstützung bei der Realisierung dieses Buchprojektes.

Das Standardwerk „Klinikmarketing“ ist eine Initiative von rotthaus.com | Führender Anbieter für Klinikmarketing | Initiator des Internationalen Kongress Klinikmarketing und des KlinikAward

rotthaus.com
Strategien für den Gesundheitsmarkt

Köln
Franzstr. 75
D-50935 Köln-Lindenthal
Telefon +49-221-43 09 19-0
E-Mail koeln@rotthaus.com

Berlin
Schlettstadter Str. 120
14169 Berlin
Telefon +49-30-233 223 7-0
E-Mail berlin@rotthaus.com

Zürich
Repräsentanz Tödistr. 60
CH-8002 Zürich
Telefon +41 44 283 61 88
E-Mail zuerich@rotthaus.com

Klinikmarketing | Das Strategiebuch

ist eine Initiative von:

rotthaus.com
Strategien für den Gesundheitsmarkt

rotthaus.com ist führend im Klinikmarketing mit Projekten in über 150 Akut- und Rehakliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Unser Schwerpunkt liegt in der strategischen Beratung, der Entwicklung integrierter Marketingkonzepte für Kliniken und dem Zuweiser- und Personalmarketing.

ISBN 978-3-9818001-2-8