
BACHELORARBEIT

Frau

Katharina Fuchs

**Möglichkeiten und Grenzen
des Gesundheitsmarketings
im Krankenhaussektor**

2017

BACHELORARBEIT

Möglichkeiten und Grenzen des Gesundheitsmarketings im Krankenhaussektor

Autor/in:

Frau Katharina Fuchs

Studiengang:

Gesundheitsmanagement (B.A.)

Seminargruppe:

GM14wM1-B

Erstprüfer:

Professor Heinrich Wiedemann

BACHELOR THESIS

**Opportunities and limits of
health marketing in the hospital
sector**

author:

Mrs. Katharina Fuchs

course of studies:

health Management

seminar group:

GM14wM1-B

first examiner:

Professor Heinrich Wiedemann

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Fuchs, Katharina

Thema der Bachelorarbeit

Möglichkeiten und Grenzen des Gesundheitsmarketings im Krankenhaussektor

54 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2017

Abstract

Der primäre Gesundheitsmarkt unterliegt einem Wandel. Weitreichende Problematiken führen dazu, dass die Kliniken ihr bisheriges Handlungsmuster verändern müssen. Während in den vergangenen Jahren für die Gesundheitsdienstleister, das Marketing eher einen geringen Stellenwert einnahm, erlangt diese Thematik mittlerweile eine zunehmende Bedeutung. Im Verlauf dieser Arbeit sollen daher die Entwicklungen aufgezeigt werden, die eine Implementierung eines Marketingkonzeptes begründen. Weiterhin müssen dabei die herrschenden Einschränkungen bezüglich des regulierten Gesundheitsmarktes und die ethischen Faktoren der medizinischen Gesundheitsdienstleistung verdeutlicht werden, um die erforderlichen Anpassungen im Bereich Marketing aufzuzeigen. Anschließend ist es das Ziel, alle Teilschritte und Facetten einer möglichen Marketingunternehmensstrategie aufzuzeigen. Außerdem soll der Einsatz unterschiedlicher Studien einen Aufschluss darüber geben, in wie weit die Marketingaspekte von den Kliniken bereits umgesetzt werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, nicht nur einen aktuellen Stand der Thematik widerzugeben, sondern auch die Relevanz des Gesundheitsmarketings zu verdeutlichen. Die Vorgehensweise basierte dabei auf einer ausführlichen Textanalyse diverser Literatur, um dadurch einen umfangreichen und objektiven Wissensstand zu gewährleisten. In den Ergebnissen der Recherche zeigte sich, dass das Marketing einigen Einschränkungen im Gesundheitswesen unterliegt. Jedoch existiert auch eine Vielzahl an Möglichkeiten, um eine erfolgreiche Strategie zu implementieren. Dabei können viele Aspekte des kommerziellen Marketings zweckdienlich sein. Die Marktentwicklungen weisen bereits eine Notwendigkeit für einen ganzheitlichen Strategieansatz auf. Doch findet bisher größtenteils nur eine eingeschränkte Nutzung der Marketingmöglichkeiten in den Kliniken statt. Daher weist die Implementierung einer Unternehmensstrategie ein hohes Verbesserungspotenzial auf. Damit eine Klinik langfristig erfolgsorientiert agieren kann, ist es notwendig die Gegebenheiten und Entwicklungen des Marktes zu beobachten und darauf zu reagieren. Demnach ist es die Aufgabe der Häuser sich, durch eine geeignete Strategiewahl, erfolgreich am Markt zu behaupten.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
1 Einführung	1
1.1 Einleitung.....	1
1.2 Forschungsfrage.....	2
1.3 Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise	2
2 Das deutsche Gesundheitssystem	3
2.1 Eckdaten und Rahmenbedingungen	4
2.2 Problematiken im Krankenhaussektor.....	7
2.3 Zukünftige Herausforderungen.....	10
3 Gesundheitsmarketing	14
3.1 Begriffserklärung	14
3.2 Ethische Unterscheidungsmerkmale	16
4 Marketing als Unternehmensstrategie im Krankenhaussektor	21
4.1 Marktanalyse	23
4.2 Positionierung.....	27
4.2.1 9 Felder Matrix nach McKinsey.....	27
4.2.2 Festlegung der Marketingziele	29
4.2.3 Zielgruppen definieren	31
4.2.4 Entwicklung der Marketingstrategie	32
4.3 Marketinginstrumente	35
4.3.1 Marketingmix: Das 7- P Modell	36
4.3.2 Push and Pull Modell	38
4.3.3 Corporate Identity und ausgewählte Kommunikationsinstrumente	40
4.4 Erfolgskontrolle.....	44
4.4.1 PDCA- Zyklus.....	44
4.4.2 PIMS- Modell.....	45
5 Marketingverwendung in der Realität	46
6 Schlussbetrachtung	51

Literaturverzeichnis IX

Eigenständigkeitserklärung XV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung des Statistischen Bundesamtes (2017): Entwicklung der Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland in den Jahren 2004 bis 2016.....	5
Abbildung 2: Darstellung von PwC (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030.....	11
Abbildung 3: Darstellung des Marketingprozesses in Anlehnung an Frodl, Andreas, 2011, S. 35.....	22
Abbildung 4: Darstellung des Five-Forces-Modell von Porter in Anlehnung an Homburg, Christian, 2012, S.478.....	25
Abbildung 5: Darstellung der McKinsey Matrix am Beispiel Krankenhaus xy in Anlehnung an Schlüchtermann, Jörg, 2010, S. 42.....	28
Abbildung 6: 7-P Modell in Anlehnung an Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 207.....	37
Abbildung 7: Darstellung der Pull- Methode in Anlehnung an Haseborg, Fokko, 2009, S. 13.....	39
Abbildung 8: Darstellung der Push-Methode in Anlehnung an Haseborg, Fokko, 2009, S. 13.....	40
Abbildung 9: Darstellung des PDCA-Zyklus in Anlehnung an Deming, William, 1986, S. 88.....	44
Abbildung 10: Darstellung des PIMS-Modells in Anlehnung an Frodl, Andreas, 2011, S. 89.....	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung Produkt-Markt Matrix nach Ansoff in Anlehnung an Frodl, Andreas, 2011, S. 83.	33
--	----

1 Einführung

Im Zuge der Industrialisierung folgt die Wirtschaft in allen Sektoren einer rasanten Entwicklung. So ist eine Weiterentwicklung jedoch auch immer mit Veränderungen verbunden. Dabei sind geeignete Maßnahmen der einzelnen Akteure erforderlich, um sich den entstandenen Herausforderungen zu stellen und mit der Zeit zu gehen. Doch die Wahl der Maßnahmen liegt in dem Ermessen jedes einzelnen. Dieser Verhaltensprozess wird durch das chinesische Sprichwort verbildlicht: „Wenn der Wind des Wandels weht, bauen die einen Schutzmauern, die anderen bauen Windmühlen“.¹

1.1 Einleitung

Die Thematik dieser Bachelorarbeit befasst sich mit den Möglichkeiten und Grenzen des Gesundheitsmarketings im Krankenhaussektor. Dabei ist es essentiell, die Entwicklungen im primären Gesundheitsmarkt zu verdeutlichen. Vor einigen Jahren war der Begriff Marketing für Gesundheitsdienstleister im Krankenhaussektor vergleichsweise irrelevant, so lag doch die Konzentration auf der Behandlung und Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten.²³ Während die Behandlung im Mittelpunkt aller Tätigkeiten stand, unterlagen die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und ein Ressourcen schonender Mitteleinsatz der Leistungserbringung eher einer, fast unbeachteten, sekundären Natur.⁴ Seit Jahren vollzieht sich eine Neuordnung, dem sich nun auch der Krankenhaussektor beugen muss. Einflussfaktoren gibt es dabei zu genüge, die diesbezüglich genannt werden können. Es sind gesellschaftliche Werteveränderungen eines Industriestaates, Aspekte des Demografischen Wandels, zahlreiche Gesundheitsreformen, verbunden mit einschneidenden Kostendämpfungsmaßnahmen und der Einführung eines regulierten Wettbewerbes die eine Weiterentwicklung unumgänglich machen.⁵⁶

Der Schlüssel liegt in einer marktorientierten unternehmerischen Krankenhausführung. In der der Wirtschaftlichkeit, der Nachhaltigkeit, sowie den Qualitätsoptimierungen in

¹ Vgl. Bens, Walter; Linder, Margaretha (o.A.): Selbstvermarktungsstrategie. <http://www.selbstvermarktungsstrategie.de/pdf/wennderwind.pdf> (29.03.2017).

² Vgl. Stoffers, Christian (2016): Strategisches Krankenhausmarketing. Konzeption Entscheidung Kontrolle, Berlin, S. 2.

³ Vgl. Frodl, Andreas (2011): Marketing im Gesundheitsbetrieb. Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen, Wiesbaden, S. 5.

⁴ Vgl. Ebd. S. 5.

⁵ Vgl. Kurscheid, Clarissa; Beivers, Andreas (2014): Gesundheits- und Sozialpolitik. Health Care- und Krankenhausmanagement, Stuttgart, S. 27.

⁶ Vgl. Meffert, Heribert; Rohn, Friederike (2011): Healthcare Marketing - Eine kritische Reflexion. In: Marketing Review St. Gallen, Nr. 6 (2011), S. 8, DOI: 10.1007/s11621-011-0091-4.

Verbindung mit einer vermehrten Transparenz und einer strukturierten Ressourcenverwendung ein hoher Stellenwert beigemessen wird, um somit ein erfolgreiches Fortbestehen im Markt gewährleisten zu können.⁷ Doch wie ist es möglich in Krankenhäusern unternehmerisch zu agieren, dessen Dienstleistung es ist, das höchste Gut der Menschen zu bewahren und wieder herzustellen, ohne ethische und moralische Belange zu vernachlässigen.⁸ Es sind viele Aspekte die dabei eine Berücksichtigung finden müssen. Um hierbei einem strukturierten Umsetzungsplan zu folgen, ist das kommerzielle Marketingkonzept zielführend. Zu beachten ist jedoch, dass das Marketing der sozialen Marktwirtschaft nicht vollkommen übernommen werden kann. Es ist essentiell die Besonderheiten des Gesundheitsmarketings zu berücksichtigen und dabei eine Marketingstrategie speziell dem Krankenhaussegment und seiner zugehörigen Anspruchsgruppen anzupassen.⁹

1.2 Forschungsfrage

Bereits die Themenstellung dieser Arbeit weist daraufhin, dass es sich bei dem Begriff „Gesundheitsmarketing“ um eine Sonderform des kommerziellen Marketings handelt. Es ist folglich zu eruieren, welche Besonderheiten bzw. Schwierigkeiten Marketing Aspekte im primären Gesundheitsmarkt mit sich bringen. Die beschreibende Formulierung der „Möglichkeiten und Grenzen“, verdeutlicht zum einen die Thematik der Besonderheiten des Gesundheitsmarketings, setzt jedoch zusätzlich einen Fokus auf die Marktgegebenheiten im deutschen Gesundheitssystem. Dabei sind vor allem die Entwicklungen und die damit verbundenen Herausforderungen für das Krankenhaussegment von einer hohen Relevanz. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf den Marketingfaktoren die sich für den Krankenhaussektor ergeben. Demnach soll in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen werden:

Welche Entwicklungen machen eine Implementierung von Marketingkonzepten unumgänglich und existieren Einschränkungen bezüglich der Marketingaspekte im Krankenhaussektor? Wie können Gesundheitsmarketingansätze beziehungsweise Strategien in Krankenhäusern umgesetzt werden?

1.3 Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise

⁷ Vgl. Ebd. S. 8.

⁸ Vgl. Stoffers, Christian (2014): Toolbook Krankenhausmarketing. Berlin, S. VII.

⁹ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 20.

Der Aufbau dieser Arbeit folgt dem roten Faden der Forschungsfrage. Aus diesem Grund soll eine sinnvolle Gliederung die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Kapitel unterstützen. Um dies zu gewährleisten, erfolgt der Aufbau symmetrisch nach der Konstruktion der Forschungsfrage. Demnach hat die Verfasserin die Überpunkte so organisiert, dass zu Beginn die Hintergründe des Gesundheitssystems aufgegriffen werden. Dabei sind für die Thematik vor allem die Eckdaten, Rahmenbedingungen, Entwicklungen im Krankenhaussektor und eine Erklärung des regulierten Wettbewerbs von Bedeutung. Dies soll einen Einblick in die vorherrschenden Marktgegebenheiten geben. Weiterführend wird der Begriff Gesundheitsmarketing näher erläutert und Spannungsfelder in diesem Bereich aufgezeigt. Dadurch möchte die Verfasserin auf die Unterschiede zum kommerziellen Marketing eingehen und auf damit verbundene Problematiken aufmerksam machen. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem nachfolgenden Überpunkt, Marketing als Unternehmensstrategie im Krankenhaussektor. Detailliert beinhaltet dieses Kapitel nähere Erläuterungen in den Bereichen Marktanalyse, Positionierung, Marketinginstrumente und der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen. Im Anschluss erfolgt eine Darstellung unterschiedlicher empirischer Studienergebnisse, die aufzeigen sollen, in wie weit das Marketing in den Kliniken gegenwärtig eine Verwendung findet. Dadurch sollen nicht nur Defizite, sondern auch Entwicklungspotenziale zum Vorschein kommen. Das letzte Kapitel beinhaltet eine Schlussbetrachtung, die die Thematik mit einer persönlichen Stellungnahme resümiert.

In der methodischen Vorgehensweise wurde die kompilatorische Methodik gewählt. Durch die Verwendung differenzierter Literatur, ist es nicht nur möglich ein breites Wissensspektrum wiederzugeben, sondern auch mithilfe unterschiedlicher Sichtweisen der verschiedenen Autoren eine objektive Arbeit zu verfassen. Zusätzlich garantiert eine umfangreiche Literaturrecherche eine klar strukturierte und übersichtliche Zusammenstellung der einzelnen Informationen. Um die Aktualität dieser Thematik zu unterstreichen, wurde dabei auf den Gebrauch möglichst neuer Literatur geachtet. Ziel der Recherchearbeit war es, zum einen objektive und sachlich fundierte Informationen zu sammeln, zum anderen Aspekte aus dem kommerziellen Marketing für das Marketing im Krankenhaussegment abzuleiten und passgenau zu transferieren.

2 Das deutsche Gesundheitssystem

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Marktgegebenheiten der Gesundheitsbranche und soll dadurch ein grundlegendes Verständnis für die Marketing Voraussetzungen im Krankenhaussektor schaffen. Zusätzlich ist es die Aufgabe der folgenden Punkte die Probleme und Herausforderungen aufzuzeigen, um die Notwendigkeit einer Entwicklung und Implementierung von Marketingkonzepten zu verdeutlichen.

