Zusammenfassung der Veranstaltung der adesso AG

am 29. September 2009 in Düsseldorf

adesso-Forum Gesundheitsmarkt

Telematikanwendungen und Prozessmanagement im Gesundheitswesen – Status quo und Ausblick

Einleitung Seite 2

Referate

Thomas Bodmer | Vorstandsvorsitzender der BKK Gesundheit Seite 3
Anforderungen des GKV-Marktes an die einzelne Krankenkasse

Björn Degenkolbe | Leiter Kompetenzteam Krankenversicherung, Versicherungsforen Leipzig – Gesellschaft für angewandte Versicherungswissenschaft mbH Seite 4
Controlling in gesetzlichen Krankenkassen unter Morbi-RSA und Gesundheitsfonds

Peter Jarlowski | IT-Projektleiter, KKH-Allianz Seite 5
Kassenartenübergreifende Fusionen – Ein Erfahrungsbericht aus IT-Sicht

Daniel Poeschkens | Leiter Kommunikation, gematik GmbH Seite 6
Stand der Telematik – Beginn des Roll Outs in NRW ab 10/2009

Gilbert Mohr | Leiter Stabsstelle IT in der Arztpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Seite 7
eGK-Basisrollout, Online-Rollout und andere Telematik-Entwicklungen in der Arztpraxis

Raphael Schulna | Senior Consultant Versicherungen, adesso mobile solutions GmbH Seite 8
Mobile Services im Versorgungsmanagement

Einleitung

IT-gestützte Geschäftsprozesse spielen im Umfeld der dynamischen Veränderungen des Gesundheitsmarktes eine entscheidende Rolle. Innovative Telematik-Anwendungen unterstützen sowohl die Prozess- als auch die Workflow-Optimierung und ermöglichen Leistungserbringern und Krankenkassen ein flexibles und effizientes Prozessmanagement.

Speziell im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds sowie dem Rollout der eGK und den zunehmenden Fusionen von Krankenkassen ergeben sich aktuell komplexe Anforderungen an die Gesundheitsbranche. Darüber hinaus gewinnen Themen wie mobile Services im Versorgungsmanagement eine immer größere Bedeutung.

Anlässlich des Forums Gesundheitsmarkt bot die adesso AG den rund 75 Teilnehmern eine Informations- und Diskussionsplattform, die sich u.a. mit folgenden Fragen beschäftigte: Wo steht die IT im Gesundheitsmarkt aktuell? Wie sehen die aktuellen Anforderungen an den Gesundheitsmarkt aus? Und wie verläuft das Rollout der elektronischen Gesundheitskarte?

Für die Vorträge konnten Experten namhafter Institutionen des Gesundheitswesens gewonnen werden, die einen ganzheitlichen Blick auf den Status quo und die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitsmarktes ermöglichten.

In dieser Veranstaltungszusammenfassung werden die wichtigsten Aussagen der Referenten wiedergegeben. Dabei spiegelt das Themenspektrum die Perspektiven verschiedener Teilnehmer des Gesundheitsmarktes wider – von der Krankenkasse, über die Kassenärztliche Vereinigung bis hin zur Sichtweise aus Forschung und IT. Die positive Resonanz der Veranstaltungsteilnehmer sowie die anschließenden Fragen und Diskussionen unterstreichen die Bedeutung der Telematik im Gesundheitswesen in Verbindung mit dem durch die gegenwärtigen Entwicklungen bedingten Optimierungsbedarf von Geschäftsprozessen und Strukturen.

Durch das Veranstaltungsprogramm führte **Michael Kenfenheuer, Vorstand für Consulting und Sales der adesso AG**.

