

o.Univ.-Prof. Dkfm. Dr. Gerhard A. Wührer

*Institut für Handel, Absatz und Marketing,
Johannes Kepler Universität Linz*

Zusatzleistungen in der Sonder- klasse – Ansätze zu einer innovativen Gestaltung von Angeboten im Gesundheitsbereich

1. Einleitende Bemerkungen	79
1.1. Begriffliche Fassungen	80
1.2. Erwartungen und Beteiligte bei Innovationen	82
1.3. Multidimensionalität der Dienstleistungsinnovation	85
2. Innovationsprozess – idealtypische Strukturen und Vorgehensweisen	86
2.1. Ideengewinnung	88
2.2. Ideenbewertung	89
2.3. Entwicklung, Design und Erstnutzung	91
2.4. Implementierung, Diffusion und Adaption	92
3. Zusammenfassende Überlegungen und Empfehlungen	94
Literaturverzeichnis	96

Sieht man sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt um, was Zusatzleistungen der Sonderklasse in Krankenhäusern betrifft, so bewegen sich die Ideen im konventionellen Rahmen von: Unterbringung in Einzelzimmern/Zweibettzimmern mit Nasszelle, Tageszeitung, Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Varianten bei Frühstück, Mittag- und Abendessen, erweiterte Besuchszeiten und freie Arztwahl. Dieser Katalog, so eine Internetrecherche, findet sich auf den WEB-Seiten der meisten Krankenhäuser und ist beliebig austauschbar. Scheinbar erreicht die Kreativität rasch ihre Grenzen, wenn es um die Schaffung von Zusatzleistungen geht. Deshalb sind Innovationen ein Gebot der Stunde. Wohl ist der Rahmen zur Schaffung von neuen, innovativen Zusatzleistungen durch verschiedene Besonderheiten der Gesundheitsbranche in mancherlei Hinsicht restriktiver als in anderen Dienstleistungsberufen, auf der anderen Seite lassen sich aber durch geschicktes, systematisches Vorgehen Neuerungen schaffen, die die Bedürfnisse auf Patientenseite erfüllen können. Das bedarf allerdings einer entsprechenden Vorbereitung über den gesamten Innovations- und Marktzyklus hinweg, weshalb es notwendig erscheint, sich mit einigen Voraussetzungen der Schaffung von Zusatzleistungen grundsätzlich zu befassen. Wesentlich für die Schaffung von Neuerungen in diesem Zusammenhang ist vorab eine Analyse der innovationshemmenden und fördernden Faktoren. Von ihnen hängt es im Wesentlichen ab, in welchem Ausmaß, in welcher Intensität und unter welchen Bedingungen Innovationsprojekte erfolgversprechend durchgeführt werden können.

1. Einleitende Bemerkungen

Ein kurzer Überblick zur gängigen Literatur¹ zeigt rasch, dass Innovationen im Gesundheitsbereich im Allgemeinen und im Krankenhaus im Besonderen eine vielfältige Aufmerksamkeit sowohl in der Theorie als auch in der Praxis erfahren. Es scheint in diesem Kontext jedoch notwendig darauf hinzuweisen, dass das Phänomen von innovativen Dienstleistungen weiter zu verstehen ist. Es geht um die angemessene Positionierung des strategischen und operativen Marketings im Krankenhausmanagement. Durch diese gilt es die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, damit in weiterer Folge innovative Dienstleistungen in den verschiedenen Angebotskategorien, wie in der Sonderklasse, implementiert werden können. Historisch gesehen haben sich Gesundheitszentren vom Kommerziellen und Unternehmerischen in der Vergangenheit abgekoppelt, sie galten als mehr oder weniger inkonsistent mit den wesentlichen akademischen Werten², die diese Stätten leiteten und beflügelten. Sogenannte „Mund-zu-Mund-Propaganda“ und die damit verbundenen Empfehlungen schienen das wesentliche Kommunikationsinstrument gewesen zu sein. Sie vermittelten Anhaltspunkte, welche Krankenanstalten einen „guten“ Ruf besaßen und für bestimmte Heilverfahren oder Operationen in Frage kommen könnten; im Übrigen wäre dies heute ein Bestandteil des systematischen Reputationsmanagements. Erst in jüngster Zeit wird dem Marketing im Gesundheitsbereich in der deutschsprachigen Literatur³ wesentlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt, wie nicht selten sind uns hier die amerikanischen, akademischen Institutionen um Jahre voraus. Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitsbereich, Änderung der demografischen Strukturen, Verschärfung des Wettbewerbs, Eintreten von neuen Marktteilnehmern, Veränderungen des Patientenverhaltens und durch (Neu)Strukturierung staatlicher Regelungen beginnt sich die Notwendigkeit eines systematischen, strategischen und operativen Marketings⁴ im gesundheitsorientierten Dienstleistungssektor zu verstärken; damit auch die Forderung, Dienstleistungsinnovationen, seien sie nun der Allgemeinen Klasse oder Sonderklasse zuzurechnen, systematisch⁵ zu betreiben.

1 Vgl. Länsisalmi et al. 2006., S. 67 ff.

2 Vgl. Souba, Wiley, W. et al. 2001., S. 105 ff.

3 Vgl. Meffert und Rohn 2012.

4 Vgl. Meffert und Rohn 2012.

5 Vgl. Hwang und Christensen 2008., S. 1329 ff.

1.1. Begriffliche Fassungen

Ausgangspunkt aller Überlegungen sollte jedoch ein einheitliches, begriffliches Verständnis dessen sein, was wir als Marketing im Gesundheitsbereich bezeichnen. Nach der gängigen und international weit verbreiteten Fassung⁶ des Begriffs "Marketing" durch die American Marketing Association (AMA) wird darunter Folgendes verstanden: "Marketing is the activity, set of institutions, and processes for creating, communicating, delivering, and exchanging offerings that have value for customers, clients, partners, and society at large." (Approved July 2013)⁷. Dieses Verständnis bündelt mehrere Kennzeichen: Es geht um Aktivitäten, Institutionen, Prozesse zur Schaffung, Kommunikation, Verbreitung und Austausch von Angeboten, die eine Nutzenstiftung für Konsumenten, Kunden, Partner und die Gesellschaft im Allgemeinen bewirken. Im Konkreten bedeutet dies, dass Marketing in Gesundheitsorganisationen als duales Führungskonzept zu interpretieren ist:

1. Marketing muss als Funktion innerhalb der Organisation verstanden werden, die gleichberechtigt neben anderen betriebswirtschaftlichen Grundfunktionen wie Produktion, Forschungs- und Entwicklung und Finanzierung und Investition agiert. Das weist auch darauf hin, dass innerhalb der Marketingfunktion, die in der Marketingabteilung angesiedelt sein kann, Aktivitäten wie Marktforschung, Markenführung, Entgeltpolitik, Neuprodukt- und Dienstleistungsentwicklung sowie Management der Kundenbeziehungen geplant, entschieden, umgesetzt und kontrolliert werden sollten. Hier dominieren taktische und operative Überlegungen.
2. Marketing muss aber auch als Leitkonzept der Unternehmensführung verstanden werden. Das signalisiert verschiedene Ansprüche, die unbedingt zu berücksichtigen sind:
 - a) Marketing ist ein Leitkonzept der Unternehmensführung, wodurch eine marktorientierte Koordination aller betrieblichen Aufgaben und Funktionen zur Erreichung von Wettbewerbsvorteilen angestrebt wird.
 - b) Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sollten ein Bewusstsein für den Stellenwert der/des Nachfragerin/Nachfragers, Patientinnen/Patienten, Kundinnen/Kunden und seinen Nachfragenutzerinnen/Nachfragenutzern entwickeln, und

⁶ Vgl. Meffert und Rohn 2012., S. 31 f.

⁷ American Marketing Association, URL.: <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>, URL abgerufen am 21.5.2018

- c) aufgrund der Bedeutung des Leitkonzepts besteht die Notwendigkeit der strategischen Verantwortung auf höchster Führungsebene und hinzu kommt, dass das Marketingverständnis in allen Funktionsbereichen und hierarchischen Ebenen verankert sein⁸ sollte. Marketing im Gesundheitsbereich ist dem Dienstleistungsmarketing zuzuordnen, einem der Zweige des Marketings, dessen Entwicklung und Ausdifferenzierung in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung zugenommen hat. Dem allgemeinen Statement, dass Marketing lange gebraucht, um im Gesundheitswesen anzukommen, ist hier nichts hinzuzufügen.

Als Innovation soll hier die beabsichtigte Einführung und Anwendung von Ideen, Prozessen, Produkten und/oder Dienstleistungen, deren neue Darbietung, Platzierung, Kommunikation und/oder Bepreisung verstanden werden, die in deutlich unterscheidbarer Weise zum Vorteil eines Individuums, einer Gruppe oder der Gesellschaft insgesamt beitragen. Dieses begriffliche Verständnis hat sich in der Management-Wissenschaft allgemein durchgesetzt und soll hier weiter verwendet werden⁹. Drei Merkmale gilt es hier herauszuheben:

1. Neugigkeit: Die Innovation für die Sonderklasse muss für die/den Patientin/Patienten neu sein.
2. Es muss sich um eine Anwendungskomponente handeln, das kann ein Dienstleistungsaspekt sein oder eine materielle Komponente, die zur Erstellung einer Dienstleistung beiträgt.
3. Diese Neugigkeit muss einen Nutzen stiften, muss Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten befriedigen können. Es kann sich dabei um medizinische und/oder nichtmedizinische Dienstleistungen handeln, die aus Sicht der/des Patientin/Patienten eine neue Nutzenstiftung darstellen.

8 Vgl. Meffert und Rohn 2012., S. 31

9 Vgl. Omachonu, Vincent, K. und Einspruch, Norman, C. 2010., S. 3 f.

1.2. Erwartungen und Beteiligte bei Innovationen

Der Innovationsprozess muss als Marketingprozess, der bis zur Markteinführung und Bearbeitung reicht, verstanden werden. Wird nun Marketing als Führungskonzept verstanden, so sind die Beteiligten einzubinden, die in strategischer und operativer Hinsicht einen Beitrag leisten können. Die Sicht der Beteiligten Akteuren/Akteure (siehe Tabelle 1) unterliegt dabei verschiedenen Blickwinkeln.

Beteiligte	Motive und Erwartungen
Medizinisches und nicht medizinisches Personal	verbesserte Diagnosemöglichkeiten verbesserte Behandlungsmöglichkeiten verbesserte Behandlungsergebnisse
Patientinnen/Patienten	verbesserte Patientenerfahrungen verbessertes Wohlbefinden (psychisch, physiologisch) weniger Leiden und Schmerzen kürzere Verweildauer im Krankenhaus Verkürzung von Verhandlungsverzögerungen höhere Zufriedenheit nachhaltiger Heilungserfolg
Krankenhausorganisation	Erhöhung der Effizienz der organisatorischen Abläufe Kostenreduktion/-einschränkung Erhöhung der Produktivität höhere Qualität bei der Behandlung und während des Aufenthalts Verbesserung der Behandlungsergebnisse aus Sicht der Organisation
Forschungs- und Entwicklungsunternehmen im medizinischen/nicht medizinischen Bereich	höhere Profitabilität verbesserte Ergebnisse bei den Prozessen
Krankenkasseninstitutionen/Krankenversicherungen	reduzierte Risiken verbesserte Patientensicherheit nachhaltige Heilungserfolge

Tabelle 1: Perspektiven und Erwartungen der Beteiligten bei Innovationsprozessen (In Anlehnung an: Omachonu/Einspruch, 2015, S. 9)