2.1 Eckdaten und Rahmenbedingungen

Vorerst sollen wichtige Faktoren des Gesundheitssystems näher erläutert werden. Beginnend mit der Funktionsweise der deutschen Sozialversicherung, die auf vier Grundprinzipien basiert.¹⁰ Die Versicherungspflicht beinhaltet, dass alle Bürger verpflichtet sind sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern, solange der Bruttolohn nicht die Versicherungspflichtgrenze überschreitet. Ab diesem Zeitpunkt kann der Versicherte selbst wählen ob er sich gesetzlich oder privat versichern möchte.¹¹ Das Prinzip der Beitragsfinanzierung impliziert, dass die Gesundheitsversorgung zum größten Teil über die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber finanziert wird. Zusätzlich decken Zuschüsse der Steuereinnahmen weitere Unkosten ab.¹² Durch das Solidaritätsprinzip erlangt jeder gesetzlich versicherte Bürger das Anrecht auf eine gleichwertige medizinische Behandlung, unabhängig von der Höhe der Beitragseinzahlungen. Die Solidargemeinschaft trägt dabei das individuelle Risiko der Einzelperson mit.¹³ Das vierte Prinzip ist das Selbstverwaltungsprinzip. Dies beschreibt die Selbstverwaltung der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen (z.B. GKV Spitzenverband, GBA, DKG etc.). Jedoch wird dem Staat eine besondere Stellung beigemessen. Da er einerseits die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems festlegt und andererseits als Kontrollinstanz fungiert.¹⁴

Der Gesundheitssektor hat sich zu dem größten Wirtschaftszweig in Deutschland entwickelt. Mit einer Bruttowertschöpfung von 336,4 Milliarden Euro generierte die Gesundheitsbranche 12 % des Bruttoinlandproduktes im Jahr 2016 in Deutschland.¹⁵ Dabei ist ein konstanter Anstieg um 3,5 % jährlich zu verzeichnen.¹⁶ Dies ist nicht nur von der finanziellen Perspektive zu betrachten, denn es arbeitet circa jeder sechste Erwerbstätige im Gesundheitssektor. Davon arbeiten etwa 5.800.000 Menschen im dienstleistungsorientierten Bereich. Der Krankenhaussektor bietet dabei 1.099.000 Beschäftigten einen Arbeitsplatz.¹⁷

¹⁰ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2015): Das deutsche Gesundheitssystem. Grundprinzipien des Versorgungssystems. <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co> (29.03.2017).

¹¹ Vgl. Ebd. www.gesundheitsinformation.de (29.03.2017).

¹² Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2014): Bruttolohnbezogene Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176089/bruttolohnbezogene-Beitragsfinanzierung> (29.03.2017).

¹³ Vgl. Kurscheid, Clarissa; Beivers, Andreas, 2014, S. 19.

¹⁴ Vgl. Springer Gabler Verlag (2017): Selbstverwaltung. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/selbstverwaltung.html> (29.03.2017).

¹⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland in den Jahren 2004 bis 2016 (in Milliarden Euro). <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/552189/umfrage/bruttowertschoepfung-der-gesundheitswirtschaft-in-deutschland> (29.03.2017).

¹⁶ Vgl. Knieps, Franz (2017): Gesundheitspolitik. Akteure, Aufgaben, Lösungen, Berlin, S. 60ff.

¹⁷ Vgl. a.a.O. S. 62ff.

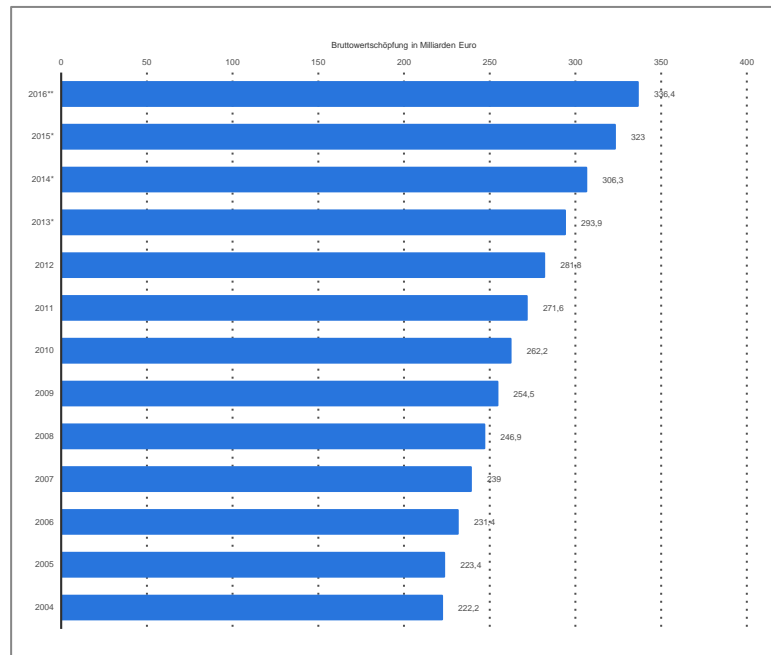


Abbildung 1: Darstellung des Statistischen Bundesamtes (2017): Entwicklung der Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland in den Jahren 2004 bis 2016.

Allerdings ist in der Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland eine Verringerung zu verzeichnen. So gab es im Verlauf betrachtet im Jahr 2000 noch 2242 Häuser in Deutschland, jedoch reduzierte sich bis zum Jahr 2015 die Anzahl auf 1956 Krankenhäuser. Das entspricht einer Abnahme von 286 Kliniken.¹⁸

Da die finanzielle Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses dabei eine tragende Rolle einnimmt, soll folglich das Finanzierungssystem näher erläutert werden. Die Krankenhausfinanzierung unterliegt einem dualen System. So werden laufende Betriebskosten, d.h. die medizinische Leistungserstellung, von den Beiträgen bzw. Prämien der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bezahlt.¹⁹ Im Folgenden findet eine verkürzte Darstellung des G-DRG (German- Diagnosis Related Groups) Systems statt. Medizinische Leistungen werden dabei in Diagnose bezogenen Fallpauschalen eingruppiert, jede klinische Fallgruppe besteht aus 4 Zeichen. Zur besseren Verständlichkeit verwendet die Verfasserin dafür exemplarisch, die Position H07A. Das H beschreibt die Hauptdiagnose Gruppe (Krankheiten und Störungen des hepatobiliären Systems). Die

¹⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2015. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/><https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/> (01.04.2017).

¹⁹ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis, 3. Auflage, Berlin Heidelberg, S. 280.

folgenden beiden Ziffern (07) stehen für die Partition, am Beispiel einer operativen Prozedur. Das 4 Zeichen beschreibt den Ressourceneinsatz, dabei ist A ein sehr hoher Verbrauch und wird alphabetisch absteigend in 4 Kategorien kategorisiert.²⁰ Der DRG Fallgruppe ist ein Relativgewicht zugeteilt (z.B. 2,0), das mit dem jährlich festgesetzten Basisfallwert multipliziert wird. Weiter zu beachten sind Zu- oder Abschläge, diese errechnen sich durch die Verweildauer des Patienten oder einer Verlegung in ein anderes Haus. Die Summe ist der erwirtschaftete Euro Betrag der erbrachten Leistung. Der Case Mix beschreibt die durchschnittliche Fallschwere, dabei werden alle Relativgewichte (z.B. einer Gruppe) addiert. Wird der Case Mix durch die Anzahl der Fälle dividiert, entspricht dieser Wert dem Case Mix Index (durchschnittliche Fallschwere einer Abteilung oder Klinik).²¹ Der sekundäre Zweig des dualen Systems besteht aus den Investitionskosten. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz werden die Aufgaben eines Krankenhauses wie folgt beschrieben: „Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten [und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.]“.²² Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, müssen daher ausreichende Versorgungskapazitäten zur Verfügung stehen. Wird ein Versorgungsnotwendiges Krankenhaus in den Bedarfsplan des Landes aufgenommen, so folgt ein Versorgungsvertrag zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Der anschließende Feststellungsbescheid der Landesbehörde finalisiert diesen Vertragsprozess. Nun kann das Krankenhaus einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung bei einem Krankenhausbau, Erstausrüstung des Krankenhauses oder bei der Neubeschaffung von Anlagegütern erheben.²³ Zu beachten sind hierbei die drei unterschiedlichen Investitionsförderungsverfahren, die Pauschal-, Antrags- und die leistungsorientierte Investitionspauschale. In verkürzter Form ist die Pauschalförderung zur Deckung kleinerer, regelmäßig anfallender Investitionen. Während die Antragsförderung zur Finanzierung der Großinvestitionen dient. Die leistungsorientierte Förderung beinhaltet ein alternatives Verfahren und besteht aus einem Konglomerat der Antrags- und Pauschalförderung.²⁴

²⁰ Vgl. a.a.O. S. 56ff.

²¹ Vgl. a.a.O. S. 282.

²² Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1991): Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG). <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/BJNR010090972.html> (01.04.2017).

²³ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Krankenhausplanung und -finanzierung. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72022/krankenhausplanung-und-finanzierung?p=all> (01.04.2017).

²⁴ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 280ff.

2.2 Problematiken im Krankenhaussektor

Im Allgemeinen müssen sich die Krankenhäuser mit einer Vielzahl von Problemen auseinandersetzen. Daher eruiert die Verfasserin einige Aspekte die folglich für eine Marketingentwicklung relevant erscheinen.

Das Zentrum der Problematiken nimmt dabei die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems ein. Die beeinflussenden Aspekte stehen meist in direktem Zusammenhang dazu. Der demografische Wandel trägt dazu einen erheblichen Teil bei. Eine dauerhaft zunehmende Lebenserwartung und eine anhaltend geringe Geburtenrate, führen zu einem deutlichen Ungleichgewicht.²⁵ Der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt dadurch weiter an. Eine resultierende Konsequenz daraus ist, dass der Bedarf an medizinischen Leistungen deutlich zunimmt. Durch den demografischen Wandel, erhöhen sich die Gesundheitsausgaben deutlich, da nicht nur die Nachfrage nach medizinischen Behandlungen steigt, sondern dabei auch vermehrt kostenintensive chronische Erkrankungen auftreten.²⁶ Weiterhin gerät dadurch das Beitragssystem erheblich ins Schwanken, da die eingezahlten Beiträge durch die sinkende Geburtenrate und durch die alternde Gesellschaft ebenfalls abnehmen.²⁷ Auf der anderen Seite sinkt jedoch auch die Zahl der Erwerbstätigen, die für die Deckung des erhöhten Bedarfs notwendig wären.²⁸ So haben die Krankenhäuser nicht nur das Problem einer „Alternden Belegschaft“, sondern auch mit einem weiter ansteigenden Fachkräftemangel zu kämpfen.²⁹

Die Versuche seitens der Regierung das Gesundheitssystem in ein zukunftssicheres System zu verwandeln, brachte bisher eine Vielzahl von Reformen mit sich.³⁰ Interessanterweise wurde seit dem Jahr 1977 der Begriff „Kostendämpfungsgesetz“ verwendet, erst ab 1988 entstand die etwas euphemistischere Bezeichnung der Reform.^{31 32} Unabhängig von der Begrifflichkeit bedeutet dies nicht nur eine Bandbreite der unterschiedlichsten Kostendämpfungsmaßnahmen, sondern auch eine Vielzahl gravierender

²⁵ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert (2012): Angewandtes Gesundheitsmarketing, Wiesbaden, S. 24ff.

²⁶ Vgl. Knieps, Franz, 2017, S. 127.

²⁷ Vgl. Kurscheid, Clarissa; Beivers, Andreas, 2014, S. 27.

²⁸ Vgl. Knieps, Franz, 2017, S. 127.

²⁹ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 358ff.

³⁰ Vgl. Knieps, Franz, 2017, S. 176.

³¹ Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1977): Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG). <https://www.gesetze-im-internet.de/kvkg/BJNR010699977.html> (02.04.2017).

³² Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988): Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG). <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/grg/gesamt.pdf> (02.04.2017).

Veränderungen die alle Akteure im Gesundheitswesen betreffen und Umsetzungsmaßnahmen erfordern.³³ Das bedeutet, dass bestehende Marktgegebenheiten nicht konstant bleiben, sondern sich durch die Verabschiedung neuer Gesetze jederzeit ändern.

Besonders hervorzuheben ist dabei die Einführung eines regulierten Wettbewerbes im Gesundheitswesen. Hierzu erlies der Gesetzgeber eine Reihe von Reformen, die wichtigsten sind dabei: das Gesundheitsreformgesetz (2000), Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004), GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007), GKV- Finanzierungsgesetz (2011) und das GKV- Versorgungsstrukturgesetz (2012).³⁴ Die Absicht hinter einem staatlich reguliertem Wettbewerb war bzw. ist: „[Angesichts der auch im Gesundheitswesen bestehenden Knappheit soll durch] eine möglichst effiziente Allokation von Ressourcen, eine qualitativ hochwertige, bedarfs- und präferenzgerechte, auch wirtschaftlich medizinische Versorgung [sichergestellt werden]“, sicherzustellen.³⁵ Dies beinhaltet eine Effizienz Steigerung des Systems, in dem die Ressourcen transparenter eingesetzt, die Qualitätsmaßnahmen erhöht und Informationsasymmetrien geschmälert werden. Der Aspekt der Transparenz ermöglicht es, die Leistungsstärke der unterschiedlichen Krankenhäuser zu messen. In diesem Zuge führte der Gesetzgeber im Jahr 2004 nicht nur die DRG Fallpauschalen Finanzierung ein, sondern auch die Veröffentlichung von Qualitätsberichten, um die Effizienz der Häuser in einen direkten Vergleich setzen zu können.³⁶ ³⁷ Da das Krankenhaus medizinische Behandlungen über die Krankenkasse abrechnet ist ein Preiswettbewerb hinfällig, daher bleibt nur ein Wettbewerb, in dem sich die Leistungsanbieter durch ein unterschiedlich hochwertiges Qualitätsniveau unterscheiden. Wichtig ist hierbei jedoch, dass die verschiedenen Teilmärkte differenziert werden in: Versicherungsmarkt, Leistungsmarkt und Behandlungsmarkt. Bezogen auf das Krankenhaussegment ist daher vor allem der Leistungsmarkt und Behandlungsmarkt relevant.³⁸ Der Leistungsmarkt besteht zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern. Derzeit ist es Krankenhäusern möglich, mit den Krankenkassen Selektivverträge abzuschließen, die eine zusätzliche Vergütung für eine übergreifende integrierte Versorgung beinhalten. Zukünftig ist geplant, Selektivverträge auch auf die Qualitätsrelevanten Bereich auszuweiten.³⁹ Der Behandlungsmarkt besteht zwischen Krankenhaus und Patient. Der Wettbewerbsaspekt besteht in der Patientenakquise.

³³ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Gesundheitsreformen in Deutschland 1975 bis 2012 im Überblick. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72872/gesundheitsreformen-im-ueberblick> (02.04.2017).

³⁴ Vgl. Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas (2016): Die Rolle des Wettbewerbes im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. In: *Wiso Diskurs*, Nr. 1 (2016), S. 11.

³⁵ Vgl. Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas, 2016, S. 7.

³⁶ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 185.

³⁷ Vgl. Ebd. S. 185.

³⁸ Vgl. Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas, 2016, S. 8.

³⁹ Vgl. Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas, 2016, S. 12.