Thomas Bodmer | Vorstandsvorsitzender der BKK Gesundheit

Anforderungen des GKV-Marktes an die einzelne Krankenkasse

Michael Kenfenheuer begrüßte als ersten Referenten **Thomas Bodmer, Mitglied des Vorstandes der BKK Gesundheit,** zum Thema „Anforderungen des GKV-Marktes an die einzelne Krankenkasse". Bodmer stellte in seinem Vortrag die Veränderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse in Verbindung mit den Reformen der letzten Jahre sowie im Hinblick auf die aktuellen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen dar. Mit dem Start der Gesundheitsreformen ab 2004 veränderte sich die Gesundheitsversorgung in vielen strukturellen Bereichen. Das GKV-Modernisierungsgesetz war der Ausgangspunkt für mehr Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Es stärkte die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem und schaffte neue Wettbewerbsimpulse. Weitere Meilensteine wurden mit der Versicherungspflicht für alle, der Gründung des Spitzenverbands Bund für Krankenkassen im Jahr 2008, dem einheitlichen Beitragssatz sowie dem Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 gesetzt. Der Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem Morbi-RSA erhöhte die Wettbewerbsorientierung der Krankenkassen. Für Bodmer geht es daher in Zukunft darum, sich als Krankenkasse durch bessere Versorgungsangebote von der Konkurrenz abzuheben, um am Markt zu bestehen. Dafür müsse die Krankenkasse u.a. über tiefgreifende Kenntnisse in sämtlichen Aufgabenbereichen der Leistungserbringer verfügen. Grundvoraussetzung zur Nutzung der Wettbewerbsvorteile sind die Gestaltung von versichertenfreundlichen Maßnahmen zur Leistungserbringung sowie die dafür notwendige IT-Infrastruktur.

Laut Bodmer müssen Krankenkassen künftig mit steigenden Leistungsausgaben und erhöhtem Kostendruck rechnen, sich vermehrt den Marktgesetzen unterwerfen und sich durch Individualisierung ihrer Angebote mehr und mehr an der Sichtweise ihrer Kunden orientieren. Deshalb empfiehlt Bodmer den Krankenkassen, ihre unternehmerische Ausrichtung durch Qualitätsstandards und Vertrieb zu stärken. Weiter sieht er in Kooperationen im „Zweiten Gesundheitsmarkt" Perspektiven, um sich intensiver der Gestaltung neuer zielgruppenspezifischer Tarif- und Produktvarianten zu widmen.

„Wir müssen individuelle Vertragsangebote schaffen", so Bodmer. Der steigende Wettbewerbsdruck und die Verunsicherung auf Kundenseite bestimmen das Pflichtangebot der gesetzlichen Krankenkasse. Deshalb müssen die eigenen Marktanteile ausgebaut, strategische Partnerschaften in Betracht gezogen sowie Service- und Leistungsangebote ausgeweitet werden. Dazu gehöre auch, dass Kassen die „Zeichen der Zeit" erkennen und sich durch Fusionen zu neuer Leistungsstärke vereinen – so wie die Taunus BKK, die BKK Gesundheit und die BKK Fahr in der neuen BKK Gesundheit. Für Bodmer hängt die Zukunft der GKV eng mit der politischen Denkweise der kommenden Jahre zusammen. Endscheidend werde in der aktuellen Situation sein, welche Impulse von der neuen Regierung ausgehen. Stünden die Zeichen doch derzeit auf Liberalisierung. Und Bodmer ist sich sicher: „Wir werden einen einheitlichen Gesundheitsmarkt aus GKV und PKV bekommen."

Björn Degenkolbe | Leiter Kompetenzteam Krankenversicherung, Versicherungsforen Leipzig – Gesellschaft für angewandte Versicherungswissenschaft mbH

Controlling in gesetzlichen Krankenkassen unter Morbi-RSA und Gesundheitsfonds

Mit **Björn Degenkolbe** kam als zweiter Referent ein Vertreter einer wissenschaftlichen Einrichtung zu Wort. Die Versicherungsforen Leipzig sehen sich als Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis und haben ihren Forschungsschwerpunkt im Bereich der privaten und gesetzlichen Versicherungswirtschaft angesiedelt. In seinem geht Degenkolbe auf die veränderte Wettbewerbssituation von Krankenkassen ein, die einen ausgereiften und effektiven Controlling-Prozess erfordert.