Innovationen werden nicht um ihrer selbst willen durchgeführt, jeder der Beteiligten am Prozess erwartet spezifische Nutzenstiftungen. Diese können sich manchmal mit denen anderer Beteiligtegruppen treffen, müssen dies aber nicht. Es können auch Konstellationen auftreten, wo sich die Interessen der Beteiligten neutral zueinander verhalten, im schlimmsten Falle sind die Interessen aber konfliktär. So sind sicherlich Krankenversicherungen und Kasseninstitutionen ebenso wie die Patientinnen/Patienten daran interessiert, dass die Heilungserfolge nachhaltig und mit weniger Risiko behaftet sind. Die/der behandelnde Ärztin/Arzt wird jede Innovation nutzen, die es ihr/ihm erlaubt, bessere, zutreffendere Diagnosen zu stellen, die die Behandlung gezielter auf das Krankheitsbild abstellen und damit die Behandlungsergebnisse für seine Patientinnen/Patienten im Sinne nachhaltiger Heilung zu erzielen. Es sind also interne und externe Beteiligte, deren Mitsprache im gesamten Innovationsprozess mit unterschiedlicher Intensität in den einzelnen Phasen zu berücksichtigen ist.

Die Innovationsalternativen (medizinisch/nicht medizinisch), die angedacht werden können, liegen sowohl im Bereich von Produkten/Komponenten/Materialien, höherer Benutzerfreundlichkeit als auch anderen funktionalen Charakteristiken wie verbesserten Prozesskomponenten, dass etwa Diagnoseleistungen und Feedback mit den Patienten schneller durchgeführt werden können, um die Zeit der Ungewissheit zu reduzieren. Manchmal, aber nicht immer wird die/der Patientin/Patient bzw. ihre/seine Versicherung dazu bereit sein, mehr für diese Annehmlichkeiten zu bezahlen. Meist handelt es sich um Innovationen, die die Dienstleistungen, die Prozesse oder auch die Strukturen betreffen. Immer geht es dabei um ein „Mehr“ in der Nutzenstiftung für die/den Patientin/Patienten.

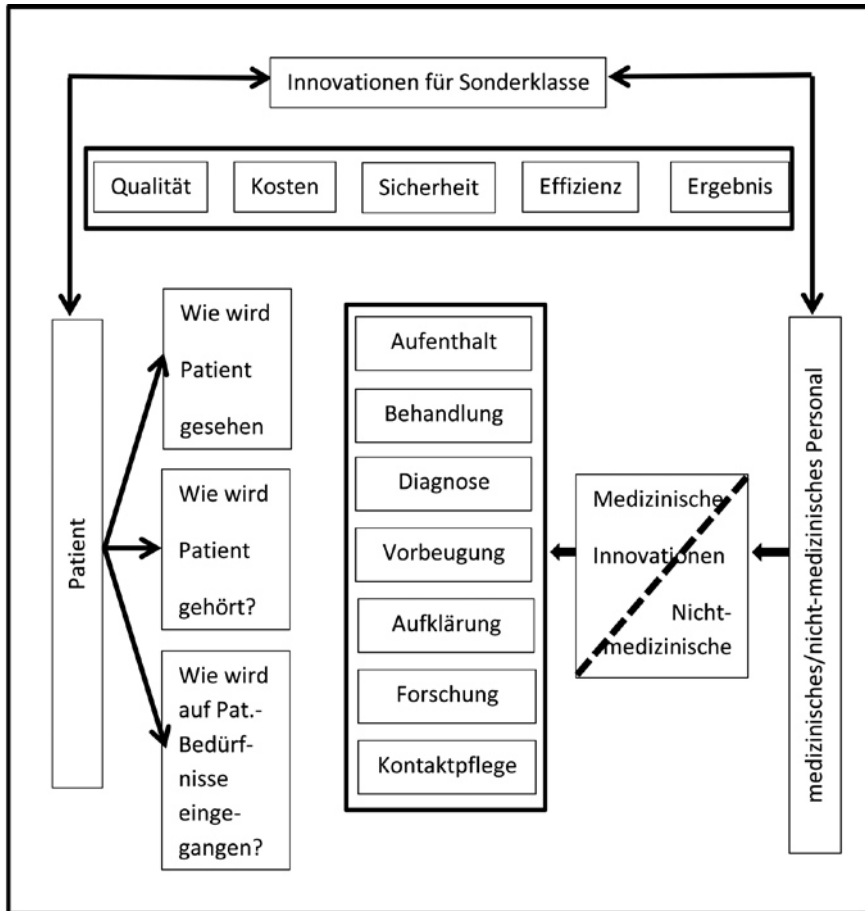


Abbildung 1: Konzeptioneller Rahmen für Innovationen in der Sonderklasse (in Anlehnung an: Omachonu/Einspruch 2015, S. 10)

Aufgrund dieser kontextspezifischen Gegebenheiten ist es nicht möglich, von vornherein spezielle Empfehlungen abzugeben, wie die Sonderklasse durch Innovationen attraktiver gestaltet werden kann.

Angemessener scheint es, sich darüber zu verständigen, wie der Prozess des Innovationsgeschehens gestaltet werden soll. In der Abbildung 1 wird nochmals auf die Besonderheiten Bezug genommen. Die unmittelbar Beteiligten sind die/der Patientin/Patient auf der einen Seite und das medizinische/nicht medizinische Personal auf der anderen Seite. Grundsätzliche Fragen zur Patientenseite, deren Beantwortung den Ausgang für die Entwicklung bzw. Implementation von Innovationen bedeuten kann, sind: Wie wird die/der Patientin/Patient gesehen, wie

wird sie/er angehört, welche Bedürfnisse hat sie/er. Die Schaffung von Innovationen hat unter der Berücksichtigung von Qualität, Kosten, Sicherheit, Effizienz und Ergebniswirksamkeit zu erfolgen. In welchen Bereichen lassen sich die medizinischen und nicht medizinischen Innovationen als Dienstleistungen in der Sonderklasse, unter Berücksichtigung der Kompetenz und Erfahrungen des Personals unter den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, verwirklichen? Dies alles sind Fragen, die im Zuge des Innovationsprozesses, der als Projekt zu konzipieren ist, zu beantworten sind.

