

Medizinische Compliance Manager/-innen (MCM) in der Arzt-Praxis

Potenzial der individualisierten Compliance-Optimierung in der Sekundär- und Tertiärprävention chronisch kranker Patienten.

Achim Viktor, Bonn

Hintergrund: Das statistische Bundesamt meldete Rekord-Gesundheitsausgaben von 293,8 Milliarden Euro im Jahre 2011, was einem Anstieg von 1,9% - bzw. 5,5 Milliarden Euro- gegenüber dem Jahr 2010 entspricht. Damit morgen noch die breite medizinische Versorgung angeboten werden kann, muss heute schon die medizinische Leistung, vor dem Hintergrund der Gesundheitsökonomie, effizient eingesetzt werden. Es stellt sich also die Frage: Welche Rationalisierungspotenziale sind vorhanden und wie können diese genutzt werden?

Eine mögliche Stellschraube zur Kostenreduktion ist die Förderung der individuellen Gesundheitsverantwortung und Compliance (Therapietreue). So zeigen sich alarmierende Gesundheitskosten von ca. 7,5 bis 10 Milliarden durch Non-Compliance. Damit liegen die Kosten der Non-Compliance in der Dimension der Ausgaben für die Behandlung der Koronaren Herzerkrankung. Compliancefördernde Strategien zeigen das Potenzial einer fokussierten, nutzenorientierten, effizienten Mittelverwendung und einer Dämpfung der Kostenentwicklung. Die bisherigen Strukturen, insbesondere das Disease Management Programm (DMP), zeigen sich im Verhältnis zum eingesetzten Kapital als wenig effektiv.

These: Die Komplexität und Dimension des Compliance-Prozesses (siehe externe und interne Trigger, Abb. 2) sowie die hohen Kosten der Non-Compliance verlangen eine strukturelle Veränderung des Versorgungsprozesses. Der hier vorgestellte Ansatz postuliert, dass durch die Nutzung der in der Praxis vorhanden personellen Ressourcen (Medizinische/er Fachangestellte/er) eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung (Sekundär- und Tertiärprävention) der chronisch erkrankten Patienten zu erreichen ist. Das Potenzial der Heterogenität der Mitarbeiter, insbesondere das Potenzial der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, ist mittels Diversity Management in die Individualisierung des Compliance-Prozess zu integrieren.

Prävention eine Compliance-abhängige Dienstleistung: Integration des Dienstleistungsgedankens in die Versorgungsstruktur. Demnach wird die ärztlich angestrebte Sekundär- und Tertiärprävention als Dienstleistung definiert. Der zu erbringende Input kommt von zwei Leistungserbringern – dem Arzt bzw. MCM und dem Patienten. Aufgrund der Abhängigkeit des Inputs vom Patient wird von einer Compliance-abhängigen Dienstleistung gesprochen. Als messbare Ergebnisvariablen werden die Intensität, die Ausführungsqualität und die Persistenz definiert.

Modifikation des Compliance-Prozesses: Ziel ist ein bedarfsorientierter Input der Arztpraxis (Arzt, MCM) um einen maximalen Output der Compliance-abhängigen Dienstleistung Prävention beim Patienten zu erhalten. Ist die Phase der Dienstleistungstransaktion, mit hauptsächlich passiver Partizipation des Patienten, noch vollständig in ärztlicher Hand (siehe Abb. 1), so wird der eigentliche Compliance-Prozess und die Dienstleistungserstellung, mit der proaktiven Teilnahme des Patienten, hauptsächlich vom MCM gesteuert (siehe Abb. 2).

Exemplarische Inhalte der Weiterqualifizierung zum MCM: Spezielle Krankenlehre der chronischen Erkrankungen, systematische Gesundheitskommunikation, Gesundheitscoaching, Patienten-coaching, allgemeines Präventionsmanagement, Verhaltens-modifikation, Stabilisierung der Lebensstiländerung, Basis Projektarbeit, Qualitätsmanagement, Gesundheitsmarketing, Patient Relationship Management, Praktisches Einüben des Wissenstransfers, Vermittlungskompetenz.

Implementation des/der MCM schafft Wettbewerbsvorteile: Dienstleistungen zeigen das Potential für Alleinstellung und Wettbewerbsvorteile bei relativ geringen Investitionskosten.