Durch die neuen Rahmenbedingungen im gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt (Stichwort Gesundheitsfonds) müssen wesentliche Geschäftsprozesse angepasst und weiterentwickelt werden. Die Umstellung des Einnahmen- sowie des Finanz- und Risikomanagement sind für die Krankenkassen existentiell neue Themen. „Insbesondere im Kontext des Gesundheitsfonds haben sich die Finanzkennzahlen grundlegend verändert. Die zunehmende Komplexität erfordert komplett neue Plan- und Kontrollprozesse auf allen Entscheidungsebenen.“ so Degenkolbe. Es muss ein integrierter Prozess aus Steuerung, Planung und Kontrolle geschaffen werden, der ein einheitliches und empfängerorientiertes Berichtswesen mit einem einheitlichen Berichtsverständnis ermöglicht. Die zentrale Herausforderung an die IT besteht gegenwärtig darin, die verschiedenen Informationssysteme für ein unternehmensweites Controlling zusammenzuführen, um die wachsenden Anforderungen ausgehend von der Strategiebildung bis hin zur operativen Umsetzung effizient zu unterstützen. Um „Entscheidungen auf Knopfdruck“ treffen zu können und in diesem Sinne jederzeit wettbewerbsfähig zu sein, muss die Architektur eines Controllings über ein zentrales Informationssystem (Datawarehouse) verfügen, in dem alle Systeme der Geschäftsprozesse effektiv eingeordnet und bewertet werden können. Darüber hinaus muss bedacht werden, dass sich unter den veränderten Rahmenbedingungen auch die Organisation des Controllings neu formieren bzw. anpassen muss. Insbesondere sind die analytischen Werkzeuge und die Analyseprozesse neu aufzusetzen. Von der Zielgruppenbildung über die interdisziplinäre Bewertung von Morbidität und deren therapeutischen Behandlung bzw. Leistungserbringung bis zum Produkt- und Vertragscontrolling ist ein übersichtliches, klar strukturiertes und hochautomatisiertes Controllingsystem aufzubauen.

„Es ist noch viel Forschung zu betreiben“

Degenkolbe resümiert zum Ende seines Vortrags, dass sich die Optimierung des Controlling-Prozesses derzeit noch in den Kinderschuhen befindet und noch viel Forschungsarbeit in diesem Bereich notwendig ist. Die Versicherungsforen führen im Jahr 2010 ein Forschungsprojekt mit der IPRI – International Performance Research Institute GmbH durch, wo u.a. erarbeitet werden soll,

welche Kennzahlen für ein empfängerorientiertes Berichtswesen 2010 relevant sind, um in der Konsequenz „richtigere“ Entscheidungen zum „richtigeren“ Zeitpunkt ableiten zu können.

Peter Jarlowski | IT-Projektleiter, KKH-Allianz

Kassenartenübergreifende Fusionen – Ein Erfahrungsbericht aus IT-Sicht

Mit **Peter Jarlowski** konnte ein Referent gewonnen werden, der die technischen Aspekte eines sehr aktuellen Themas im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, der kassenartenübergreifenden Fusion, verdeutlichte und seine Erfahrungen aus der Fusion der KKH und der BKK Allianz schilderte. Der Markt der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt einem bezeichnenden Konzentrationsprozess. Um die eigene Marktposition zu stärken und sich durch optimierte Serviceorientierung von der Konkurrenz zu differenzieren, entschließen sich Krankenversicherungen immer häufiger zu Fusionen. Die KKH-Allianz setzt mit ihrer Fusion auf einen gesunden Wachstumskurs und einen effizienten Ausbau ihres Leistungsangebotes.