1.3. Multidimensionalität der Dienstleistungsinnovation

Die Einführung und Übernahme von Innovationen im Gesundheitsbereich, in Krankenhäusern, Kliniken und Arztpraxen ist von zwei Dimensionen¹⁰ geprägt. Es handelt sich dabei um das unterstützende oder hemmende Umfeld, in dem die Innovation stattfindet und die operationale Ebene. Beide Ebenen beinhalten Einflussgrößen, die sich auf den Erfolg oder Misserfolg auswirken können. Deshalb sollte ihnen besonderes Augenmerk geschenkt werden. Sinnvoll ist es, die Stärke der Einflussgrößen abzuschätzen, um gegebenenfalls auch gegensteuern und eingreifen zu können, falls sich Schwierigkeiten bei der Durchführung von Innovationsprojekten ergeben sollten. Zum Umfeld zählen: Führungsstrukturen im Krankenhaus, Kultur der Krankenanstalt, Benutzerakzeptanz und administrative Regelungen, Komplexität der Innovation und Zusammenarbeit und Partnerschaft mit externen Partnern. Beim Kreis der unmittelbaren, operationalen Einflussgrößen handelt es sich um: Patientinnenzufriedenheit/Patientenzufriedenheit, Patientinnensicherheit/Patientensicherheit, Kenntnisstand und Aufgeklärtheit der/des Patientin/Patienten, Profitabilität, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Kostenorientierung, Kompetenz und Quantität des medizinischen und nicht medizinischen Personals, klinische Ergebnisse und Qualitätsstandards.

¹⁰ Vgl. Omachonu et al. 2010. S. 14 f. Zu alternativen Einteilungen siehe auch Varkey et al. 2008, S. 387

2. Innovationsprozess – idealtypische Strukturen und Vorgehensweisen

Unter Berücksichtigung der eben geschilderten grundsätzlichen Besonderheiten bei Innovationen in Krankenhäusern scheint es angemessen, sich zunächst über die Vielschichtigkeit des Prozesses einige Gedanken zu machen. Sie bilden die Basis, um im späteren Verlauf in Form eines Projektes neue Zusatzleistungen für die Sonderklasse zu schaffen.

Es lässt sich aber dieses Schema grundsätzlich auf andere Vorhaben zu Dienstleistungsinnovationen im Krankenhausbereich oder Gesundheitsbereich adaptieren. Der Prozess gliedert sich in verschiedene Phasenabschnitte¹¹, denen spezielle Aufgaben zugeordnet werden (vgl. Abbildung 2). Beginnen wir zunächst mit der ersten Phase, hier geht es um die Generierung von Ideen. Verschiedene Ansätze und Werkzeuge können dabei eingesetzt werden. Ob es nun abteilungsübergreifende Teams verschiedener Fach-Abteilungen sind oder externe Forschungsgruppen sich in Zusammenarbeit mit einer Abteilung über Zusatzleistungen für die Sonderklasse Gedanken machen, hängt wohl wesentlich davon ab, welchen Stellenwert das Management auf der strategischen und operativen Ebene dem Innovationsgeschehen beimisst. Am besten wäre es wohl überhaupt, wenn in der Klinik ein Zentrum für Innovation organisatorisch verankert, systematisch und unterstützend für diese Aufgaben eingerichtet würde. Beispielfhaft kann hier auf die Mayo-Klinik¹² verwiesen werden, ähnliche Innovationslaboratorien¹³ finden sich auch in anderen Ländern. Fortschrittliche Autoren¹⁴ plädieren für den „Helix“-Ansatz (Healthcare Innovation Exchange) und verweisen auf die Herausforderungen, die mit einer solchen radikalen Umstellung des Innovationsgeschehens in Krankenhäusern verbunden sind. Ihre Ratschläge sind bemerkenswert und könnten grundsätzlich für Innovationsvorhaben berücksichtigt werden.