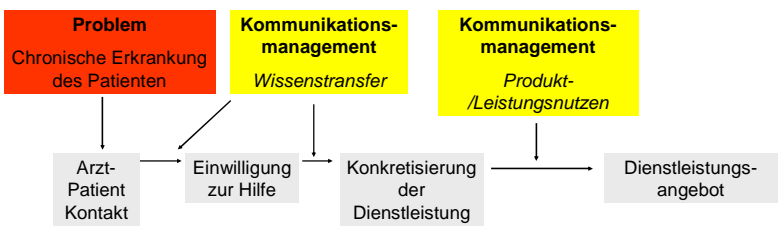


Abbildung 1: Phase der Erstellung des ärztlichen Dienstleistungsangebots Prävention. Die gelben Kästchen entsprechen dem Input Arztes. Das Dienstleistungsangebot ist noch nicht an die internen und externen Trigger des Patienten und dessen Wünsche und Bedürfnisse angepasst – d.h. die Dienstleistung wurde noch nicht individualisiert.

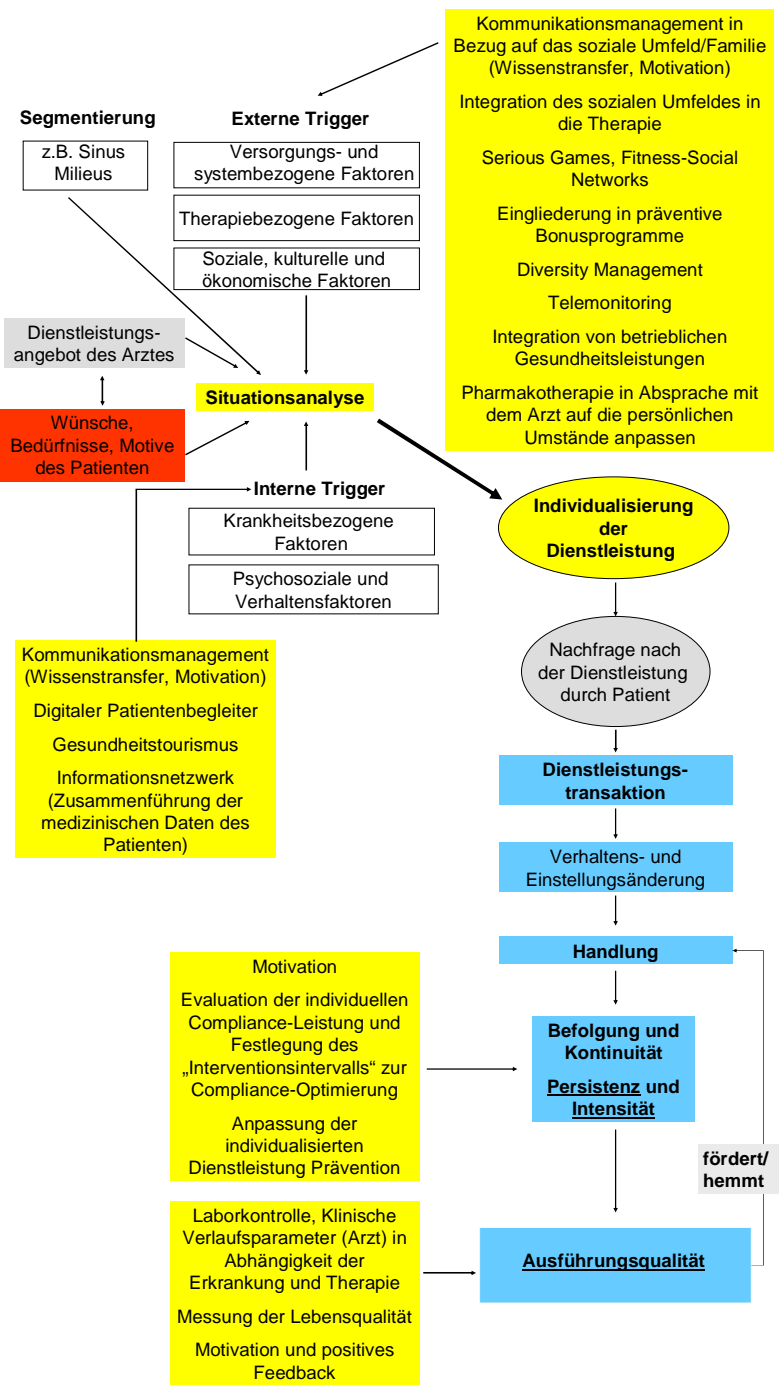


Abbildung 2: Phase der Individualisierung der Compliance-abhängigen Dienstleistung Prävention. Die gelben Kästchen entsprechen dem Input des/der Medizinischen Compliance Manager/-in (MCM), die blauen Kästchen dem Input des Patienten. Der Patient ist zum Prosumer geworden, d.h. er ist Konsument und Co-Produzent geworden.