Hierbei ist die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient ein wesentlicher Faktor. Dem Patienten ist es kaum möglich sich detailliertes Fachwissen so anzueignen, um eine medizinische Behandlung fachgerecht zu bewerten. Daher sollen dem Patienten, Qualitätsaspekte in vereinfachter, transparenter Form übermittelt werden, um ihnen eine Entscheidungshilfe zur Seite zu stellen.⁴⁰ Anders formuliert kann sich das Krankenhaus gegenüber der Konkurrenz durch aussagekräftige Qualitätsargumente durchsetzen.⁴¹

Parallel wird der Wettbewerbsdruck durch die reduzierten finanziellen Spielräume erhöht. Da das DRG System eine Abrechnung pro „Behandlungsfall“ vorsieht, führte der Gesetzgeber einige Regularien ein, um eine Fallzahlausweitung zu verhindern. Dies ist im Krankenhaus Entgelt Gesetz geregelt. Dabei findet eine prospektive Verhandlung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus statt, in der die Leistungsmenge des nächsten Jahres festgelegt wird. Liegt die tatsächlich erbrachte Leistungsmenge nun über der im Vorjahr vereinbarten Grenze, greift der Mehrleistungsabschlag. Dies beinhaltet, dass von der zusätzlich erbrachten Leistungsmenge 25% der erwirtschafteten Summe abgezogen werden.⁴² Alternativ zum Mehrleistungsabschlag steht der Mehrerlösausgleich. Dieser sieht bei einer überschrittenen Leistungsmenge vor, dass das Krankenhaus 65 % der „Mehrerlöse“ an die Krankenkasse zurückzahlt. Der Grundgedanke ist dabei, dass ab der Überschreitung der Leistungsmenge nur noch variable Kosten anfallen und die fixen Kosten bereits gedeckt sind.⁴³ Der Mindererlösausgleich, also die Unterschreitung der vereinbarten Menge, beinhaltet eine Zuschussdeckung seitens der Krankenkasse von 20% der Mindererlöse.⁴⁴ Problematisch sind hierbei jedoch beide Seiten, da sowohl bei Unter- als auch bei einer Überdeckung das Krankenhaus dadurch einen Verlust erzielt.⁴⁵

Auch im Bereich der Investitionskosten bestehen Problematiken. Der Investitionsbedarf der deutschen Krankenhäuser liegt derzeit jährlich bei rund 7 Mrd. Euro, dabei lag die Förderquote der Länder jedoch nur bei 2,7 Mrd. Euro. Die Gewinnmargen der meisten

⁴⁰ Vgl. Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas, 2016, S. 7.

⁴¹ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 185.

⁴² Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002): Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG). § 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets Abs. 2a. https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/__4.html (03.04.2017).

⁴³ Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002): Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG). § 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets Abs. 3. https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/__4.html (03.04.2017).

⁴⁴ Vgl. Ebd. Abs. 3.

⁴⁵ Vgl. Bartholdt, Benjamin (2015): Krankenhausmanagement. Abrechnung und Controlling. Betriebskosten – KHEntgG, München. S. 103.

Krankenhäuser reichen aber nicht aus, um diese Investitionen selbst zu stemmen.⁴⁶ Insgesamt beläuft sich der angehäufte Investitionsstau auf geschätzte 27,8 Mrd. Euro.⁴⁷ Die fehlenden Investitionen belasten die Krankenhäuser, in den Zeiten eines qualitätsorientierten Wettbewerbes, zusätzlich.

2.3 Zukünftige Herausforderungen

Aus den erwähnten Problematiken im Krankenhaussektor ergeben sich parallel auch die Herausforderungen, denen sich die Krankenhausleitungen stellen müssen, um sich langfristig erfolgreich am Markt zu etablieren. Nach der Analyse der Marktgegebenheiten, ist eine Übersicht der resultierenden Aufgabenbereiche von hoher Bedeutung. Im Folgenden sollen die Herausforderungen näher erläutert werden.

Zu einer der wohl wichtigsten Faktoren gehört dabei der vorherrschende Fachkräftemangel, der sich durch den demografischen Wandel weiter verschärft und zunehmend an Bedeutung gewinnt. Diese Entwicklungen sollen im Rahmen einer Studie von Price Waterhouse Coopers, genauer betrachtet werden. Diese beinhaltet nicht nur eine Veranschaulichung der gegenwärtigen Nachfrage- und Angebotsproblematik, sondern prognostiziert auch die weitere Entwicklung des Nachfragedefizits seitens der Fachkräfte.⁴⁸ Demnach wächst die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen immens. Die stationären Fälle unterliegen einer Erhöhung in den Jahren von 2010 bis 2030 auf insgesamt 19,3 Millionen. Das entspricht einer Steigerung von 9 % und bedeutet eine Zunahme von 1,5 Millionen Fällen.⁴⁹ In der Thematik des Fachkräftemangels sind ebenfalls erhebliche Defizite erkennbar.

⁴⁶ Vgl. Deutsches Krankenhaus Institut (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. <https://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/projekte/investitionsfaehigkeit-der-deutschen-krankhaeuser> (04.04.2017).

⁴⁷ Vgl. Krankenhaus Rating Report (2017): Krankenhaus Rating Report 2016. <http://krankenhaus-ratingreport.de/> (04.04.2017).

⁴⁸ Vgl. Pricewaterhouse Coopers AG (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Darmstadt, S. 26.

⁴⁹ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 356.

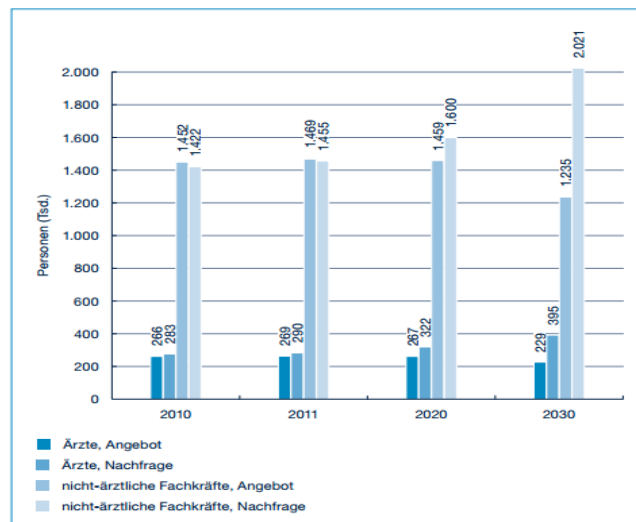


Abbildung 2: Darstellung von PwC (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030.

Bei der Betrachtung des ärztlichen Personals im Krankenhaussektor war bereits im Jahr 2011 ein Defizit von rund 11.000 Ärzten zu verzeichnen. Bei einer Beschäftigungszahl von 133.000 Ärzten, lag die Nachfrage bei 144.000 Fachkräften. Für das Jahr 2020 wird mit einem Defizit von bereits 24.000 stationären Ärzten kalkuliert und im Jahr 2030 wird mit einem Mangel von 79.000 Fachkräften gerechnet. Dies entspräche einem Anteil von 36 % und würde in der Konsequenz bedeuten, dass jede dritte Stelle eines stationären Arztes unbesetzt wäre.⁵⁰ Im Bereich der nicht ärztlichen Fachkräfte sind die Entwicklungen ähnlicher Natur. Im Jahr 2011 waren 511.000 Fachkräfte beschäftigt, die Nachfrage lag jedoch bei 521.000 Mitarbeitern, hier belief sich der Mangel auf 10.000 Personen. Für das Jahr 2020 wird ein Fachkräfte Angebot von 478.000 prognostiziert, die Nachfrage liegt dann jedoch bereits bei 612.000 Pflegekräften, das entspricht einem Angebots- Nachfrageunterschied von 134.000. Im Jahr 2030 wird mit einem Mangel von 348.000 Fachkräften kalkuliert. Dabei liegt das Defizit des nicht ärztlichen Personals noch höher als bei den Ärzten und entspräche einem Anteil von 52 %, d.h. jede 2 Stelle wäre unbesetzt.⁵¹ Durch diese Entwicklungen lässt sich gegenwärtig bereits erkennen, dass die OP-Pläne aufgrund fehlenden Personals teilweise nicht aufrechterhalten werden können.⁵² In der Zukunft bedeutet dies eine Verschärfung des Wettbewerbs um Personal. Dies erfordert erheblich steigende Maßnahmen in der Personalarbeit.⁵³

⁵⁰ Vgl. Pricewaterhouse Coopers, 2010, S. 43ff.

⁵¹ Vgl. a.a.O. S. 44.

⁵² Vgl. Ebd. S. 44.

⁵³ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 356.

Eine zusätzliche Herausforderung resultiert aus den wirtschaftlichen Aspekten eines Krankenhauses. Das DRG System setzt die Krankenhäuser einem Effizienzdruck aus, da es sich an den deutschen Durchschnittskosten orientiert, die jährlich neu kalkuliert werden.⁵⁴ Dafür wird die Begrifflichkeit der „Yardstick Competition“ verwendet, übersetzt implementiert dies einen Wettbewerb abhängig vom Maßstab. Die Vergütung der Behandlungsfälle richtet sich nach der Verweildauer die der Patient im Krankenhaus verbracht hat. Dabei gibt es zum einen die untere Grenzverweildauer, bis zu diesem Punkt wird dem Haus vom DRG Preis eine gewisse Summe abgezogen. Andererseits gibt es die obere Grenzverweildauer, lag der Patient über diesen Punkt hinaus, erhält das Haus ein zusätzliches Entgelt.⁵⁵ Sowohl die Untere- als auch die obere Grenzverweildauer entsprechen nicht dem ökonomischen Idealfall.⁵⁶ Linear betrachtet, liegt dieser innerhalb der mittleren Verweildauer und knapp nach der Überschreitung der unteren Grenzverweildauer. Damit liegt das Krankenhaus in einem Bereich, in dem der Ressourceneinsatz am geringsten ist und keine Abschläge entrichten muss.⁵⁷ Da die Verweildauer jährlich über den Durchschnitt der deutschen Krankenhäuser ermittelt wird, liegt das Haus damit unter den Durchschnittskosten der anderen Häuser.⁵⁸ Auf einen längeren Zeitraum betrachtet führt dies zu einer gewissen Problematik, die auch als das „Gefangenen Dilemma“ bezeichnet werden kann. Da die Durchschnittswerte der Krankenhäuser zur Kalkulation herangezogen werden und jedes Haus versucht, wenn möglich, den ökonomischen Idealfall zu erreichen, verschiebt sich dieser zeitlich immer weiter nach vorne.⁵⁹ Dies ist auch an der Entwicklung der Verweildauer zu sehen, so betrug die Verweildauer im Jahr 1992 noch 13,3 Tage und im Jahr 2015 nur noch 7,4 Tage, dies entspricht einer Verringerung von 44 %. Das ist jedoch nicht nur auf die Yardstick Competition zurückzuführen, sondern auch auf den medizinisch technischen Fortschritt.⁶⁰ Für die Krankenhäuser wird es daher zunehmend schwieriger die Durchschnittskosten zu unterschreiten, damit wächst der Anforderungsgrad einer effizienten Krankenhausleitung.

⁵⁴ Vgl. a.a.O. S. 65.

⁵⁵ Vgl. InEK- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2016): Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 (FPV 2017). § 1 Abrechnung von Fallpauschalen. http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2017/Abrechnungsbestimmungen/FPV_2017 (05.04.2017).

⁵⁶ Vgl. AOK-Bundesverband (2016): Verweildauer. http://aok-bv.de/lexikon/v/index_00087.html (05.04.2017).

⁵⁷ Vgl. Technische Universität Berlin (2013): Können G-DRGs den Ressourcenverbrauch eines Krankenhauses tatsächlich abbilden? Eine Evaluation anhand von zehn Krankheitsbildern. https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Berlin_2013.06.03.ag_Spreestadt_forum_DRG.pdf (05.04.2017).

⁵⁸ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 65.

⁵⁹ Vgl. Ebd. S. 65.

⁶⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1992 bis 2015 (in Tagen). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/> (05.04.2017).

Ein weiterer Faktor sind die stetig steigenden Anforderungen der Qualitätsmaßnahmen. Dies ist an diversen Gesetzen zu erkennen. Das Gesundheitsreformgesetz (1988) verpflichtete Krankenhäuser zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen.⁶¹ Darauf folgend die GKV- Gesundheitsreform (1999), die sowohl eine externe Qualitätssicherung, als auch ein internes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern implementierte. Darüber hinaus wurde die Bundesstelle für Qualitätssicherung (BQS) ins Leben gerufen.⁶² Das Fallpauschalengesetz (2002) führte einheitliche Qualitätsberichte ein, die im Turnus von 2 Jahren veröffentlicht werden müssen. Zusätzlich legte der Gesetzgeber eine Mindestmengen Regelung fest, diese Menge muss ein Krankenhaus jährlich erbringen, damit es weiterhin die Erlaubnis hat diese Leistung durchzuführen (z.B. Nierentransplantation: Die jährliche Mindestmenge beträgt 25 Prozeduren).⁶³ Im Jahr 2003 wurde mittels dem GKV- Modernisierungsgesetzes (GMG) das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) geschaffen. Durch das GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) gab der Gesetzgeber den Auftrag einer einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, sowie die Beauftragung einer fachlich unabhängigen Institution, die für die Messung und Darstellung der Qualitätssicherung des Krankenhauses zuständig ist.⁶⁴ Damit die Qualität in Krankenhäusern überhaupt verglichen bzw. gemessen werden kann, findet hier eine Unterteilung in drei verschiedene Dimensionen statt.⁶⁵ Die Differenzierung erfolgt in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. In der Strukturqualität befinden sich die Ressourcen die zur Leistungserstellung notwendig sind, d.h. das Personal mit entsprechenden Qualifikationen, sowie die Verfügbarkeit von räumlichen, apparativen und technischen Kapazitäten.⁶⁶ Dabei zählt nicht nur die personelle Thematik als Herausforderung, sondern auch das Vorhalten moderner Gerätschaften, die dem dynamischen technischen Fortschritt gerecht werden.⁶⁷ Die Prozessqualität beinhaltet die Maßnahmen im Ablauf der medizinischen Leistungserstellung. In diesem Bereich erlangen, vor allem die für den Patienten sichtbaren Serviceleistungen, eine hohe Bedeutung. Aber auch die Aufnahme zusätzlicher medizinischer Leistungen (zweiter Gesundheitsmarkt), außerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges, wie Vorsorge und Präventionsangebote werden für die Zukunft immer

⁶¹ Vgl. Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (1988): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_137.html (05.04.2017).

⁶² Vgl. dejure.org Rechtsinformationssysteme GmbH (2016): § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. https://dejure.org/gesetze/SGB_V/137a.html (05.04.2017).

⁶³ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 62.

⁶⁴ Vgl. Ebd. S. 62.

⁶⁵ Vgl. Kurscheid, Clarissa; Beivers, Andreas, 2014, S. 82.

⁶⁶ Vgl. Ebd. S. 82.

⁶⁷ Vgl. Ebd. S. 82.

wichtiger.⁶⁸ Die Ergebnisqualität beschreibt den medizinischen Outcome, somit die Verbesserung des Gesundheitszustandes nach einer medizinischen Leistung. In dieser Thematik kam es zu umfangreichen Diskussionen über einen möglichen „Pay for Performance“ Ansatz, nach dem die Leistungserbringer entsprechend ihrem erbrachten Behandlungsergebnis vergütet werden. Allerdings ist dieser Ansatz nicht nur aus den Gesichtspunkten einer Risikoselektion der Patienten kritisch zu betrachten, sondern steht dabei der Qualitätsgedanke auch nicht unmittelbar im Zentrum.⁶⁹ Allgemein betrachtet ist die Qualitätsdeterminante nicht nur der zukünftige Wettbewerbsfaktor, viel mehr ist die Qualität die Voraussetzung für ein langfristig erfolgreiches Krankenhaus.

Erfolgt eine Gesamtbetrachtung der Eckdaten, der Rahmenbedingungen, der Problematiken und der Herausforderungen, ist ein deutlicher Handlungsbedarf in allen Bereichen zu erkennen. Eine Entwicklung einer umfassenden Marketingstrategie, ermöglicht eine strukturierte Verfahrensweise in allen Teilbereichen. Durch die gesetzten Ziele, können Erfolge beurteilt oder aber auch Änderungen vorgenommen werden, um somit den derzeitigen Marktgegebenheiten effektiv und organisiert entgegenzutreten.

3 Gesundheitsmarketing

Das folgende Kapitel soll vorerst mithilfe einer Begriffsdefinition die Einsatzgebiete und Handlungsfelder des Gesundheitsmarketings näher erläutern. Im weiteren Verlauf sollen die Grenzen hinsichtlich tiefgreifender moralischer Kriterien der Leistungserbringung im Krankenhaus hervorgehoben werden, um somit auch eine Abgrenzung zu dem kommerziellen Marketing zu ermöglichen.