In der Projektorganisation einer kassenartenübergreifenden Fusion sind bereits im Vorfeld strategische Grundsatzentscheidungen zu treffen. Aus technischer Sicht stellte sich für den IT-Projektleiter Peter Jarlowski beispielsweise die Frage, wie die verschiedenen IT-Systeme der Kassen in Einklang gebracht werden können. Von Beginn an war jedoch klar: „So ein Projekt funktioniert nur, wenn man partnerschaftlich zusammenarbeitet.“ Deshalb wurde das Projektteam mit Mitarbeitern beider Kassen besetzt. Im Bereich der IT kristallisierten sich drei wesentliche Handlungsfelder zur Vorbereitung des Prozesses heraus. Neben der Einbindung der neuen Mitarbeiter in die Kommunikations- und Informationsprozesse galt es vor allem, Anforderungen hinsichtlich der verschiedenen IT-Infrastrukturen zu klären. So stand das Projektteam vor der Herausforderung, 300-400 IT-Verträge für Arbeitsplatzausstattung und Soft- und Hardware zu identifizieren. Das wichtigste Handlungsfeld umfasst aber die Datenmigration. Hier musste der optimale Zugriffsweg auf die Daten der anderen Kasse gefunden sowie grundsätzliche Migrationsanforderungen aufgestellt werden. Letzteres erwies sich als komplexe Herausforderung, da die einzelnen Fachabteilungen verschiedene Vorstellungen davon hatten, welche Daten überhaupt migriert werden sollten und wie die Daten zusammengeführt werden. Um größeren Diskussionen vorzubeugen, wurde ein Migrationskonzept erstellt, das grundsätzliche Regeln definierte. Zum Beispiel wurde festgelegt, dass die KKH-Allianz-Anwendungen und -Systeme eingesetzt werden und dass nur die aktuellen Versicherungszeiträume bzw. Versichertenverhältnisse überführt werden. Außerdem wurde eine Referenztabelle zur Identifizierung von ISKV-Schlüsseln und KKH-Allianz PIDs erarbeitet. Die Erstellung des Migrationskonzepts erwies sich für Jarlowski und sein Projektteam als sehr wertvoll, wurde es doch in der konkreten Projektumsetzung von allen Fachbereichen ohne bedeutende Diskussionen angenommen.

Jarlowski erläuterte die wesentlichen Schritte der Fusion. Nach der Erstellung der Infrastruktur für die Datenmigration ca. 12 Wochen vor dem Fusionstermin folgte bereits ab der 10. Woche die Migration von Personen-, Versicherten- und Rentendaten, um den Versicherten frühzeitig ihre neue Versichertenkarte aushändigen zu können. Die Migration von Beitragssalden hingegen wurde erst mit dem Fusionsdatum begonnen, da die Beitragszahlungen erst zum Folgemonat eingezogen werden. Daher konnten andere Prozesse, wie die Migration der Arbeitgeber und die maschinelle Migration der File-Server vorgezogen werden.

Ein wesentlicher Punkt während des Migrationsprojektes bestand in der Qualitätssicherung. Mittels des IT-Dienstleisters Gadiv GmbH wurden die ISKV-Daten vor ihrer eigentlichen Migration einer Qualitätssicherung unterzogen und erst dann in das System der KKH-Allianz überführt. Die KKH-Allianz kam insgesamt auf ein sehr gutes Migrationsergebnis: 99% der Personen, 98% der Versicherungen und 97% der Rentendaten konnten bis zum Fusionszeitpunkt übernommen werden. Jarlowski konstatiert, dass dieses Ergebnis nur durch die engagierte Zusammenarbeit der Mitarbeiter aus den Bereichen BKK, Gadiv/adesso (als IT-Dienstleister), den Fachbereichen der Krankenversicherungen und letztlich der IT erreicht werden konnte. Zusammenfassend kommt er zu dem Ergebnis:

„Die unterschiedlichen Kassenarten hatten keinen Einfluss auf die Durchführung der IT-Fusion.“

Das Konzept der KKH-Allianz könne ohne weiteres auf Fusionen ähnlicher Größenordnung von ISKV-Kassen übertragen werden und der Aufwand für weitere Zusammenschlüsse innerhalb der KKH-Allianz halbiere sich damit.