11 Vgl. Varkey et al. 2008., S. 384 f.

12 <http://centerforinnovation.mayo.edu/>, URL abgerufen am 12.6.2018

13 <https://helixcentre.com/>, URL abgerufen am 12.6.2018

14 Vgl. Bhatti et al. 2018., S. 2 f.

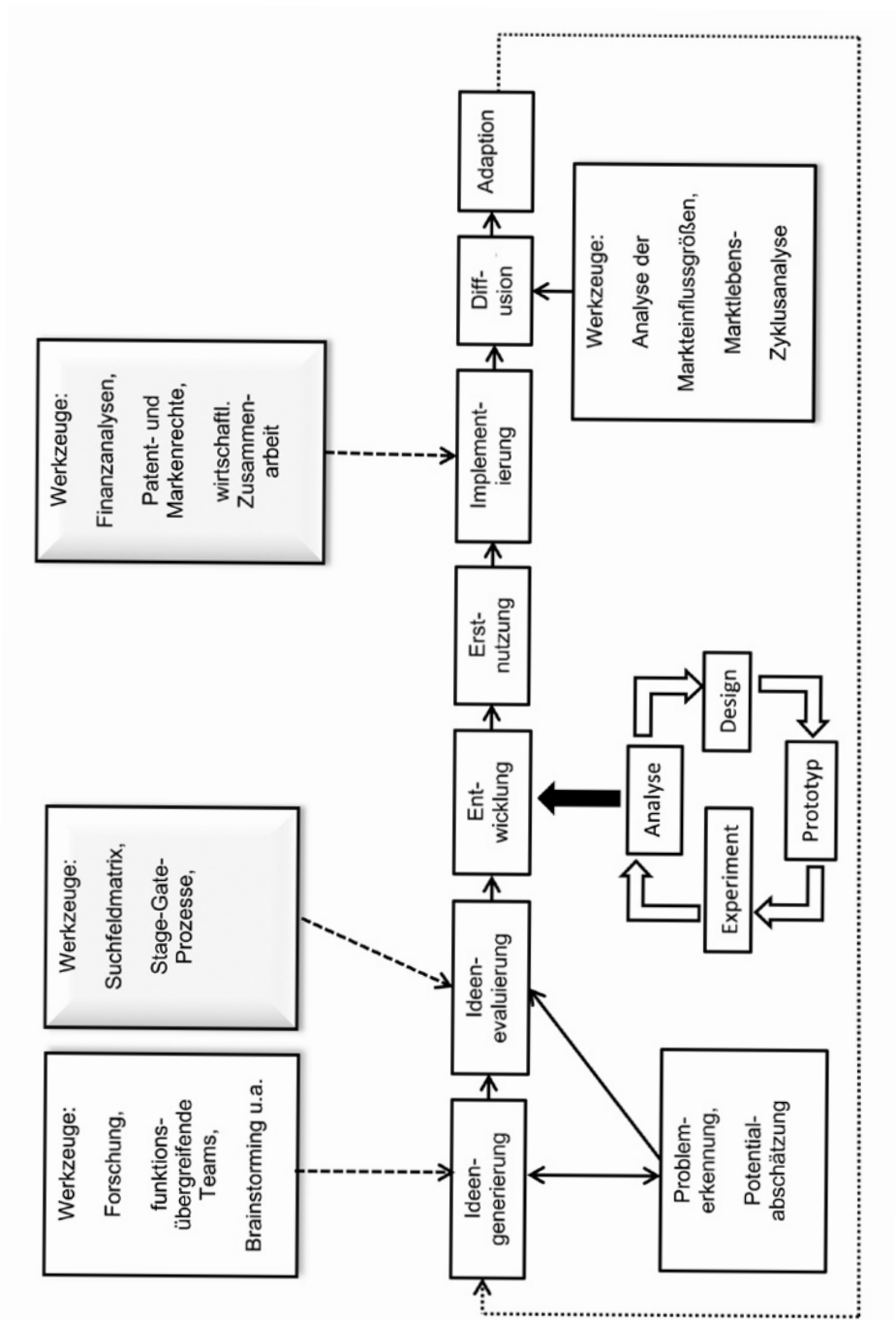


Abbildung 2: Idealtypischer Innovationsprozess (in Anlehnung an Varkey et al. 2008, S. 384)

2.1. Ideengewinnung

Was nun die Kreativitätstechniken betrifft, die in der Phase der Ideengewinnung eingesetzt werden können, so kann hier im Detail auf die umfangreiche, einschlägige Literatur¹⁵ verwiesen werden. Neben Fragebögen, Interviews mit Patientinnen/Patienten und sonstigen Beteiligten am Innovationsprozess, Beobachtung, Brainstorming zur Generierung verschiedener potentieller Lösungen können andere eingesetzt werden, die im „Methodenkasten“ der Kreativitätstechniken vorhanden sind. Falls es ein betriebliches Vorschlagswesen gibt, so kann das auch als Quelle von Inspiration und Kreativitätsanstößen eingesetzt werden. Neben der Ideengenerierung spielen Identifikation und Auswahl von mehreren potentiellen Lösungsmöglichkeiten mit ihrer Nutzenstiftung für die/den Patientin/Patienten eine ganz wichtige Rolle¹⁶. Die Evaluierung hinsichtlich des Problemlösungspotentials sollte nicht zu früh erfolgen, da unter Umständen die Mächtigkeit der Vorschläge für Zusatzleistungen nicht voll erkannt wird. Wichtig scheint es zu sein, sich darüber im Klaren zu werden, welche Übereinstimmung mit der Mission und den Zielen des Krankenhauses der Abteilung vorliegt und welche Voraussetzungen (Know-how, personell, technisch, finanziell, rechtlich u.a.) notwendigerweise gegeben sein müssen, um diese Zusatzleistungen zum Nutzen der Patientinnen/Patienten zu entwickeln, einzusetzen und zu vermarkten. Organisatorisch kann es sinnvoll sein, in der Phase der Ideengenerierung funktionsübergreifende Teams, Innovationsinstitute mit einschlägiger Expertise oder Innovationsnetzwerke einzusetzen¹⁷. Manche Krankenhäuser und Kliniken gehen schon den oben angemerkt Weg, indem sie eigene Innovationszentren einsetzen¹⁸, um die sonst üblichen, für Innovation hindernden Einflüsse¹⁹ zu minimieren oder zu umgehen.

15 Vgl. Becker et al. 2018.

16 Vgl. Varkey et al. 2008., S. 384 f.

17 Vgl. Varkey et al. 2008; Cooper 2002.

18 Vgl. Dickson et al. o. J., S. 48 ff.

19 Vgl. Hwang und Christensen 2008., S. 1329 ff.

2.2. Ideenbewertung

In der Phase der Ideenbewertung geht es darum herauszufiltern, welche der Vorschläge für die Zusatzleistungen aus Sicht der Kunden vorteilhaft bzw. weniger vorteilhaft sind. Verschiedene Vorgehensweisen²⁰ sind denkbar. Ein Instrument, das in diesem Zusammenhang häufig genannt wird, ist die Suchfeldmatrix²¹, in der der Situationsbezug der/des Patientin/Patienten (vgl. Tabelle 2) den verschiedenen Hebeln zur Erhöhung des Patientennutzens gegenübergestellt wird. Es handelt sich dabei um Komfort (die/der Patientin/Patient kann die Zusatzleistung nun bequemer in Anspruch nehmen), Risiko (das Risiko bei der Inanspruchnahme wird vermindert), schnellere Handhabbarkeit (es kann schneller mit der Zusatzleistung umgegangen werden), Umweltfreundlichkeit (es tritt eine verringerte Umweltbelastung durch die Inanspruchnahme der Zusatzleistung ein), Kompatibilität (die Zusatzleistungen sind mit anderen besser kombinierbar, es ergeben sich mit ihnen höhere Synergien), psychologische Vorteile (diese können darin bestehen, dass die/der Patientin/Patient durch die Inanspruchnahme eine Steigerung des Selbstwertgefühls erfährt, die Konsumption bereitet mehr Vergnügen) und Gesamtkosten der Inanspruchnahme der Leistung (führen zu einer Verringerung der Kosten für den Patienten/in und damit zu einer Erhöhung des Kundennutzens).