3.1 Begriffserklärung

Der Begriff Gesundheitsmarketing ist eine Wortkombination die im Wesentlichen die Kernaufgabe der Thematik beschreibt. Daher bedürfen im Folgenden die kombinierten Begrifflichkeiten einer näheren Definition und Erklärung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte eine Gesundheitsdefinition im Jahr 1946, die seither gleichlautend in der Satzung festgeschrieben ist: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und

⁶⁸ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 135.

⁶⁹ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 67.

nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“⁷⁰ Die Definition verdeutlicht dabei, dass nicht nur das Vorhandensein einer Krankheit zu einem schlechten Befinden des Menschen führt, sondern leisten hierzu auch die körperlichen, psychischen und physischen Faktoren, einen erheblichen Beitrag. Wird dieser Gedanke nun vertieft, so lässt sich daraus ableiten, dass die Gesundheit eines Individuums auch von dessen Verhaltensweisen beeinflusst werden kann.⁷¹ In der Umkehr lässt sich daraus erkennen, dass eine erfolgreiche medizinische Leistungserbringung nur durch das Zutun des Patienten erfolgen kann, da dieser unmittelbar als Input Faktor zu dem Behandlungsergebnis beiträgt.⁷² Lehnt ein Patient medizinische Anordnungen ab oder befolgt der Patient die medizinischen Anweisungen nicht, so wirkt sich dies direkt auf seine Gesundheit aus. In der Folge resultiert daraus eine vermehrte Selbstverantwortung des Patienten. Das bedeutet nicht nur eine Inanspruchnahme der Leistungen des primären Gesundheitsmarktes, sondern führt auch zu dem vermehrten Bedarf der präventiven Gesundheitsleistungen.⁷³ Durch die vermehrte Autonomie der Patienten und dem stark ansteigenden Gesundheitsbewusstsein in der Gesellschaft, wächst auch die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen die außerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges stattfinden.⁷⁴ Den finanziellen Aufwand trägt dabei entweder der Patient selbst oder mithilfe privater Versicherungen bzw. Zusatzversicherungen, die in einer vertraglichen Beziehung zu dem Patienten stehen.⁷⁵

Der Begriff des Marketings ist aus zwei differenzierten Sichtweisen zu betrachten. Die erste Sichtweise betrifft die Unternehmensinterne, die das Marketing wie folgt beschreibt: „die Planung, Koordination und Kontrolle aller auf die aktuellen und potenziellen Märkte ausgerichteten Unternehmensaktivitäten. Durch eine dauerhafte Befriedigung der Kundenbedürfnisse, sollen die Unternehmensziele verwirklicht werden“.⁷⁶ Dabei wird das Marketing als eine Art „Fahrplan“ betrachtet, indem alle unternehmerischen Handlungen einer analysierten, strukturierten und organisierten Umsetzung folgen. Der zentrale Fokus liegt dabei auf den Wünschen und der Zufriedenheit der Kunden bzw. Patienten.⁷⁷ Des Weiteren befasst sich die Marketing Disziplin mit der dauerhaften Beobachtung und Kontrolle der Marktentwicklungen, um dementsprechend in der

⁷⁰ Weltgesundheitsorganisation (1948): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (10.04.2017).

⁷¹ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 7.

⁷² Vgl. a.a.O. S. 17.

⁷³ Vgl. a.a.O. S. 28.

⁷⁴ Vgl. a.a.O. S. 5.

⁷⁵ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 135.

⁷⁶ Meffert, Heribert; Burmann, Christoph; Kirchgeorg, Manfred (2012): Marketing. Grundlagen markt orientierter Unternehmensführung, Konzepte-Instrumente-Praxisbeispiele, 11.Auflage, Wiesbaden, S. 10 zit. nach Meffert, Heribert (1974): o.A., Wiesbaden, S.8.

⁷⁷ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 47.

Leistungserstellung reagieren zu können.⁷⁸ Die unternehmensexterne Betrachtungsweise beinhaltet die Planung und Steuerung aller Maßnahmen, um potenzielle Abnehmer anzusprechen. Dazu gehören auch alle Daten und Informationen die erhoben werden müssen, um dieses Ziel zu erreichen.⁷⁹ Der gravierende Unterschied ist an den betroffenen Geschäftseinheiten zu erkennen, die interne Definition beschreibt das Marketing als eine bereichsübergreifende Strategiefunktion nach der sich das ganze Unternehmen ausrichtet, während die externe Definition des Marketings auf den Absatz beschränkt ist.⁸⁰ Zusätzlich erfolgt eine weitere Marketingunterteilung, dabei sind die Absichten der Zielsetzungen ausschlaggebend.⁸¹ Verfolgt das Marketing wirtschaftlich relevante Ziele, so handelt es sich um die kommerzielle Variante. Im Gegensatz zu einem Sozialmarketing, bei dem vor allem soziale Aspekte von Bedeutung sind. Dabei stehen die Gesundheitsdienstleister meist in einem Konflikt, da häufig beide Marketingvarianten verfolgt werden und diese teilweise mit Diskrepanzen verbunden sind.⁸²

In der kombinierten Verwendung der beiden Begrifflichkeiten des „Gesundheitsmarketing“ geht es folglich darum, dass die etablierten Marketingerkenntnisse auf den Gesundheitsmarkt transferiert werden.⁸³ Im genaueren bedeutet dies für das Krankenhaussegment, alle Handlungen der Klinik nach den Grundlagen des wirtschaftlichen Marketings auszurichten. Dadurch soll nicht nur der Absatz der Gesundheitsdienstleistungen erhöht werden, sondern auch eine effiziente Positionierung erzielt und die Qualität zusätzlich gesteigert werden. Weiterhin können dadurch Anpassungen an die derzeitigen Marktgegebenheiten erfolgen und auf zukünftige Marktentwicklungen schneller und passender reagiert werden.⁸⁴

3.2 Ethische Unterscheidungsmerkmale

Nach der begrifflichen Definition und den Hintergründen dieser Thematik, bedarf es einer näheren Erläuterung der Grenzen und der Besonderheiten von Marketingaspekten, in Bezug auf die moralisch vertretbaren Verhaltensweisen. Dabei ist vorerst eine Verdeut-

⁷⁸ Vgl. Ebd. S. 47.

⁷⁹ Vgl. a.a.O. S. 7.

⁸⁰ Vgl. a.a.O. S. 47.

⁸¹ Vgl. Roski, Reinhold (2009): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure-Audience Segmentation-Anwendungsfelder, Wiesbaden, S. 4.

⁸² Vgl. Ebd. S. 4.

⁸³ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 8.

⁸⁴ Vgl. Ebd. S. 8.

lichung der Verwendung des Marketings in der kommerziellen Marktwirtschaft notwendig, um eine signifikante Unterscheidungsgrundlage zur medizinischen Dienstleistung zu schaffen.

Das kommerzielle Marketing beschäftigt sich größtenteils mit wirtschaftlichen Zielsetzungen, z.B. der Maximierung des Gewinns durch höheren Absatz oder der Wahl einer Hochpreisstrategie. Um diese Ziele zu realisieren, erhalten die potenziellen Zielgruppen eine Vielzahl an Informationen, die das Produkt bzw. Dienstleistung bewerben und sich im Gedächtnis der Zielperson verankern sollen.⁸⁵ Vor allem Low Involvement Produkte werden durch intensive Marketingmaßnahmen vertrieben. Damit sind Produkte oder Dienstleistungen gemeint, die keinen tiefgreifenden Entscheidungsprozess verlangen, um den potenziellen Kunden zu einer Kaufentscheidung zu bewegen, beispielsweise Alltagsgegenstände.⁸⁶ Diese Werbemaßnahmen führen zu einer Informationsüberflutung der Konsumenten.⁸⁷ Damit die gewünschten Informationen, trotz der erheblichen Menge anderer Informationen, an den Konsumenten gelangen und sich diese zudem auch im Gedächtnis verankern, bedarf es besonders aufmerksamkeitsregenden Maßnahmen. „Die Informationsfülle liegt so phantastisch hoch, dass wir uns durch schreien bemerkbar machen müssen, um überhaupt gehört zu werden.“⁸⁸ In der Konsequenz führt dies letztendlich dazu, dass Marketingmaßnahmen in der Gesellschaft meist als unangenehm und manipulativ empfunden werden.⁸⁹

Ein solches Vorgehen wäre hingegen bei der Verwendung von Marketingmaßnahmen im Krankenhaussegment verwerflich und undenkbar. Es ist essentiell, dass die moralischen Grundsätze bei dieser besonderen Dienstleistungsform keiner Vernachlässigung unterliegen. Daher müssen Marketingmaßnahmen an die ethischen Gegebenheiten des Segments angepasst werden. Im Folgenden findet eine Darstellung der beeinflussenden Determinanten statt, um erforderliche Abgrenzungen aufzuzeigen.

Eine medizinische Behandlung betrifft das höchste Gut des Menschen, seine Gesundheit.⁹⁰ Daher gewinnt diese Leistung seitens des Patienten oberste Priorität. Aus diesem Grund unterliegt dieser Bereich nicht nur einer sehr hohen Sensibilität, sondern müssen

⁸⁵ Vgl. Meffert, Heribert; Burmann, Christoph; Kirchgeorg, Manfred (2015): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, 12. Auflage, Wiesbaden, 107ff.

⁸⁶ Vgl. Ebd. S. 107ff.

⁸⁷ Vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter; Gröppel-Klein, Andrea (2009): Konsumentenverhalten. 9. Auflage, München, S. 272ff.

⁸⁸ Naisbitt, John (1986): Megatrends. 2. Auflage, München, S. 22.

⁸⁹ Vgl. Meffert, Heribert; Rohn, Friederike, 2011, S. 8.

⁹⁰ Vgl. Meffert, Heribert; Rohn, Friederike, 2011, S. 9.

auch die ethischen Faktoren Beachtung finden.⁹¹ Dies spiegelt sich in der Leistungserbringung wider. Der Patient verfügt nicht über ausreichendes Fachwissen, um die medizinische Vorgehensweise des Arztes und das Ergebnis der Behandlung, bewerten zu können. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass der Arzt in einem Informationsvorsprung gegenüber des Patienten steht.⁹² Dieses Ungleichgewicht findet die Bezeichnung der Informationsasymmetrie und wird in der Wirtschaft unter der Prinzipal Agent Theorie verdeutlicht.⁹³ In der Konsequenz bedeutet dies, dass der Patient dem Arzt einen Vertrauensvorschuss gewährt, sobald er eine medizinische Leistung in Anspruch nimmt. Da es ihm nicht möglich ist, ohne fachliches Wissen, eine rationale Entscheidung zu treffen.⁹⁴ Erschwerend hinzukommt, dass in lebensbedrohlichen Situationen auch meist keine Zeit für eine persönliche Entscheidung zur Verfügung steht. Wird ein Patient beispielsweise Bewusstlos aufgefunden, so ist es ihm in diesem Fall nicht möglich örtliche oder personelle Präferenzen anzugeben. Außerdem erfolgt eine medizinische Dienstleistung nach dem uno-actu Prinzip, d.h. die medizinische Leistungserstellung und die Leistungsabgabe finden zum selben Zeitpunkt statt.⁹⁵ Zwar kann sich der Patient, falls erwünscht, nach dem Eingriff in ein anderes Haus verlegen lassen, jedoch ist die Leistungsabgabe bereits erfolgt.

Da die Perspektive der Patienten eine genauere Betrachtung fand, sind nun die ethischen Faktoren der Ärzte ausschlaggebend. Ein wesentlicher Faktor in der Beschreibung des Berufsethos der Ärzte ist die Deklaration von Genf, die von dem Weltärzteverband in Anlehnung an den Hippokratischen Eid verfasst wurde. Dieser erfolgt nach dem erfolgreichen Bestehen des Examens: „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Beruf gelobe ich feierlich: Ich werde mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen. [Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.] Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen und mit Würde ausüben. Die Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.“⁹⁶ So lassen sich daraus deutliche Schlüsse ziehen, welche moralischen Wertvorstellungen das Verhalten des Arztes bestimmen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die gesetzlichen Regulierungen Fehlanreize in der Vergütung setzen.⁹⁷ Da die Vergütung eines Krankenhauses sich an der Quantität der Fallzahlen bemisst und die Ärzte

⁹¹ Vgl. Ebd. S.9.

⁹² Vgl. Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas, 2016, S. 9.

⁹³ Vgl. Springer Fachmedien (o.A.): Prinzipal-Agent-Theorie. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/924/prinzipal-agent-theorie-v9.html> (12.04.2017).

⁹⁴ Vgl. Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas, 2016, S. 7.

⁹⁵ Vgl. Haller, Sabine (2010): Dienstleistungsmanagement: Grundlagen-Konzepte-Instrumente. 4. Auflage, Wiesbaden, S. 8.

⁹⁶ Weltärzteverband (1948): Deklaration von Genf. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf (12.04.2017).

⁹⁷ Vgl. Meffert, Heribert; Rohn, Friederike, 2011, S. 9.

an dem wirtschaftlichen Erfolg einer Klinik direkt beteiligt sind. Dabei entsteht ein moralischer Zwiespalt, indem der persönliche Vorteil mit den moralischen Aspekten im unmittelbaren Zusammenhang steht.⁹⁸ In einer Klinik äußert sich diese Problematik dadurch, dass der Arzt den Patienten die bestmögliche Versorgung zukommen lassen möchte, aber dies den Vorstellungen der ökonomischen Effizienz widerspricht. Hierbei muss jedoch hinzugefügt werden, dass auch der Gesetzgeber ökonomische Ziele (Budgetierungen, Sachkosten etc.) vorgibt. So versuchen die Ärzte oftmals einen Kompromiss bei den divergierenden Zielen einzugehen, womit sie prinzipiell bereits den Geschworenen Eid verletzen.⁹⁹ Ein weiterer Punkt in den ärztlichen Verhaltensweisen, beschreibt den Umgang mit den Patienten. Dabei ist die Bezeichnung „der Gott in Weiß“ überall geläufig und verbildlicht eine paternalistisch autoritäre Umgangsform. Der Patient befolgt dabei die Anweisungen des Arztes ohne umfassende Informationen zu erhalten, übertrieben formuliert, könnte der ärztliche Ratschlag auch als Gesetz dargestellt werden.¹⁰⁰ Diese Beziehungsform tritt dabei immer weiter in den Hintergrund und es entwickelt sich zu einem partnerschaftlichen, zweiseitigen Kommunikationsansatz.¹⁰¹ Hinsichtlich dieser Veränderung kommt die Begrifflichkeit des mündigen Patienten zu tragen, der ein erhöhtes Informations- und Aufklärungsbedürfnis aufweist.¹⁰²

Auch der Staat sieht sich in dieser Thematik in der Verantwortung den medizinischen Ethos zu wahren und hat aus diesem Grund eine Vielzahl an Gesetzen erlassen. Dadurch werden die Kommunikationsmaßnahmen eines Gesundheitsdienstleisters deutlich einschränkt bzw. beaufsichtigt. Die drei wichtigsten Gesetze sind dabei, das Heilmittelwerbegesetz (HWG), das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und die Musterberufsordnung (MBO) für Ärzte. Im Krankenhaus sind prinzipiell das HWG und das UWG vorrangig zu betrachten.¹⁰³ Das HWG beschäftigt sich mit irreführender Werbung. Dazu zählen im Allgemeinen Aussagen über die Wirksamkeit von Behandlungen, Verfahren und therapeutischen Mitteln die jedoch nicht zutreffen. Des Weiteren beinhaltet es Aussagen die einen falschen Eindruck erwecken, bezüglich der Nebenwirkungen, Erfolgsversprechen oder auch die Angabe, dass die Werbung nicht zu wettbewerblichen Zwecken dient. Außerdem ist es laut HWG untersagt, unwahre oder täuschende Angaben zu veröffentlichen, z.B. nicht ausweisbare aber beworbene Personalqualifikationen.¹⁰⁴ In der Praxis beinhalten diese Verbote, das bildliche Darstellen von

⁹⁸ Vgl. Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas, 2016, S. 9.