Daniel Poeschkens | Leiter Kommunikation, gematik GmbH

Stand der Telematik – Beginn des Roll Outs in NRW ab 10/2009

Daniel Poeschkens gab den Veranstaltungsteilnehmern einen Überblick über die bisherigen Erfahrungen aus den Feldtests sowie über die Neuerungen rund um die eGK. Zunächst fasste er die Erkenntnisse aus den Feldtests zusammen. Seit eineinhalb Jahren wurden hier die Übermittlung der Versichertenstammdaten mit der Karte, das elektronische Rezept und der Notfalldatensatz ausführlich erprobt. Die Tests ergaben, dass die Basis-Funktionalität - mit der auch nun beginnend in Nordhrein gestartet wird, das Einlesen der Versichertenstammdaten von der Gesundheitskarte und die Übernahme in das Praxisverwaltungssystem - erfolgreich verlief.

Das Ausstellen und Einlösen des eRezeptes hingegen sowie das Anlegen eines Notfalldatensatzes auf der Gesundheitskarte bedürfen erneuter Überarbeitung und Testung.

Insgesamt resümiert die gematik, dass u.a. die Installation der einzelnen Komponenten bei den Teilnehmern reibungsloser funktionieren muss, daher wird diese in einer der eigentlichen Feldtestphase vorgelagerten Phase durchgeführt.

Die Stabilität der Lösung beim Arzt war zu Beginn der Tests über alle eingesetzten Komponenten nicht ausreichend. Diese soll nun durch zwei neue Teststufen verbessert werden, die die Qualität der Lösung erhöhen. Auch die Nutzungsfrequenz soll durch die Einführung einer Software zur Dokumentation der Testresultate unterstützt werden. Für die weiteren Feldtestphasen bedeute die Umsetzung dieser Erkenntnisse mehr Stabilität, Praktikabilität, Qualität und mehr Anwendungsfälle, schilderte Poeschkens.

Poeschkens erklärte, dass die kürzlich beschlossene Änderungsverordnung zur eGK die rechtlichen Vorgaben zur Fortführung der Tests modifiziert hat. Beispielsweise beschafft die gematik künftig die für die Teilnahme an den Tests erforderliche Ausstattung der Leistungserbringer mittels Auftragsvergabe oder Konzessionserteilung. Außerdem kann sie zur Anpassung der eingesetzten Hardware- und Softwareprodukte Verträge mit Produktanbietern schließen. Ebenfalls wird ein Regelwerk zur Gültigkeitsprüfung der eGK festgelegt. Darüber hinaus wurden durch die Änderungsverordnung konkrete Entscheidungsstrukturen definiert.

Was bedeuten diese Regelungen und Funktionalitäten hinsichtlich des Themas Datenschutz und Datensicherheit? Begünstigt die eGK wirklich die Auffassung "der gläserne Patient, der gläserne Arzt"? Fakt ist, dass der Datenschutz bei der eGK erheblich höher ist als bei den jetzigen Verfahren zum Transport von Gesundheitsdaten. Das 2-Schlüsselprinzip der eGK schließt Datenmissbrauch auf technischer Ebene aus. Die Daten sind zudem zu jedem Zeitpunkt kryptographisch verschlüsselt, eine Erstellung von Patientenprofilen wird durch die Datenspeicherung auf nicht-miteinander verbundenen Servern von verschiedenen Betreibern ausgeschlossen. Alles in allem sieht Poeschkens somit die Sicherheits- und Datenschutzbestimmungen durch die eGK umfassend erfüllt.

Auch der Praktikabilität der Karte stellte er ein gutes Zeugnis aus: "Es gehen keine Anwendungen in den Betrieb, bevor sie nicht ihre Alltagstauglichkeit in definierten Testabläufen nachgewiesen haben." Die Karte erfüllt alle Bedingungen der Barrierefreiheit, es wird keine PIN für die Basisanwendungen benötigt, lediglich für die freiwilligen Anwendungen.

"Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ein grundlegender Schritt zur Modernisierung des Gesundheitswesens."

Zum Abschluss ging Poeschkens auf den zeitlichen Verlauf der Feldtests ein. Nachdem im Juli 2009 die erste Feldtestphase beendet wurde, wird ab dem dritten Quartal 2010 nun die Online-Feldtestphase beginnen. Das Ziel ist der Aufbau einer Telematikinfrastruktur, die alle Beteiligten im Gesundheitswesen sicher miteinander vernetzt und die offen für neue Anwendungen und Dienste ist.

Gilbert Mohr | Leiter Stabsstelle IT in der Arztpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

eGK-Basisrollout, Online-Rollout und andere Telematik-Entwicklungen in der Arztpraxis

Nach den theoretischen und technischen Informationen zur elektronischen Gesundheitskarte, führte **Gilbert Mohr** die Einführung des Basis-Rollouts aus praktischer Sicht aus. Die Region Nordrhein ist die Einführungsregion für das Basis-Rollout. Seit März 2009 werden Leistungserbringer hier mit eGK-fähigen stationären und mobilen Kartenterminals ausgestattet – bis zum Oktober 2009 haben sich ca. 37% der Praxen an der Beschaffung der Terminals beteiligt. Mohr hofft, dass sich die Anzahl der Beteiligungen in den kommenden Wochen, vor allem mit dem Start der Ausgabe der ersten eGKs, noch wesentlich erhöht. Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten Pauschalen für die Beschaffung der Lesegeräte. Dies wurde vor dem Start des Basis-Rollouts durch eine Finanzierungsvereinbarung auf Bundesebene geregelt und war die wesentliche Voraussetzung für den Startschuss. Die Mitglieder der KVNO können die Erstattung der Pauschalen bis zum 31. Oktober 2009 beantragen. Die Höhe der Pauschalen wird von jeder Rollout-Region separat festgelegt.

Mohr berichtet, dass die KVNO seit Festlegung der Pauschalen im November 2008 immensen Informationsaufwand bei den Mitgliedern zur Vorbereitung auf das Rollout betrieben hat. Es wurden mehrere Informationsveranstaltungen mit insgesamt 5.000 Teilnehmern durchgeführt. Auf Messen und Websites, in Sonderheften und Faxaktionen sowie bei Vorort-Terminen wurden die Praxen über den Rollout informiert. Von der Region Nordrhein aus wird sich der Rollout dann in vier Schalen durch Deutschland ausbreiten, so dass die letzten Regionen Anfang 2010 mit der Ausgabe der Kartenterminals beginnen und Mitte 2010 die eGK ausrollen können.

Nach dem Anlauf des Karten-Rollouts folgt der Online-Rollout in der Testphase. Für diese Testphase, beginnend ab Anfang 2010, wurde die Region Essen/Bochum ausgewählt. Im Mittelpunkt des Online-Rollouts steht die Anwendung VSDD (VersichertenStammDatenDienst). Dies ist eine Online-Anwendung zum Update von eGKs. Momentan müssen durchschnittlich 20% der KVKs bei einer Krankenversicherung jährlich ausgetauscht werden. Wäre dieser Prozess auch bei der eGK notwendig, käme es zu stark erhöhten Kosten, da die eGK teurer als die KVK ist. Daher ist die eGK-Prüfung gegen die Kassenserver eine wichtige Maßnahme zur Kosteneinsparung.

Was unterscheidet die neue eGK von der KVK? Aus dem Speicherchip wird ein Prozessorchip, auf dem die Informationen, die die Karten im Basis-Rollout besitzen, gespeichert sind. Zusätzlich ist auf der Karte die neue, eindeutige Versichertennummer vermerkt und die Karte verfügt über ein Lichtbild. Bis Ende 2009, so resümiert Mohr, sollen ca. 100.000-120.000 Karten in der Region Nordrhein ausgegeben werden, dies entspricht umgerechnet nur ca. 1,5 % der Versicherten in der KVNO. Eine Zahl, die verdeutlicht, dass das Basis-Rollout der eGK noch einen weiten Weg vor sich hat.