Neben der Anwendung der Suchfeldmatrix können noch andere Techniken für die Auswahlentscheidung herangezogen werden. Häufig genannt werden hier der Stage-Gate-Prozess von Cooper²². Ein ausgezeichnetes Beispiel für die Anwendung des Stage-Gate-Prozesses liefern Pietzsch et al.²³, die in ihrem Beitrag dokumentieren, wie die Anwendung von Kriterien und eine stringente Prozessführung über die verschiedenen Phasen hinweg zur Markt-/Einsatzreife eines Vorschlags führen.

20 Vgl. Peters 1986.

21 Vgl. Chan Kim und Mauborgne 2016.

22 Vgl. Cooper 2002.

23 Vgl. Pietzsch et al. 2009., S. 021004-1 ff.

Hebel zum Patientennutzen	Patienten-Situation						
	Aufenthalt	Behandlung	Diagnose	Vorbeugung	Aufklärung	Forschung	Kontaktpflege
Komfort							
Risiko							
Schnellere Handhabbarkeit							
Umweltfreundlichkeit							
Kompatibilität							
Psychologische Vorteile							
Gesamtkosten der Inanspruchnahme d. Patienten/in							

Tabelle 2: Suchfeldmatrix zur Einschätzung Nutzenwirkung (in Modifikation von Varkey et al. 2008, S. 385)

Best-Practice-Beispiele²⁴ bei der Anwendung des Stage-Gate-Prozesses sprechen von der Ausrichtung der Krankenhausstrategie, Adaptierbarkeit für die unterschiedlichsten Innovationsarten, Berücksichtigung und Intensivierung der Zusammenarbeit von Medizin und Pflege, Verwaltung und Management, klaren Rollenabgrenzungen, hoher Planungs- und Evaluierungskompetenz, der genauen Kennzeichnung der Anforderungen und Selektionskriterien, methodischer Unterstützung durch standardisierte Checklisten sowie Projektmanagement und Aktivitäten zur Einbindung externer Partner, Stakeholder und der Patientinnen/Patienten. Welche Vorgehensweise bei den Methoden gewählt wird, hängt schlussendlich davon ab, welche Ressourcenverfügbarkeit (personell, finanziell, Know-how) und Ressourcennotwendigkeiten in dieser Hinsicht vorliegen.

²⁴ Vgl. Schultz 2014. S. 32 ff.

2.3. Entwicklung, Design und Erstnutzung

Die Entwicklungsphase ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass die wesentlichen Vorschläge und Ideen, die sich im Brainstormingprozess als weiter verfolgenswert herauskristallisiert haben, nun in Sub-Prozessen²⁵ verfeinert und sozusagen „raffiniert“ werden. Das Ergebnis ist ein Prototyp der medizinischen/nicht medizinischen Zusatzleistung, die den Ansprüchen der Patientinnen/Patienten und den Projekterfordernissen genügt. Zunächst werden die Top-Ideen ausführlicher entworfen und konzipiert, dann in vorläufige Prototypen umgesetzt. Diese werden in einem oder mehreren realen Anwendungsfällen getestet, Änderungserfordernisse werden analysiert und berücksichtigt und ursprüngliche Prototypen modifiziert und noch einmal getestet. Dieser interaktive Prozess wird so lange wiederholt, bis keine wesentlichen Änderungsnotwendigkeiten mehr bestehen. Dabei fließen auch immer wieder Wünsche der Patientinnen/Patienten, die wesentlich für die Anpassung, Finalisierung und Standardisierung der Zusatzleistung sind, ein. In diesem Stadium der Entwicklung der Zusatzleistungen, seien sie nun medizinischer oder nicht medizinischer Natur, können die schon früher genannten Innovationszentren (die Literatur spricht hier auch von Design-Studios²⁶) krankenhausintern oder auch krankenhausextern eine Rolle spielen.

Der Unterschied²⁷ zwischen Erstnutzung und Prototypeneinsatz besteht darin, dass das finale Konzept der Zusatzleistung standardisiert, wiederholbar und in der Lage ist, den beabsichtigten Nutzen zu schaffen. Unter Umständen kann der Fall auftreten, dass in diesem Phasenabschnitt nochmals Vorschläge durch Beteiligte wie Patientinnen/Patienten, Mitglieder der bereichsübergreifenden Teams oder der Krankenhausverwaltung sowie externen Dritten auftreten. Das kann für die Übernahme und Implementierung seitens der Krankenhausorganisation von entscheidender Bedeutung sein, um den vollen Nutzen der Zusatzleistung realisieren zu können.

Ein typisches Beispiel für den Einsatz eines Design-Centers (DHW-Lab) demonstriert das Auckland City Hospital²⁸ unter dem Motto „We design better healthcare experiences with patients, their families and staff“. Diese Internetplattform ist deshalb so interessant, weil es das Konzept, die Werkzeuge und die Vorgehensweise allgemein auf der WEB-Seite²⁹ zugänglich macht. Damit können Patien-