⁹⁹ Vgl. Meffert, Heribert; Rohn, Friederike, 2011, S. 9.

¹⁰⁰ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 190.

¹⁰¹ Vgl. a.a.O. S. 191.

¹⁰² Vgl. Ebd. S. 191.

¹⁰³ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 31.

¹⁰⁴ Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1965): Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz - HWG) § 3. <https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwergb/BJNR006049965.html> (12.04.2017).

Krankheitszuständen, Vorher- Nachher-Vergleiche oder auch die Abgabe von Medikamentenprobepackungen.¹⁰⁵ Das UWG behandelt folgenden Sachverhalt: „Dieses Gesetz dient dem Schutz der Mitbewerber, der Verbraucherinnen und Verbraucher sowie der sonstigen Marktteilnehmer vor unlauteren geschäftlichen Handlungen. Es schützt zugleich das Interesse der Allgemeinheit an einem unverfälschten Wettbewerb.“¹⁰⁶ Dementsprechend ist nach dem Gesetz ein unlauterer Wettbewerb verboten, d.h. ein Wettbewerb der gegen die guten Sitten verstößt. Weiterhin ist es nicht erlaubt einen Wettbewerber herabzusetzen, zu verunglimpfen, dessen Leistung nachzuahmen oder zu beabsichtigen diesen zu behindern. Auch die bewusste Vorenthaltung wichtiger Informationen, sowie eine vergleichende Werbung und eine unzumutbare Belästigung sind durch das UWG verboten.¹⁰⁷ Ist eine solche Klausel verletzt worden, so kann das geschädigte Krankenhaus dagegen gerichtlich vorgehen.¹⁰⁸ Die Muster Berufsordnung für Ärzte ist zwar im eigentlichen Sinne für die Klinik nachrangig, doch ist es einem Arzt nicht erlaubt gesetzeswidrige Vorgehensweisen zu tolerieren.¹⁰⁹ Nach der MBO zählt als berufswidrige Werbung: „anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.“¹¹⁰ Diese Restriktionen sind bei der Planung etwaiger Marketingmaßnahmen unbedingt zu beachten.

Zusammenfassend ist zu dieser Thematik zu sagen, dass der Patient in der medizinischen Versorgung einen besonderen Schutz benötigt. Ein reguliertes Gesundheitssystem dient vor allem auch dazu, die Gesundheit des Menschen zu schützen. Durch eine Überwachung der medizinischen Versorgung wird die Problematik einer Informationsasymmetrie geschmälert.¹¹¹ Im Bereich der Marketingmaßnahmen geht es nicht darum die Leistungen auf einem Jahrmarkt anzubieten, sondern vielmehr dem Patienten einen Einblick zu ermöglichen, sowie durch Transparenz und Qualität zu überzeugen. Dies beinhaltet dem mündigen Patienten verantwortungsbewusste und kompetente Informationen zu übermitteln, die positiv zu einer Entscheidungsfindung beitragen können.

¹⁰⁵ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 188.

¹⁰⁶ Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2004): Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) §1. https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/uwg_2004/gesamt.pdf (12.04.2017).

¹⁰⁷ Vgl. a.a.O. §3ff.

¹⁰⁸ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 32.

¹⁰⁹ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 189.

¹¹⁰ Bundesärztekammer (2015): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, § 27 Abs. 3. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf (12.04.2017).

¹¹¹ Vgl. Meffert, Heribert; Rohn, Friederike, 2011, S. 9.

4 Marketing als Unternehmensstrategie im Krankenhaussektor

Das Marketing im Krankenhaussektor unterliegt wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben einigen Besonderheiten und Einschränkungen. Daher soll folgend eine marktorientierte Führungsstrategie näher erläutert werden. Inhaltlich greift dieses Kapitel alle notwendigen Aspekte eines erfolgreichen Marketingkonzeptes auf.

Die Entwicklung einer Marketingunternehmensstrategie im Krankenhaus ist ganzheitlich zu betrachten. Dabei erfolgt eine durchgängige Anpassung aller Bereiche einer Klinik an die Gegebenheiten eines regulierten Marktes. In der Entwicklung ist es vorerst notwendig die Entscheidungsebenen innerhalb einer Klinik zu unterscheiden. Die normative Ebene beinhaltet die Unternehmenskultur, sowie die Politik und die grundlegenden Ausrichtungen des Krankenhauses. Die strategische Ebene beinhaltet zum einen die Festsetzung der Unternehmensziele, zum anderen eine Gestaltung der internen und externen Rahmenbedingungen. Auf operationaler Ebene erfolgen dann die Umsetzungen mithilfe geeigneter Maßnahmen.¹¹² Im Bereich der normativen Entscheidungen findet eine Ausarbeitung der Mission bzw. des Auftrages des Klinikums statt.¹¹³ Die Mission beschreibt nicht nur den Sinn und Zweck des Unternehmens und die damit verbundenen Zielsetzungen, z.B. die Gesundheit der Menschen wiederherzustellen, sondern auch die Normen, die Werte, das Image, die Grundhaltung der Klinik und die zugehörige Strategie.¹¹⁴ Im Bereich der Unternehmensführung ist daher eine derartige Ausformulierung der moralischen Grundsätze und eine Verfahrensanleitung ein grundlegender Faktor, um als Gesundheitsdienstleister eine Existenzberechtigung zu erhalten. Es ist von essentieller Bedeutung, dass eine Abgrenzung zu dem kommerziellen Marketing erfolgt und ein moralisches Kredo als Leitfaden für das Marketing im Krankenhaus dient.¹¹⁵ Demnach müssen alle Ziele, Handlungen und Verhaltensweisen einer entsprechenden Anpassung folgen.¹¹⁶

Die strategischen Formulierungen dienen einer stetigen Kontrolle, ob die Klinik noch marktorientiert handelt, oder eine Anpassung bestehender Ziele erfolgen muss.¹¹⁷ Unabhängig von der Ebene auf der Entscheidungen getroffen werden ist es essentiell, alle Anspruchsgruppen einer Klinik zu kennen. Dadurch kann sowohl die Mission, als auch

¹¹² Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 349.

¹¹³ Vgl. Ebd. S. 349.

¹¹⁴ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 19.

¹¹⁵ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 20.

¹¹⁶ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 2.

¹¹⁷ Vgl. a.a.O. S. 18.

die Ziele und getroffene Maßnahmen direkt an die entsprechenden Interessengruppen weitergeleitet bzw. vermittelt werden.¹¹⁸ Dabei handelt es sich im engeren Sinne um das Krankenhaus selbst, die Patienten und deren Angehörige, sowie die Zuweiser und die Krankenkassen. Liegt der Fokus auf der weiteren Betrachtung, so sind dem Kreis auch die Kostenträger, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Netzwerkpartnern, die Öffentlichkeit bzw. Politik, die Krankenhausträger, die Pharmaunternehmen, die medizinischen Versorgungseinrichtungen, sowie die medizintechnischen Institutionen und eventuell auch Shareholder hinzuzufügen.¹¹⁹ Aus dieser Quantität wird deutlich, dass die Anspruchsgruppen auch eine Vielzahl unterschiedlichster Interessen aufweisen. Bei einer marktorientierten Führung, sollten zumindest die Interessensbereiche bekannt sein und die wichtigsten in die Mission der Klinik mitaufgenommen werden.¹²⁰ Die erfolgreiche Integration eines konkludenten Marketingkonzeptes erfolgt nach einem geschlossenen Kreislauf. Dieser Kreislauf soll nachfolgend in den einzelnen Schritten näher erläutert werden, um so auch einen besseren Überblick der Marketingentwicklung zu ermöglichen.



Abbildung 3: Darstellung des Marketingprozesses in Anlehnung an Frodl, Andreas, 2011, S. 35.

Der erste Schritt umfasst eine umfangreiche Analyse die alle Faktoren sowohl Klinikintern, als auch die des Gesundheitsmarktes bzw. die Klinikbranche untersucht. Dabei behandelt die Untersuchung nicht nur die Wettbewerbsaspekte, sondern auch vorhandene Ressourcenkapazitäten, Erfolgspotenziale oder bestehende Leistungsaspekte.

¹¹⁸ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 4.

¹¹⁹ Vgl. Meffert, Heribert; Rohn, Friederike, 2011, S. 10.

¹²⁰ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 19.

Eine fundierte Analyse dient als Grundgerüst für alle nachfolgenden Schritte und Entscheidungen.¹²¹ (Kapitel 4.1)

Schritt 2 beinhaltet eine genaue Definition der Patientenzielgruppe.¹²² Dabei ist die Leistungs-Markt Kombination ein wesentlicher Faktor, die mit äußerstem Bedacht gewählt werden sollte. In der Festlegung der Tätigkeiten führt eine zu detaillierte Ausformulierung dazu, dass entweder bestehende Kapazitäten nicht voll ausgelastet werden oder vorhandene Potenziale ungenutzt bleiben. Eine zu unpräzise Beschreibung verhindert eine deutliche Abgrenzung zu den Wettbewerbern, in diesem Fall wäre es wahrscheinlich, dass der Patient sich eher für die Konkurrenz entscheidet.¹²³ Eine genauere Beschreibung der Leistungs- Markt Kombination und der anvisierten Zielgruppen erfolgt im Kapitel 4.2.

Schritt 3 und 4 befasst sich mit der Festlegung der Marketingziele. Diese folgen einer Unterteilung in kurz-, mittel- und langfristige Ziele des Klinikums. Erst mithilfe dieser Zielsetzung kann eine Marketingstrategie daraus entwickelt werden. Das bedeutet im expliziten, dass ohne Zielvorgabe keine Strategie zustande kommen kann.¹²⁴ (Kapitel 4.2.2- 4.2.4)

Schritt 5 enthält die Durchführung von Marketingmaßnahmen mittels geeigneter Instrumente. Eine zutreffende Auswahl der Maßnahmen kann erst nach eindeutiger Festlegung der Strategie erfolgen. Dementsprechend erfolgt, mithilfe des 7- P Modells, eine strukturierte und zielgenaue Bearbeitung aller notwendigen Bereiche.¹²⁵ Eine ausführliche Erklärung des 7-P Modells und die Beschreibung weiterer wichtiger Faktoren im instrumentalen Bereich des Marketings findet im Kapitel 4.3 statt.

Schritt 6 umfasst die Leistungskontrolle. Für ein funktionierendes und erfolgreiches Marketingkonzept ist es essentiell, dass alle durchgeführten Maßnahmen und Zielsetzungen stetig überprüft werden. Dies erfolgt nicht nur durch geeignete Kennzahlen, sondern ebenso durch eine sofortige Überprüfung eingeleiteter Schritte und Prozesse.¹²⁶ (Kapitel 4.4)

4.1 Marktanalyse

¹²¹ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 338ff.

¹²² Vgl. Ebd. S. 338ff.

¹²³ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 20.

¹²⁴ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 36.

¹²⁵ Vgl. Ebd. S. 36.

¹²⁶ Vgl. Meffert, Heribert; Rohn, Friederike, 2011, S. 14.

Das generelle Ziel eines strukturierten Marketingkonzeptes ist eine langfristige und erfolgreiche Etablierung am Markt. Dies bedeutet im Allgemeinen die Bedürfnisse der Patienten zu befriedigen, strategische Wettbewerbsvorteile gegenüber der Konkurrenz zu sichern und die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient zu nutzen.¹²⁷ Damit die Faktoren eine Erfüllung finden, ist es jedoch äußerst wichtig, nicht nur das marktgegebene Umfeld zu kennen, sondern auch die Voraussetzungen und Ressourcen der eigenen Klinik.¹²⁸ Daher ist es im Vorfeld essentiell, alle notwendigen Eigenschaften des Marktumfeldes näher zu beleuchten, um auch die Erfolgspotenziale der eigenen Ressourcen zu ermitteln und dadurch geeignete Entscheidungsmöglichkeiten aufzuzeigen.¹²⁹

Vorerst sollen die Betrachtungsmöglichkeiten seitens des Marktes verdeutlicht werden. In diesem Kontext ist eine Marktforschung unverzichtbar. Die erste Kategorisierung der Marktforschung erfolgt unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten. Während die quantitative von numerischen Daten abhängig ist, sind bei der qualitativen Erhebung die Gründe für gewisse Verhaltensweisen der Patienten ausschlaggebend.¹³⁰ Eine weitere Kategorisierung der Marktforschung unterliegt der primären und sekundären Datenerhebung. Die primäre Datenerhebung beinhaltet: Interviews, Befragungen und Beobachtungen. Dabei ist ein Charakteristikum, dass die Daten einer erstmaligen und direkten Erhebung unterliegen. Die sekundäre Erhebung erfolgt aus einer Informationsgewinnung bereits erhobener Daten. Zweckdienlich sind hierbei beispielsweise Statistiken, Fachzeitschriften, Veröffentlichungen etc..¹³¹ Weiterhin ist auch eine Unterscheidung der Marktanalyse und Marktbeobachtung notwendig. Die allgemeine Begrifflichkeit der Marktanalyse erlangt im normalen Sprachgebrauch die Bedeutung alle beeinflussenden Faktoren genauer zu betrachten, um daraus fundierte Schlüsse ziehen zu können. Im Bereich der Marktforschung beschreibt die Marktanalyse ein statisches Verfahren, diese Form der Betrachtung entspricht einer „Momentaufnahme“.¹³² Dabei finden Faktoren der Konkurrenzsituation, soziodemografische Aspekte, politische Rahmenbedingungen, sowie dem Nachfrage- oder Behandlungsmarkt nach medizinischen Gesundheitsdienstleistungen und dem Entscheidungsverhalten der Patienten eine tragende Rolle. Die Marktanalyse kommt bei Strategieentscheidungen zum Einsatz.¹³³ In der dynamischen Marktbeobachtung, dem Gegenstück zur Marktanalyse, erfolgt eine explizite Betrachtung spezieller Fachbereiche und Segmente. Dieses Verfahren wird bei

¹²⁷ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 6.

¹²⁸ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 334.

¹²⁹ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 6.

¹³⁰ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 338.

¹³¹ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 40.

¹³² Vgl. a.a.O. S. 41.