Raphael Schulna | Senior Consultant Versicherungen, adesso mobile solutions GmbH

Mobile Services im Versorgungsmanagement

Im Abschlussvortrag des adesso-Forums Gesundheitsmarkt lenkte **Raphael Schulna** die Aufmerksamkeit auf einen Vertriebskanal, mit dem sich auch der Gesundheitsmarkt zukünftig verstärkt auseinandersetzen muss. Denn das mobile Internet erfährt eine immer höhere User-Akzeptanz. Bei Handys gehört der Internetzugang mittlerweile zur Standardfunktion. Daher gibt es immer mehr „mobile-friendly-sites“ (ca. 1,1 Millionen derzeit). Hinzu kommt, dass das Handy für seinen Nutzer ein sehr persönliches Medium ist, er es immer und überall mich sich führt und es ein multifunktionales Gerät ist. So wird es immer mehr zum idealen Vertriebs- und Marketinginstrument – auch für Krankenkassen und Versicherungen. Schulna schildert, dass adesso mobile solutions bereits mehrere mobile Portale in Umfeld des Gesundheitswesens umgesetzt hat. Im Fokus dieser Portale standen beispielsweise Schadens- und Vertragsservices, Produktinformationen, Suchmaschinen für Facharzt- oder Apothekensuche sowie Customer-Self-Services.

Schulna erläuterte weiterhin, dass sich gesetzlichen Krankenkassen durch den Wegfall der Beitragsautonomie stärker auf Leistungen, Qualität, Service, Versorgungsformen und Kostenmanagement konzentrieren müssen. Mittels mobiler Portale könne somit ein Mehrwert angeboten werden, der sowohl die Leadgenerierung und Vertragsupgrades als auch das Versorgungsmanagement verbessere. Die Kundenansprache über das Handy sei effektiver, da der Kunde ständig erreichbar ist und direkt angesprochen werden kann.

„Das mobile Endgerät kann als persönlicher Gesundheitsmanager dienen.“

adesso mobile solutions sieht den mobilen Kanal als optimale Unterstützung für das Versorgungsmanagement. Der Versicherte könne über den mobilen Kanal aktiv in das Präventions- und Behandlungsmanagement einbezogen werden, indem er beispielsweise durch direkte Ansprache in Form einer SMS motiviert wird, Sport zu treiben, oder durch das Herunterladen von Applikationen Funktionalitäten wie BMI-Rechner, Rezeptvorschläge oder Hilfen zur Raucherentwöhnung erhält. So entstehe eine Win-Win-Situation zwischen Patient und Krankenkasse: Der Patient erhält eine bessere Unterstützung im Heilungsprozess und die Krankenkasse spart Kosten.

Um den mobilen Kanal optimal nutzen zu können, ist eine Endgeräteoptimierung erforderlich. Die mobilen Seiten müssen auf jedem verfügbaren Handy funktionieren, wobei nicht nur die Flut der verschiedenen Modelle, sondern auch die unterschiedlichen Betriebssysteme zu beachten sind. adesso mobile solutions hat für diese Situation die Lösung web in|MOTION entwickelt. web in|MOTION erkennt automatisch das anfragende Endgerät und löst dann stellvertretend die eigentliche Anfrage an die Websites aus. Die Vorteile: Web-Content kann wie bisher eingestellt werden, die IT-Infrastruktur sowie die Geschäftsprozesse bleiben unverändert, das mobile Portal kann mit minimalem Aufwand schnell realisiert und Inhalte aus verschiedenen Quellen können in das Portal integriert werden.

Schulna fasste abschließend zusammen, dass der mobile Kanal ein Medium ist, dem Krankenversicherungen mittelfristig höhere Aufmerksamkeit schenken müssen, um ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen und Kunden einen überdurchschnittlichen Service mit effektiven Mehrwerten anbieten zu können.