25 Vgl. Varkey et al. 2008, S. 385 f.

26 Vgl. Bhatti et al. 2018, S. 2

27 Vgl. Varkey et al. 2008, S. 386

28 Vgl. hierzu <https://www.dhwlab.com/>, URL abgerufen am 12.6.2018

29 Vgl. hierzu <https://static1.squarespace.com/static/5923aa0f17bffc2707fe2b8/t/5971c969f7e0ab273453c381/1500629412929/How+We+Design+2.0.pdf>, URL abgerufen am 12.6.2018

tinnen/Patienten, Familienangehörige und Beschäftigte aus dem medizinischen und nicht medizinischen Bereich in Innovationsprojekten zusammenfinden. Dem Prinzip nach ist jeder Ansatz auf das Problem zugeschnitten, orientiert sich an einem menschenzentrierten Design und ermutigt damit die Zusammenarbeit, die Empathie, die Kreativität und die Erstellung von Prototypen. Es wird auf Projektbasis gearbeitet. In vier Phasen wird von „Discover“, „Define“, „Design“ und „Deliver“ gesprochen, und interessierten Nutzern werden verschiedenen Werkzeuge und Methoden vorgeschlagen, die zu einer patientengerechten Lösung von Problemen führen sollen. Auch wenn hier nicht unbedingt von Zusatzleistungen in bestimmten Krankenhausklassen gesprochen wird, so kann das vorgestellte Konzept der Zusammenarbeit für Innovationen im Krankenhaus als richtungsweisend eingestuft werden.

2.4. Implementierung, Diffusion und Adaption

In den letzten Schritten der Entwicklung von Zusatzleistungen für die Sonderklasse geht es um Fragen, die sich damit auseinandersetzen, ob die gefundene neue Leistung für einen breiteren Markt zur Verfügung gestellt werden soll. Das kann nun krankenhauses intern verstanden werden, es kann aber auch seitens des Abteilungs-/Krankenhausmanagements überlegt werden, ob Einnahmen durch Lizenzierung der Entwicklung eine interessante Alternative darstellt. Es kann dabei notwendig sein, dass die Dienstleistung für die Sonderklasse gesetzlich geschützt wird oder zu patentieren ist, damit sie dem Markt zur Verfügung gestellt werden kann. In welchem Ausmaß gesetzliche Regelungen zu berücksichtigen sind, hängt vom Einzelfall ab, ebenso die Abklärung ethischer Aspekte. Die Übernahme und Diffusion von Neuerungen im Gesundheitsbereich folgt mehr oder weniger einem S-förmigen Verlauf. Drei Größen³⁰ wirken auf die Geschwindigkeit ein, mit der Innovationen im Allgemeinen am Markt übernommen werden: 1) Wahrnehmung der Neuerung, 2) Charakteristiken der Personen und 3) Kontextfaktoren.

Bei der Wahrnehmung der Innovation ist zu berücksichtigen, dass potentielle Nutzer zunächst einmal für sich abschätzen, welche Risiken mit der Übernahme verbunden sind und welche Vorteile sich durch eine Nutzung ergeben könnten. Je größer das Wissen über die Vorteile der Innovation ist, desto eher wird diese übernommen. Wie die Neuerung wahrgenommen wird, hängt unter anderem davon ab, wie kompatibel sie mit den Werten, Normen und früheren Erfahrungen der Patientinnen/Patienten ist.

30 Berwick 2003, S. 1970 ff.

Hinzu kommt die Komplexität der Neuerung: Simple Neuerungen finden rascher ihren Weg in den Markt, werden früher übernommen, genau wie jene, die modifiziert und an den spezifischen Kontext der/des Patientin/Patienten angepasst werden können. Nicht unterschätzt werden sollte die Möglichkeit, Neuerungen zunächst einmal ausprobieren zu können, Patientinnen/Patienten wollen lernen und die Vorteile einer Nutzung auch beobachten können.

Die zweite Einflussgröße, die die Rate der Übernahme der Neuerung beeinflusst, leitet sich aus den Charakteristiken der Patientengruppen ab. Es kann davon ausgegangen werden, dass der s-förmige Verlauf der Übernahme, der in vielen Innovationsstudien festgestellt wurde, grosso modo auch für Patientinnen/Patienten³¹ gilt. Eine geringe Anzahl von ihnen kann zu den „wirklichen“ Innovatoren gezählt werden, üblicherweise sind das so an die 2,5 Prozent. Sie zeichnen sich durch Neugierde, Such- und Probierverhalten aus, können mit Risiko umgehen und sind Neuerungen gegenüber grundsätzlich aufgeschlossen. Die zweite Gruppe, die ihnen in mancherlei Hinsicht ähnlich ist, aber dennoch unterscheidbar, sind die frühen Adopter (ca. 12 Prozent). Sie sind meist Meinungsführer, sind aber weniger durch Suchverhalten geprägt, sozial gut verankert, probieren gerne neue Dinge aus und kommunizieren dies dann auch. Ihren sozialen Status unterstreichen sie dadurch, dass sie sich als Experten in bestimmten Bereichen empfehlen. Die „frühe Mehrheit“ (ca. 34 Prozent) ist stärker als die beiden ersten Gruppen, dem Risiko abgeneigt, sie ist dafür aufgeschlossener für Neuerungen, die ihre unmittelbar gegenwärtigen Bedürfnisse ansprechen. Sie kommuniziert eher mit Bekannten, Freunden und dem familiären Umkreis und nimmt deren Empfehlung auf. Die „späte Mehrheit“ (ca. 34 Prozent) orientiert sich in ihrem Probierverhalten und ihrer Übernahme bei Neuerung stärker an der „frühen Mehrheit“, ist jedoch noch vorsichtiger bei der Übernahme und Nutzung von Neuerungen und ist erst dann bereit, die Neuerungen zu versuchen, wenn diese zum Standard geworden sind, denn der Erfolg muss garantiert sein. Such- und Probierverhalten sind noch stärker eingeschränkt als bei den anderen schon genannten Gruppen. Die letzte Gruppe (ca. 16 Prozent der Patientinnen/Patienten), man könnte sie auch als „Zauderer“ oder als „Traditionalisten“ bezeichnen, orientiert sich an bewährten und erprobten Dienstleistungen.