¹³³ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 338.

langfristigen Marketingentscheidungen verwendet. Beispielsweise geschieht dies bei der Einführung eines neuen Fachbereiches, eine solche Entscheidung ist sehr tiefgreifend und kann nur mit erhöhtem Aufwand revidiert werden.¹³⁴ Zusätzlich ist auch die Betrachtung des Gesamtmarktes für das Krankenhaus relevant. In diesem Bereich erfordern neue Gesetzgebungen oder die Veränderungen der bestehenden Richtlinien stetige Anpassungen.¹³⁵

Allerdings können zu einer Marktanalyse auch bestehende Marketingmodelle zur Unterstützung herangezogen werden. Dabei ist es ausschlaggebend, dass in dieser Analyse die gegebenen Ressourcen der Klinik mit den herrschenden Ressourcen am Markt verglichen werden. Dazu kann beispielsweise eine SWOT (Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats) Analyse Verwendung finden. Dieses Modell beinhaltet sowohl interne Faktoren, der Stärken und Schwächen, als auch externe Faktoren, der Chancen und Risiken.¹³⁶ Außerdem ist es bei dieser Betrachtungsweise von Vorteil, die unterschiedlichen Perspektiven der Anspruchsgruppen mit einfließen zu lassen. Sowohl die Managementebene (Fachkompetenz), als auch die Einweiser (Schlüsselkunden) und die Patientenebene werden dabei einer genaueren Untersuchung unterzogen. Im Fokus stehen hierbei die Bedürfnisse, Handlungsfelder und Marktentwicklungen.¹³⁷ Als weiteres Modell kann auch das Five-Forces-Modell von Michael Porter zweckdienlich sein. Dies umfasst eine detailliertere Betrachtung als die SWOT Analyse und ist aus diesem Grund auch etwas umfangreicher. In diesem Modell geht Porter davon aus, dass 5 Faktoren den Markt bzw. den Grad der Rivalität bestimmen. Auch in dieser Methodik wird das Marktumfeld mit den Ressourcen der Klinik in den direkten Vergleich gesetzt.¹³⁸

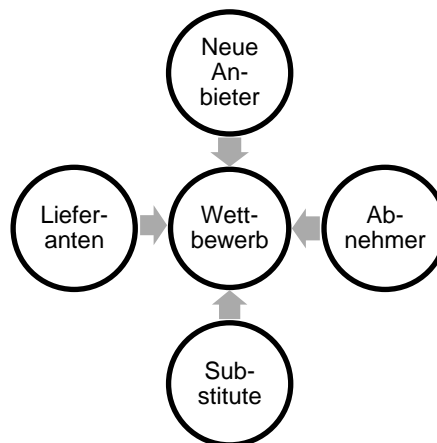


Abbildung 4: Darstellung des Five-Forces-Modell von Porter in Anlehnung an Homburg, Christian, 2012, S.478.

¹³⁴ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, 42.

¹³⁵ Vgl. a.a.O. S. 43.

¹³⁶ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 78.

¹³⁷ Vgl. a.a.O. S. 79.

¹³⁸ Vgl. Homburg, Christian (2012): Marketingmanagement. Strategie-Instrumente-Unternehmensführung, 3. Auflage, Wiesbaden, S. 478.

Die Darstellung veranschaulicht die fünf Kräfte. Im Zentrum des Modells steht der Wettbewerb. Dabei bezieht sich der Wettbewerb auf die derzeitigen Anbieter und die derzeitigen Dienstleistungen. Eine genauere Betrachtung liegt auf der Anzahl der Wettbewerber, dem Marktwachstum, der Leistungsdifferenzierung, sowie den Austrittsbarrieren.¹³⁹ Die Austrittsbarrieren im medizinischen Sektor sind vergleichsweise hoch, da ein Leistungsspektrum sowohl mit teuren medizinischen Geräten, räumlichen Kapazitäten, einer staatlichen Zulassung (Bedarfsplan) und fachlichen Qualifikationen verbunden ist. Liegt es in dem Ermessen einer Klinikleitung ein Leistungsgebiet abzusetzen, so ist dies mit weitreichenderen Konsequenzen verbunden als in anderen Branchen.¹⁴⁰ Darüber befindet sich der Faktor der neuen Anbieter. Dieser Punkt beschreibt die Bedrohung durch neue Wettbewerber. Der Fokus liegt hierbei auf den Eintrittsbarrieren in ein Leistungssegment. Dabei ist anzumerken, dass im Krankenhaussegment die Barrieren prinzipiell höher sind, da jedes Leistungssegment einer staatlichen Zulassung bedarf, außer es ist ein rein privater Kostenträger der nicht an der gesetzlichen Versorgung teilnehmen möchte. Weitere Aspekte sind der Kapitalbedarf, die Leistungsdifferenzierung und das Qualitätsniveau, sowie die Größe des Einzugsgebietes.¹⁴¹ Auf der linken Seite steht die Verhandlungsmacht der Lieferanten. Diese bezieht sich auf den Zugang zu den benötigten Medizinprodukten. Desto mehr Anbieter es gibt, desto geringer ist die Marktmacht der Lieferanten. Allerdings sind die Produkte im medizinischen Sektor auf Grund der hohen Qualitäts- und Hygieneaspekte prinzipiell in einem höheren Preissegment einzusortieren.¹⁴² Auf der rechten Seite befindet sich die Verhandlungsstärke der Abnehmer, folglich der Patienten. Vergleichbar mit der Marktmacht der Lieferanten, ist die Verhandlungsstärke abhängig von der Zahl der Leistungsanbieter. Die medizinische Dienstleistung stellt dabei einen Sonderfall dar, da die Krankheit des Patienten, vor allem bei Notfallbehandlungen, ihn in ein gewisses Abhängigkeitsmuster versetzt. Dabei sind die akuten Behandlungsfälle von der Inanspruchnahme terminierter Leistungen abzugrenzen. Demnach ist es dem Patient möglich im Bereich der planbaren, elektiven Leistungen eine Klinik nach persönlichen Präferenzen auszuwählen.¹⁴³ Der letzte Punkt beinhaltet die Substitute. Dies beschreibt die Bedrohung durch ersetzende Dienstleistungen. Dabei sind vor allem die technologische Entwicklung und das Preis-, Leistungsverhältnis relevant. Durch den gesetzlichen Leistungskatalog kann ein Preisvergleich nur im Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen anfallen. Jedoch können sich die

¹³⁹ Vgl. Porter, Michael (1992): Wettbewerbsstrategie. Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten, 7. Auflage, Frankfurt am Main, S. 42ff.

¹⁴⁰ Vgl. a.a.O. S. 29 ff.

¹⁴¹ Vgl. a.a.O. S. 54ff.

¹⁴² Vgl. Ebd. S. 54ff.

¹⁴³ Vgl. a.a.O. 50ff.

Kliniken durch die Qualitätsfaktoren und einem effizienten Patientenmanagement in diesem Bereich einen strategischen Wettbewerbsvorteil sichern.¹⁴⁴

4.2 Positionierung

Nach einer ausführlichen Marktanalyse kann nun eine Positionierung im Leistungssegment stattfinden. Eine genaue Leistungsplanung dient nicht nur dazu, vorhandene Patientenbedürfnisse zu befriedigen, sondern auch zur Sicherung strategischer Wettbewerbsvorteile gegenüber der Konkurrenz. Ein strategischer Wettbewerbsvorteil kann im Allgemeinen durch eine „unique selling proposition“ (USP) erzielt werden. Eine USP besteht darin, dass die angebotene medizinische Dienstleistung einen höheren Nutzen stiftet, als die Leistung der Konkurrenz. Um dies zu erreichen, sind im Vorfeld einige Entscheidungen und Festlegungen notwendig.¹⁴⁵ Vorerst findet anhand der vorherigen Marktanalyse eine Marktwahlentscheidung, entsprechend der zur Verfügung stehenden Ressourcen der Klinik, statt.¹⁴⁶ Hat die Klinik sich nun ein erfolversprechendes Marktsegment und einen genauen Zielmarkt entschieden, ist es notwendig eine detaillierte Bereichsbetrachtung (dynamische Marktbeobachtung) durchzuführen, um die getroffene Auswahl zu untermauern.¹⁴⁷

4.2.1 9 Felder Matrix nach McKinsey

Die 9 Felder Matrix von McKinsey ist der Leistungs-Markt Kombination zuzuordnen und für ein solches Vorhaben äußerst geeignet. Während das Five-Forces-Modell auf eine ganzheitliche Umfeldanalyse modifiziert ist, kann das Modell von McKinsey dazu dienen, die gewählten Leistungsfelder nach Marktattributen zu bewerten.¹⁴⁸ Die Durchführung erfolgt ähnlich zu der marktwirtschaftlichen Produkt- oder Dienstleistungskategorisierung. Durch diese Analyse kann jedoch keine dauerhaft gültige Entscheidung getroffen werden. Die Dynamik der Konkurrenz und die Umstrukturierungen bzw. Anpassungen des Gesundheitssystems, machen eine regelmäßige Erhebung unumgänglich. Dieses Modell kann für eine Neuentwicklung der Leistungen zwar zweckdienlich sein, aber auch für eine Bewertung eines bestehenden Sortiments.¹⁴⁹

¹⁴⁴ Vgl. Homburg, Christian, 2012, S. 478.

¹⁴⁵ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 2.

¹⁴⁶ Vgl. Ebd. S. 2.

¹⁴⁷ Vgl. Ebd. S. 2.

¹⁴⁸ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 430.

¹⁴⁹ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 9.



Abbildung 5: Darstellung der McKinsey Matrix am Beispiel Krankenhaus xy in Anlehnung an Schlüchtermann, Jörg, 2010, S. 42.

Die Matrix erfolgt nach einer Einteilung in 9 Felder. Vergleichbar mit einem Graphen weisen die x- und y- Achse auf eine steigende Intensität hin. Die Achsenbeschriftungen können dabei je nachdem wie die Ergebnisse analysiert werden möchten, variieren.¹⁵⁰ Denkbar wäre beispielsweise auch eine Einteilung in Falldeckungsbeitrag (y-Achse) und Anzahl der Wettbewerber (x-Achse). Die Abbildung veranschaulicht die Kategorisierung der Marktattraktivität (y- Achse), dabei bedeutet eine hohe Marktattraktivität, dass weiteres Entwicklungspotenzial und steigendes Nachfragevolumen zu erwarten ist. Die Wettbewerbsvorteile (x-Achse) benennen unterschiedliche Eigenschaften in der Leistungserbringung, die einen höheren/geringeren Nutzen stiften, als die Dienstleistung der Konkurrenz (Qualifikationen, besondere Geräte etc.).¹⁵¹ Im Beispiel finden drei Bereiche, Innere Medizin, Chirurgie und Pädiatrie, Verwendung. Anschließend findet die Bewertung der Eigenschaften des jeweiligen Teilbereiches statt. Ist diese Bewertung abgeschlossen, so können die Bereiche als Kreis in die Matrix übertragen werden.¹⁵² Der Durchmesser der Kreise beschreibt dabei den Umfang der Geschäftseinheit, dafür können sowohl die Erlöse, als auch die Fallzahlen, oder gar der Personalbedarf zweckdienlich sein.¹⁵³ Außerdem können wiederkehrende Analysen mittels der Matrix auch vergleichbar gemacht werden. Findet die gegenwärtige Bewertung in der gleichen Matrix

¹⁵⁰ Vgl. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (2009): Strategische Zielplanung. Leitfaden für Krankenhäuser, S. 38. https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/strategische_zielplanung_leitfaden_fuer_krankenhaeuser.pdf (16.04.2017).

¹⁵¹ Vgl. Ebd. S. 38.

¹⁵² Vgl. Schlüchtermann, Jörg (2010): Intensivkurs: Strategische Planung in der Gesundheitswirtschaft, S. 42. https://www.uni-trier.de/filea-min/fb4/IHCl/bilder/mentoring-programm/Unterlagen_Schluechtermann_Juni2010.pdf (16.04.2017).

¹⁵³ Vgl. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (2009): Strategische Zielplanung. Leitfaden für Krankenhäuser, S. 31. https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/strategische_zielplanung_leitfaden_fuer_krankenhaeuser.pdf (16.04.2017).

statt, so unterziehen sich die geplanten Entwicklungen, einer unmittelbaren Leistungskontrolle.¹⁵⁴ In der Abbildung ist dies an den unterschiedlichen Jahreszahlen erkennbar. Der Bereich Pädiatrie verzeichnet eine Zunahme der Geschäftseinheitsgröße und der Wettbewerbsvorteile, die Attraktivität des Marktes steigt weiter an. Der Bereich Chirurgie zeigt hier einerseits eine weitere Zunahme der Attraktivität des Marktes auf, jedoch aber eine Abnahme bei der Größe der Geschäftseinheit und der Wettbewerbsvorteile. Eine mögliche Ursache könnte beispielsweise sein, dass die Konkurrenz das Beispiel Krankenhaus in puncto Qualität überholt hat. Der Bereich der Inneren Medizin hat sich seit der letzten Bewertung nicht verändert.

Daraus ist deutlich zu sehen, dass durch die McKinsey Matrix der Erfolg der einzelnen Bereiche visualisiert und diese besser bewertet werden können. Aus der gegebenen Betrachtung lassen sich nun Entscheidungen bezüglich der weiteren Verfahrensweise treffen. Daraus lässt sich ableiten, ob das anvisierte bzw. gewählte Leistungssegment erfolgreich ist oder ob es notwendig ist Anpassungen vorzunehmen.¹⁵⁵

4.2.2 Festlegung der Marketingziele

Besteht die Annahme, dass diese Form der Bewertung erfolgreich war und damit eine fundierte Entscheidung für ein Leistungssortiment getroffen werden konnte, ist es nun erforderlich entsprechende Marketingziele festzulegen.¹⁵⁶ Marketingziele sind nach Stoffers wie folgt definiert: „Ziele sind fixierte angestrebte Zustände Orientierungs- und Richtgrößen für unternehmerisches Handeln, die über unternehmerische Maßnahmen erreicht werden sollen.“¹⁵⁷

Bei der Festsetzung mehrerer Ziele ist auf deren Eigenschaften zu achten. So unterliegen Marketingziele einer Einordnung in Marketingoberziele, die eine sehr hohe Priorität aufweisen, und Marketingunterziele mit einer niedrigeren Priorität. Auch sind sie nach ihrer zeitlichen Determinante zu unterteilen in kurz-, mittel- und langfristig.¹⁵⁸ Weiterhin ist zu beachten, dass die Zielinhalte unterschiedlicher Natur sein können. Dabei existieren nicht nur komplementäre Ziele die sich gegenseitig unterstützen, sondern auch indifferente Ziele, die keine Auswirkung aufeinander haben, oder konkurrierende Ziele, die

¹⁵⁴ Vgl. Schlüchtermann, Jörg (2010): Intensivkurs: Strategische Planung in der Gesundheitswirtschaft, S. 48. https://www.uni-trier.de/filea-min/fb4/IHCl/bilder/mentoring-programm/Unterlagen_Schluechtermann_Juni2010.pdf (16.04.2017)

¹⁵⁵ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 85.

¹⁵⁶ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 69.

¹⁵⁷ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 47.

¹⁵⁸ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 339.

sich gegenseitig beeinflussen.¹⁵⁹ Ein konkurrierendes Ziel, wäre beispielsweise eine Umsatzsteigerung und die Erhöhung der Personalqualifikationen. Außerdem können Marketingziele in diverse Marketingbereiche gruppiert werden. Die Gruppierung unterscheidet dabei eine Einordnung nach den Marketinginstrumenten, nach entsprechenden Märkten oder Leistungen, sowie der Unterscheidung durch zugehörige Marktteilnehmer.¹⁶⁰ Bei den Marketinginstrumenten findet eine Ausrichtung auf das Behandlungsangebot und Serviceleistungen statt, in der Konsequenz soll dies positiv den Umsatz beeinflussen. Im Bereich des Leistungsmarktes liegt eine Konzentration auf den bisherigen und neuen Märkten. Diese Variante orientiert sich stark an der Markt-Leistungsangebot Matrix von Ansoff (Kap. 4.2.4). Allerdings werden dabei vorerst die zugehörigen Zielgruppen vernachlässigt.¹⁶¹ Das Teilgebiet der Marktteilnehmer umfasst die Patienten und Konkurrenten. Darin sind vor allem die Verhaltensweisen gegenüber Ziel- und Umfeld Gruppen ausschlaggebend. Eine solche Verhaltensentscheidung könnte dabei beinhalten, entweder Patienten neu zu gewinnen oder gewonnene Patienten an die Klinik zu binden.¹⁶² Folgen die Ziele nicht der Einteilung in entsprechende Marketingbereiche, so besteht die Möglichkeit diese in allgemeine Zielbereiche zu unterteilen. Dabei liegt eine Unterscheidung in ökonomische Ziele (Formalziele). Diese beinhalten kalkulierbare Bezugsgrößen, die den Ertrag, die Menge und die Sicherheit des Unternehmens betreffen. In der Klinik sind diese Faktoren beispielsweise in den Bereichen des Umsatzes, der Fallzahlen und der Patientenstruktur zu finden.¹⁶³ Des Weiteren existieren die vorökonomischen Ziele (Positionierungsziele), diese richten sich im Gegensatz zu den Formalzielen, auf nicht direkt greifbare Bezugsgrößen.¹⁶⁴ Die Positionierungsziele weisen einen eher emotionalen Charakter auf und beziehen sich dementsprechend auf das Image, den Bekanntheitsgrad, die Patientenzufriedenheit und die Mitarbeiterzufriedenheit.¹⁶⁵

Unabhängig von den Bereichen der Zielfestlegung, ist es empfehlenswert ein Marketingleitbild zu entwerfen. Dieses Leitbild fasst die allgemeinen Ziele in übergeordneten Punkten zusammen und dient nicht nur einem optimalen Einsatz der Marketinginstrumente, sondern auch als Leitfaden für die Mitarbeiter und das Führungspersonal. Die Auswahl der Ziele die in einem Leitbild verankert werden, liegt jedoch in dem Ermessen jeder Klinikleitung selbst. Als Beispiel könnte ein solches Leitbild folgende Bereiche enthalten.

¹⁵⁹ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 72.

¹⁶⁰ Vgl. a.a.O. S. 69.

¹⁶¹ Vgl. Ebd. S. 69.

¹⁶² Vgl. a.a.O. S. 72.

¹⁶³ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 49.

¹⁶⁴ Vgl. a.a.O. S. 51.

¹⁶⁵ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 78.

Der Marktanteil, der eine prozentuale Steigerung enthält. Das Image, das vor allem qualitative Aspekte aufweist, sowie den Bekanntheitsgrad, dem ebenfalls ein Wachstum zugewiesen wird.¹⁶⁶

Das Festlegen diverser Ziele in unterschiedlichen Bereichen und mit unterschiedlichen Prioritäten, ermöglicht eine Implementierung eines Zielsystems. Das System beinhaltet dabei wesentliche Funktionen. Die Koordinationsfunktion beschreibt eine strukturierte und organisierte Verbindung der einzelnen Ziele, um somit eine effiziente Umsetzung durch die Marketingmaßnahmen zu gewährleisten.¹⁶⁷ Die Steuerungsfunktion ermöglicht eine geeignete Ausrichtung der Entscheidungen bei mehreren Alternativen. Damit ist die Erreichung gesetzter Ziele sichergestellt.¹⁶⁸ Durch das schriftliche Festlegen der Ziele, kommt dem Zielsystem eine Kontrollfunktion zu gute. Dabei ist es möglich, Zielabweichungen umgehend festzustellen und Anpassungsmaßnahmen einzuleiten. Im anderen Fall ermöglicht die Kontrollfunktion die Bestätigung über das Erreichen eines Zieles.¹⁶⁹ Die Sach-Rationale und Sozio- Emotionale Funktion, beschreibt die gemeinsame Umsetzung der Ziele. Dadurch können sich die einzelnen Mitarbeiter mit der Klinik identifizieren und die Geschäftsleitung nimmt dabei eine Vorbildfunktion ein.¹⁷⁰

Abschließend zu der Thematik der Marketingziele sollte jedoch hinzugefügt werden, dass jede Zielfestsetzung nach dem SMART Prinzip erfolgen sollte. „Specific, Measurable, Attractive, Realistic, Terminated“¹⁷¹. In der Reihenfolge sollte ein Ziel demnach, eindeutig definiert und messbar sein. Ziele sind zwar anspruchsvoll zu gestalten, aber doch auch realisierbar. Zusätzlich ist ein wichtiger Faktor, dass die Zielerreichung terminiert wird. Das heißt, dass ein Zeitpunkt vorzugeben ist, wann der Prozess beendet sein soll.¹⁷²

4.2.3 Zielgruppen definieren

Nach den ausführlichen Erläuterungen der Marktanalyse, Leistungspositionierung und Marketingziele, ist dieser Punkt eher kurz zu fassen. Da eine umfangreiche Vorarbeit diesen Vorgang deutlich verkürzt. Dabei umfasst die Positionierung zusätzlich die Festlegung der Zielgruppen. Dies beinhaltet, die potenziellen Abnehmer und Interessenten

¹⁶⁶ Vgl. Ebd. S. 71.

¹⁶⁷ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 338.

¹⁶⁸ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 47.

¹⁶⁹ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 338.

¹⁷⁰ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 48.

¹⁷¹ Vgl. Birgmeier, Bernd (2011): Coachingwissen. 2. Auflage, Wiesbaden, S. 185.

¹⁷² Vgl. a.a.O. S. 186.

des medizinischen Leistungsprogramms der Klinik möglichst treffsicher anzusprechen.¹⁷³ Die eigentliche Kunst dieser Recherchearbeit ist es, die Bedürfnisse, Wünsche und Hintergrundinformationen der einzelnen Anspruchsgruppen zu eruieren, um somit ein zielgruppenorientiertes Marketingvorgehen zu gewährleisten.¹⁷⁴ Schafft es die Klinik die Zielgruppe genau zu definieren und anzusprechen, bedeutet dies in der Folge, dass dadurch nicht nur Wettbewerbsvorteile generiert werden können, sondern auch eine Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz.¹⁷⁵ In der Umsetzung wird dadurch eine zielgenaue Ansprache ermöglicht, das beispielsweise zu einer Erhöhung der Fallzahlen führt und damit verbunden die Steigerung des Umsatzes. In puncto der Konkurrenz Perspektive ist es möglich, dass eine exaktere Zielgruppenbestimmung einen Kommunikationsvorteil erzielt und der Patient dadurch eine vorteilhafte Auswahlentscheidung trifft.¹⁷⁶

4.2.4 Entwicklung der Marketingstrategie

Nachdem die Marketingziele und anvisierte Zielgruppen bestimmt wurden, kann nun der Schritt einer Strategieentwicklung folgen. Während die Marketingziele auch als Wunschorte deklariert werden können, dient die Strategie als Fahrplan zur Zielerreichung. Sie verbindet die Zielesetzungen mit den Entscheidungen der Marketinginstrumente.¹⁷⁷ Dabei ist es notwendig im Krankenhaus eine Grundsatzstrategie zu implementieren. Diese ist bestehend aus einer patientenorientierten, der konkurrenzorientierten und der mitarbeiterorientierten Strategie.¹⁷⁸ Die Kernaufgabe der patientenorientierten Strategie beschreibt nicht nur die Verhaltensweise gegenüber den Zielgruppen, sondern auch die Leistungen die dem Patienten dargeboten werden.¹⁷⁹ So können strategische Entscheidungen nicht nur das Behandlungsangebot betreffen, sondern auch die Art und Weise den Leistungsmarkt zu bearbeiten. Dabei ist anzumerken, dass in dieser Strategie die Bezeichnung Markt, sowohl die Patientenzielgruppe, als auch die Zielgruppe der einweisenden Ärzte mit einbezieht. Um dies zu verdeutlichen ist das Schema von Ansoff von Vorteil.¹⁸⁰

¹⁷³ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 341.

¹⁷⁴ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 74.

¹⁷⁵ Vgl. a.a.O. S. 75.

¹⁷⁶ Vgl. Ebd. S. 75.

¹⁷⁷ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 53.

¹⁷⁸ Vgl. Ebd. S. 53.

¹⁷⁹ Vgl. a.a.O. S. 54.

¹⁸⁰ Vgl. Ansoff, Igor (1957): Strategies of Diversification. In: Harvard Business Review, Nr. 35 (1957), S. 114.

Leistungangebot \ Markt	Bisherige Märkte / Zielgruppe: Patienten/ einweisende Ärzte	Neue Märkte / Zielgruppe: Patienten/ einweisende Ärzte
Bisheriges Behandlungsangebot	Durchdringung Minimalstrategie: Behandlungsangebot beibe- halten, Patientenzielgruppe beibehalten	Marktentwicklung Intensivierungsstrategie: Behandlungsangebot beibe- halten, neue Patientenziel- gruppe erschließen
Neues Behandlungsangebot	Neuheit Innovationsstrategie: Behandlungsangebot erwei- tern, Patientenzielgruppe bei- behalten	Ausbruch Diversifikationsstrategie: Behandlungsangebot erwei- tern, neue Patientenzielgruppe erschließen

Tabelle 1: Darstellung Produkt-Markt Matrix nach Ansoff in Anlehnung an Frodl, Andreas, 2011, S. 83.

Nach dem Schema von Ansoff erfolgt eine Unterteilungen nach dem Markt und dem Leistungsangebot.¹⁸¹ So sind hier diverse Strategieansätze zu differenzieren:

Die Bewahrungsstrategie (nicht in der Tabelle abgebildet) beinhaltet keinerlei Veränderungen. Das bedeutet, dass die bisherige Wahl bezüglich des Marktes und der Zielgruppe die Erreichung der Marketingziele ermöglichte. Somit wäre eine Anpassung oder Veränderung als unnötig zu betrachten.¹⁸² Im Segment der Durchdringung ist das verfolgte Ziel eine Erhöhung der Patientenzahl. Folglich bleiben daher die Marktwahl und die Zielgruppe unverändert. Nur die Fallzahlen sollen durch geeignete Mittel erhöht werden.¹⁸³ Die Innovationsstrategie oder auch Neuheitsstrategie, konzentriert sich auf die Entwicklung neuer medizinischer oder pflegerischer Dienstleistungen. Damit verhalten sich die Zielgruppe und der Markt konstant, ausschließlich das Leistungsprogramm unterliegt einer Neuerung.¹⁸⁴ Eine Intensivierungsstrategie verhält sich gegensätzlich zu der Innovationsstrategie. Daher bleibt das Leistungsangebot unverändert, aber es gilt eine neue Zielgruppe zu erschließen.¹⁸⁵ Die Differenzierungsstrategie unterliegt einer

¹⁸¹ Vgl. Ebd. S. 114.

¹⁸² Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 83.

¹⁸³ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 85.

¹⁸⁴ Vgl. Ebd. S. 85.

¹⁸⁵ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 84.

Veränderung beider Bereiche, d.h. das eine Umorientierung in den Bereichen, Leistungsangebot und Zielgruppe bzw. Markt, stattfindet.¹⁸⁶ Diese Strategie bedarf allerdings einer weiteren Unterteilung. Zum einen existiert eine Streustrategie, die durch eine breite Streuung mithilfe einer Vielzahl von Leistungsangeboten einen eher zufälligen Erfolgstreffer erzielen möchte. Andererseits steht der Streuung die Konzentrationsstrategie gegenüber. Dabei liegt der Fokus auf einer gezielten Erweiterung des Angebots. Durch diese Einschränkung ist jedoch ein Misserfolg wahrscheinlicher.¹⁸⁷ Durch die Auswahl einer Strategie können im Anschluss entweder Anpassungen der Zielgruppe, des Marktes, oder dem Leistungsangebot vorgenommen werden. Im idealsten Fall (Bewahrungsstrategie) erwiesen sich alle bereits getroffenen Entscheidungen als erfolgreich und bedürfen keiner Veränderung. Allgemein ist das Schema von Ansoff die detaillierteste Variante (Porter, McKinsey) einer Markt- Leistungsauswahl, die aus diesem Grund auch erst in der Strategiewahl zum Zuge kommt.

In der konkurrenzorientierten Strategie wird das Verhalten gegenüber den Wettbewerbern bestimmt. Diese Verhaltensweisen werden nach der Art und Weise im Umgang mit der Konkurrenz in unterschiedliche Kategorien unterteilt. Zum einen existieren Einstufungen in Konflikt- oder Wettbewerbsorientierte Verhaltensweisen, zum anderen können entsprechende Verhaltensmuster auch einer kooperativen oder koexistenziellen Natur entsprechen.¹⁸⁸ Dabei unterliegen die Konflikt- und Wettbewerbsorientierung einer offensiv wetteifernden Natur. So beinhaltet die Konfliktorientierung, dass die Klinik einen hohen Marktanteil für sich beanspruchen möchte. Im Gegenzug entspricht das Verhalten der Konkurrenz demselben Muster und dadurch ist ein hoher Rivalitätsgrad die Folge.¹⁸⁹ In der Orientierung über den Wettbewerb liegt der Fokus auf der Sicherung von strategischen Wettbewerbsvorteilen gegenüber der Konkurrenz. Dadurch versucht sich die Klinik stets am Wettbewerber zu messen, um somit deren Leistungen zu übertreffen. Sind die Leistungen übertroffen, wird der Wettbewerber allerdings nachziehen, um den Vorteil seinerseits zu verbuchen.¹⁹⁰ Im Unterschied zu den offensiv wetteifernden Ansätzen, stehen dazu die defensiv anpassenden Verhaltensweisen. Darunter sind die Kooperations- und Koexistenzstrategie einzuordnen. Während unter einer Kooperation die Zusammenarbeit beider Kliniken verstanden wird, ist eine Koexistenz geprägt durch ein friedliches Miteinander, ohne den anderen in irgendeiner Form zu beeinträchtigen.¹⁹¹

¹⁸⁶ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 85.

¹⁸⁷ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 83.

¹⁸⁸ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 69.

¹⁸⁹ Vgl. Ebd. S. 69.

¹⁹⁰ Vgl. Ebd. S. 69.

¹⁹¹ Vgl. a.a.O. S. 70.

In der mitarbeiterorientierten Grundsatzstrategie beziehen sich alle Aspekte auf die Verhaltensweise und den Umgang mit dem Personal.¹⁹² Eine Beachtung der ethisch moralischen Determinanten ist dabei unverzichtbar. Im Allgemeinen ist dieser Bereich marketingtechnisch unterschiedlich einzuordnen. Einerseits in die Marketinginfrastruktur, da die Mitarbeiter zur Umsetzung der Marketingziele direkt beitragen. Andererseits zählen die Mitarbeiter auch zu den Marketinginstrumenten, weil sie in einem unmittelbaren Kontakt zu den Patienten stehen und daher die Zufriedenheit des Patienten von dem Verhalten des Personals abhängig ist.¹⁹³ In der Gesamtheit ist es förderlich ein Humankapital-Management einzuführen. Darunter verbirgt sich eine Unterteilung in „Kontaktpersonal“ und „Nicht-Kontakt Personal“. Um ein schlüssiges Konzept zu erarbeiten, sollte vorerst eine Gewichtung interner und externer Maßnahmen erfolgen. Im internen Bereich sind alle klassischen Personalmaßnahmen, z.B. Personalentwicklung oder Personalentlohnung einzusortieren.¹⁹⁴ Interne Maßnahmen befassen sich jedoch auch mit einer Festlegung der Verhaltensweisen des Kontaktpersonals im Umgang mit den Patienten. Humankapital Maßnahmen unterstützen das gewünschte Verhalten durch, einerseits die Ausschöpfung und Förderung fachlicher und sozialer Kompetenzen der Mitarbeiter, andererseits ist die Erlangung einer hohen Mitarbeitermotivation, durch Freiheiten in der Entscheidungsfindung, vorgesehen.¹⁹⁵ Die externen Maßnahmen beinhalten, vergleichbar mit den internen Maßnahmen, ebenfalls die klassischen Felder, z.B. Personalakquise.¹⁹⁶ Dabei ist jedoch ein zusätzlicher Fokus auf die Thematik des Fachkräftemangels und den Demografischen Wandel zu setzen, nach Stoffers lautet die herrschende Maxime: „Finden und binden“.¹⁹⁷ Durch diese Entwicklungen sind Strategien gefordert, die nicht nur die Maßnahmen der Konkurrenz übertreffen, sondern auch Maßnahmen die eine unverwechselbare und vertrauensvolle Arbeitgebermarke vermitteln. Nur dann ist es möglich Mitarbeiter für die Klinik zu gewinnen, die eine hohe Qualifikation aufweisen und einen ausgeglichenen Altersdurchschnitt in der Klinik zu sichern.¹⁹⁸

4.3 Marketinginstrumente

¹⁹² Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 349ff.