Als drittes Einflussbündel ist der Kontext zu berücksichtigen, in dem die Neuerung eingesetzt werden soll. Management, Führung und soziales Umfeld können den zeitlichen Verlauf, die Übernahme oder Ablehnung einer neuen Dienstleistung für die Sonderklasse wesentlich beeinflussen und somit auch die gesamte Attraktivität dieser Abteilungen im Krankenhaus. Lob, Anerkennung, Unterstützung,

31 Vgl. Berwick 2003, S. 1972

flexible Entscheidungsstrukturen, Verfügbarkeit von Ressourcen finanzieller und personeller Natur und das Zulassen von Änderungen werden die Übernahme von Neuerungen fördern.

3. Zusammenfassende Überlegungen und Empfehlungen

Die Schaffung von Zusatzleistungen in der Sonderklasse kann als Innovationsprojekt des Krankenhauses, der Klinik oder der medizinischen Abteilung verstanden werden. In welchem Ausmaß solche Innovationsprojekte Dienstleistungen erfolgreich bis zur Markt-/Nutzungsreife führen, hängt davon ab, wie systematisch, strukturiert und planerisch das Vorgehen im Projekt gehandhabt wird. Aus der Praxis lassen sich Beispiele zitieren, wie das Innovationsgeschehen an großen Krankenanstalten organisatorisch und prozessual gestaltet werden kann.

Generelle Gestaltungsempfehlungen³² lassen sich etwa wie folgt formulieren:

1. Kontinuierliche und aktive Suche nach Innovationspotentialen für Dienstleistungsverbesserungen. Große Krankenhäuser können einen solchen Prozess im Hause mit entsprechenden Ressourcen unterstützen. Kleinere Anstalten sollten sich überlegen, ob sie das nicht im Netzwerkverbund angehen sollten.
2. Identifikation von „Scouts“, die aufgrund des ihnen eingeräumten Freiraums und Wertschätzung, Innovationspotentiale aufspüren können und nicht selten Schnittstellen zu anderen Wissensbereichen überbrücken können.
3. Identifikation und Kommunikation mit „frühen Adoptern“, da sie als Meinungsbildner intern und extern besonders wirksam sind. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, über ihre Aktivitäten zu berichten.
4. Übernahme und Adaptierung von Innovationen, die von außerhalb kommen. Nicht selten ist es möglich, Dienstleistungen, die außerhalb der Institution entwickelt wurden, anzupassen und auf den spezifischen Kontext der eigenen Abteilung einzustellen und diese zu eigen machen.

³² Vgl. Berwick 2003., S. 1973 f.

5. Freiräume schaffen, damit Neues entstehen kann und schlussendlich –
6. Führen durch Beispiel, damit die Verbreitung und Implementation von Neuerungen Widerstände überwinden kann. Die Bereitschaft zur Veränderung muss zur inneren Haltung werden.

Ohne Zweifel sind die Schaffung und Übernahme von Dienstleistungsinnovationen mit Risiken, aber auch mit spannenden Erfahrungen verbunden. Es gibt keine Abkürzungen zum garantierten Erfolg, allerdings systematische Ansätze, die die Erfolgswahrscheinlichkeit dieser Projekte bis hin zur Marktreife und Nutzung steigern.

Literaturverzeichnis

- Becker, Joachim H.; Ebert, Helmut; Pastoors, Sven (Hg.) (2018): Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Berwick, Donald M. (2003): Disseminating innovations in health care. In: *JAMA* 289 (15), S. 1969–1975.
- Bhatti, Yasser; del Castillo, Jaqueline; Olson, Kristian; Darzi, Ara (2018): Putting Humans at the Center of Health Care Innovation. In: *Harvard Business Review* (2).
- Chan Kim, W.; Mauborgne, Renée (2016): Der Blaue Ozean als Strategie. Wie man neue Märkte schafft, wo es keine Konkurrenz gibt. 2. Auflage. München: Hanser, Carl.
- Cooper, Robert G. (2002): Top oder Flop in der Produktentwicklung. Erfolgsstrategien; von der Idee zum Launch. 1. Aufl. Weinheim: Wiley-VCH Verl.
- Dickson, Francesca; Friedman, Emily; Ross, Lorna: Innovating in Health Care – an Environment Adverse to Change. In: *Touchpoint - The Journal of Service Design*, S. 48–53.
- Hwang, Jason; Christensen, Clayton M. (2008): Disruptive innovation in health care delivery: a framework for business-model innovation. In: *Health affairs (Project Hope)* 27 (5), S. 1329–1335.
- Lämsäsaari, Hannakaisa; Kivimäki, Mika; Aalto, Pirjo; Ruoronen, Raija (2006): Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. In: *Nursing science quarterly* 19 (1), 66–72.
- Meffert, Heribert; Rohn, Friederike (2012): Medizinmarketing – marktorientierte Führung im Gesundheitsbereich. In: Christian Thielscher (Hg.): *Medizinökonomie*. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 29–73.
- Omachonu, Vincent, K.; Einspruch, Norman, G. (2010): Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. In: *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal* 15 (1), S. 1–20.
- Omachonu, Vincent, K.; Einspruch, Norman, C. (2010): Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. In: *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal* 15 (1), S. 1–20.
- Peters, Michael P. (1986): Innovation for Hospitals: an Application of the Product Development Process. In: *Journal of Health Care Marketing* 6 (3), S. 52–59.
- Pietsch, Jan B.; Shluzas, Lauren A.; Paté-Cornell, M. Elisabeth; Yock, Paul G.; Linehan, John H. (2009): Stage-Gate Process for the Development of Medical Devices. In: *J. Med. Devices* 3 (2), 021004-1-021004-15.
- Schultz, Carsten (2014): Innovationsmanagement im Krankenhaus. Kompetenzen, Instrumente und Leitlinien. In: *IT-Management* (4), S. 32–34.

- Souba, Wiley, W.; Haluck, Chris, A.; Menezes, Melvyn, A.J. (2001): Marketing strategy: An essential component of business development for academic health centers. In: *The American Journal of Surgery* 181, S. 105–114.
- Varkey, Prathibha; Horne, April; Bennet, Kevin E. (2008): Innovation in health care: a primer. In: *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality* 23 (5), S. 382–388.