¹⁹³ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 65.

¹⁹⁴ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 351.

¹⁹⁵ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 76.

¹⁹⁶ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 358.

¹⁹⁷ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 118.

¹⁹⁸ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 358.

Nach der Auswahl einer geeigneten Grundsatzstrategie, können nun die operativen Entscheidungen bezüglich der Marketinginstrumente getroffen werden. Dieses Kapitel beinhaltet eine Übersicht der Einsatzbereiche, sowie eine mögliche Vorgehensweise im Bereich der Kommunikation und eine Übersicht ausgewählter Instrumente.

4.3.1 Marketingmix: Das 7- P Modell

Der Einsatz eines abgestimmten Marketingmixes dient grundsätzlich einer strukturierten Vorgehensweise bei der Verwendung von Marketinginstrumenten. Dabei sind diverse Auswahlmöglichkeiten bezüglich der instrumentalen Ziele vorhanden.¹⁹⁹ So kann sich eine Klinik nur auf einen „Basismix“²⁰⁰ konzentrieren, der ausschließlich dazu verwendet wird, den Patienten und Einweisern einen Überblick über das Behandlungsangebot und der zugehörigen Preisstrukturen zu geben. Ein „Komplementärmix“²⁰¹ hat zwei unterschiedliche Auslegungsmöglichkeiten. Einerseits beinhaltet eine komplementäre Ausgestaltung die Förderung einer Auswahlentscheidung des Patienten. Dies geschieht dadurch, dass zusätzlich zu dem Basismix auch Instrumente eingesetzt werden, die nicht die medizinischen Leistungen betreffen, sondern als kurzfristiger Impulsgeber fungieren (z.B. Organisation eines Informationstages).²⁰² Andererseits kann eine komplementäre Gestaltung eingesetzt werden, um Patienten an die Klinik zu binden. Dabei findet eine langfristige Ergänzung des Basismixes statt, durch eine Vermittlung dauerhafter Anreize (z.B. besondere Serviceleistungen der Klinik).²⁰³ Zu der Bestimmung eines geeigneten Marketingmixes kann das 7-P Modell eine Verwendung finden. Dieses Modell ist eine Erweiterung des klassischen 4-P Modells der Marktwirtschaft und ermöglicht eine strukturierte operative Umsetzung der festgelegten Marketingziele. Das klassische 4-P Modell ist in die Bereiche product (Produktpolitik), price (Preispolitik), place (Distributionspolitik) und promotion (Kommunikationspolitik) unterteilt.²⁰⁴ Im Krankenhaus erfolgt eine Erweiterung durch personnel (Personal), physical Facilities (Ausstattung) und process (Prozess).²⁰⁵

¹⁹⁹ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 101.

²⁰⁰ Vgl. Ebd. S. 101.

²⁰¹ Vgl. Ebd. S. 101.

²⁰² Vgl. Ebd. S. 101.

²⁰³ Vgl. Ebd. S. 101.

²⁰⁴ Vgl. McCarthy, Jerome (1960): Basic Marketing. A Managerial Approach, Illinois, S. 45.

²⁰⁵ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 206.



Abbildung 6: 7-P Modell in Anlehnung an Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 207.

Das 7 P- Modell ist dafür zuständig, die notwendigen Ressourcen auf alle Segmente, je nach gewählter Strategie aufzuteilen.²⁰⁶ Das erste Segment beinhaltet die Preispolitik, die zwar im Krankenhaus deutlich eingeschränkt ist, jedoch besteht bei Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen ein gewisser Spielraum, für qualitativ sehr hochwertige Leistungen das Fallzahlenbudget zu erhöhen.²⁰⁷ Zusätzlich können preisliche Strategieentscheidungen auch bei Leistungsangeboten des zweiten Gesundheitsmarktes integriert werden.²⁰⁸ Dazu zählen beispielsweise individuelle Gesundheitsleistungen, präventive Vorsorgeangebote oder entsprechende Serviceleistungen.²⁰⁹ Die Produkt- bzw. Leistungs-politik befasst sich mit der Umsetzung und Anpassung des medizinischen Leistungsangebots. Dabei ist es von Vorteil, die gegebenen Ressourcen effizient zu nutzen und die Leistungsangebote der Konkurrenten zu vergleichen, um sich dadurch in den Bereichen der Serviceleistungen oder der Angebotsgestaltung der Gesundheitsleistungen von den Konkurrenten abzuheben. Durch eine Differenzierung von den Wettbewerbern kann ein höherer Patientennutzen im Sinne eines USP verwirklicht werden.²¹⁰ In der Distributionspolitik sind Krankenhäuser weitestgehend eingeschränkt, da es als Dienstleistungsunternehmen nur auf direktem Absatzweg die Leistungen erbringen kann. Jedoch sind dabei die Erreichbarkeit und der Standort der Klinik ein wichtiger Faktor. Desto höher die Einwohnerzahl im Einzugsgebiet, desto mehr Patienten können akquiriert werden. Desto unkomplizierter sich die Anreise zur Klinik gestaltet, umso mehr potenzielle Zielgruppen können die Klinik erreichen.²¹¹ In der Kommunikationspolitik liegt die Ansprache und Bindung (potenzieller) Patienten und Einweiser im Vordergrund (Kap.

²⁰⁶ Vgl. Blythe, Jim (2009): Key Concepts in Marketing. London, S. 130.

²⁰⁷ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 113.

²⁰⁸ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 143.

²⁰⁹ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 207.

²¹⁰ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 108.

²¹¹ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 114ff.

4.3.2). Dabei zielt dieser Bereich vor allem auf die Auswahl geeigneter Kommunikationsmaßnahmen ab, um somit die Zielgruppen exakt und treffsicher zu erreichen und dadurch Vertrauen zu erzeugen.²¹²

Die Erweiterung des Modells beinhaltet den Bereich Personal, da sie an der Erbringung einer medizinischen Dienstleistung unmittelbar beteiligt sind.²¹³ Das Personal steht im direkten Bezug zu den Patienten und ist daher ein bedeutender Faktor in der Wahrnehmung von Qualität und Vertrauen gegenüber der Klinik.²¹⁴ Im Bereich des Human-Kapital Managements (mitarbeiterorientierte Strategie) ist es zweckdienlich die marktwirtschaftlichen Grundzüge des Employer Brandings zu integrieren, um als attraktiver Arbeitgeber aufzutreten und Maßnahmen der Personalakquise, Bindung und Qualifizierung umzusetzen.²¹⁵ Der nächste Teilbereich der Physischen Umgebung betrifft die Ausstattung der Klinik.²¹⁶ Ein relevanter Faktor, da mit einer mangelhaften Ausstattung auch keine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten erbracht werden kann. Diese Aspekte beziehen sich auf medizinisch technische Geräte, ausreichende Raumkapazitäten, ansprechendes Rauminterieur, aber auch auf die Infrastruktur des Hauses.²¹⁷ Der letzte Bereich des 7-P Modells beinhaltet die Prozesse der Leistungserstellung. Dabei liegt der Fokus auf einer effizienten Gestaltung der Prozesse. Dazu zählen Standardisierungen, um eine gleichwertige Qualität bei wiederkehrenden Leistungen zu gewährleisten, aber auch eine stetige Prozess- und Ablaufoptimierung. Außerdem sollte die Klinik eine effiziente Infrastruktur innerhalb der Prozesse entwickeln, um dadurch sowohl zeit- und kostensparend zu verfahren.²¹⁸

4.3.2 Push and Pull Modell

Das Push and Pull Modell ist im Marketingbereich der sozialen Marktwirtschaft in der Kommunikationspolitik und der Distributionspolitik angesiedelt. Dabei soll die Distributionspolitik vernachlässigt werden, da der Bereich der Distribution im Krankenhaus nicht der Distribution der sozialen Marktwirtschaft gleicht. Das Modell unterscheidet im Wesentlichen zwei differenzierte Wege zur Ansprache der Zielgruppe.²¹⁹ Die Pull-Strategie ist auf eine gezielte Ansprache der Endverbraucher ausgelegt. Durch diese Ansprache

²¹² Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 24.

²¹³ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 207.

²¹⁴ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 112.

²¹⁵ Vgl. Schuhmacher, Florian; Geschwill, Roland (2014): Employer Branding. Human Resources Management für die Unternehmensführung, 2. Auflage, Wiesbaden, S. 40ff.

²¹⁶ Vgl. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom, 2013, S. 207.

²¹⁷ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 114ff.

²¹⁸ Vgl. a.a.O. S. 109.

²¹⁹ Vgl. Shimp, Terence; Craig, Andrews (2013): Advertising Promotion and other Aspects of Integrated Marketing Communications. 9. Auflage, Mason, S. 515.

soll eine aktive Nachfrage nach dem Produkt entstehen. Diese Nachfrage wiederum, soll dazu führen, dass die Händler das Herstellerprodukt in das bestehende Sortiment mitaufnehmen.²²⁰ Die Push-Methode hingegen, sieht dabei vor, die Absatzmittler anzusprechen, um diese davon zu überzeugen, das Produkt im Sortiment mitaufzunehmen.²²¹ Dabei sollten sowohl finanzielle Anreize gesetzt werden, z.B. gute Konditionen, als auch Serviceleistungen und etwaige marketingtechnische Unterstützungsmaßnahmen.

Im Krankenhausesegment kann dieses Modell, speziell in den Bereich der Kommunikationspolitik transferiert werden. Dabei beschreibt das Modell zwei Marketingkommunikationswege, die mit unterschiedlicher Zielsetzung verbunden sind. Während die Pull-Strategie auf die Ansprache der Patienten abzielt, beinhaltet die Push-Strategie einen direkten Kommunikationsweg zu den einweisenden Ärzten. In der Marktwirtschaft wird meist nur eine der beiden Varianten umgesetzt und die entsprechenden Kommunikationsmittel danach ausgerichtet. Im Krankenhaus dient dieses Modell der simultanen Verwendung, da beide Anspruchsgruppen damit bedient werden sollen. Daher muss eine Festlegung der Kommunikationsmittel für beide Varianten stattfinden.²²²

Pull- Methode:

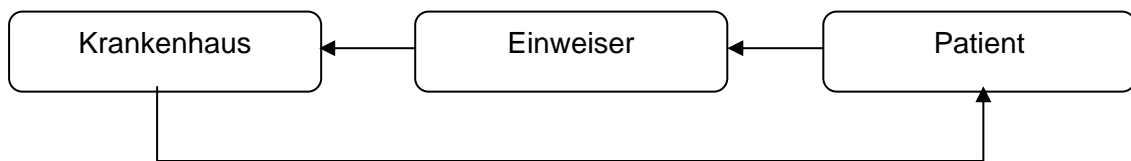


Abbildung 7: Darstellung der Pull-Methode in Anlehnung an Haseborg, Fokko, 2009, S. 13.

Dabei steht der Patient bei den Kommunikationsmaßnahmen im Mittelpunkt. Das bedeutet alle werblichen Informationen, richten sich direkt an den (potenziellen) Patienten. Zu den traditionellen Vorgehensweisen gehören dabei die Werbung, Verkaufsförderung und Öffentlichkeitsarbeit.²²³ Da die Patienten in den meisten Fällen jedoch aus gesundheitlichen Gründen in die Klinik eingeliefert werden, geht es vielmehr darum die Bekanntheit

²²⁰ Vgl. Ebd. S. 515.

²²¹ Vgl. Ebd. S. 515.

²²² Vgl. Gschossmann, Stephan; Raab, Andrea (2017): Content-Marketing als Strategie der Zukunft im Krankenhaus. In: Pfannstiel, Mario; Da Cruz, Patrick; Mehlich, Harald (2017): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Impulse für das Management, Wiesbaden, S. 113.

²²³ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 109.

zu steigern, Vertrauen zu vermitteln und als kompetenter Gesundheitsdienstleister, im Fall der Fälle, zur Verfügung zu stehen.²²⁴

Push-Methode:

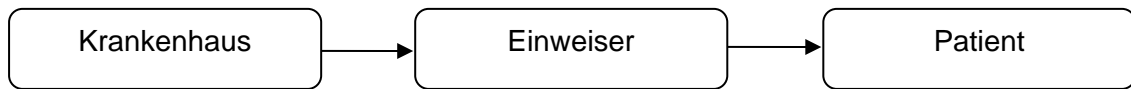


Abbildung 8: Darstellung der Push-Methode in Anlehnung an Haseborg, Fokko, 2009, S. 13.

Der einweisende Arzt zählt für die Klinik als Schlüsselkunde. Da der Patient vor einem stationären Aufenthalt, in vielen Fällen, bei dem zugehörigen Hausarzt in Behandlung ist und dieser in einem Vertrauensverhältnis zu ihm steht, fungiert er nicht nur als Meinungsbildner, sondern auch als ein Teil der Behandlungskette.²²⁵ Die einweisenden Ärzte sind daher von hoher Bedeutung für die Klinik und sollten aus diesem Grund keinesfalls vernachlässigt werden. Daher sind in diesem Bereich vor allem Direkt Marketing Strategien (z.B. E-Mail Newsletter) und Einladungen zu Fortbildungen, Workshops und Symposien von Vorteil.²²⁶ Die Zielsetzung dabei ist ebenfalls der Aufbau von Vertrauen und Bekanntheit. Der einweisende Arzt soll aber auch durch eine zuverlässige und fachkompetente Ansprache von dem Krankenhaus und an die Klinik gebunden werden.²²⁷

Die Verwendung des Push- und Pull-Modells ist für das Krankenhaussegment sehr geeignet, da es explizit auf die zwei wichtigsten externen Anspruchsgruppen zur Patientenakquirierung eingeht. Dabei wird nicht nur auf die besondere Bedeutung der Einweiser eingegangen, sondern es wird verbildlicht in welchem Bezug sie zu den Patienten stehen. Finden diese Aspekte im Krankenhaus eine Berücksichtigung, so ist die Anfertigung von Arztbriefen und Telefonaten mit den Haus- und Fachärzten vor einem anderen Hintergrund zu betrachten. In der Folge resultiert daraus, eine bessere Betreuung der Patienten, eine effizientere Zusammenarbeit und Informationslücken können dadurch geschlossen werden.²²⁸

4.3.3 Corporate Identity und ausgewählte Kommunikationsinstrumente

²²⁴ Vgl. Gschossmann, Stephan; Raab, Andrea, 2017, S. 113

²²⁵ Vgl. Ebd. S. 113.

²²⁶ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 110.

²²⁷ Vgl. Haseborg, Fokko (2009): Krankenhaus-Marketing. Vom Irgendwie zur Strategie, Hamburg, S. 13.

²²⁸ Vgl. Stoffers, Christian, 2014, S. 11.

Nach der Verdeutlichung der instrumentellen Einsatzbereiche und der möglichen Kommunikationswege, unterliegen nun das Erscheinungsbild und die geeigneten Kommunikationsinstrumente einer genaueren Betrachtung.

Dabei dient das Corporate Identity (CI) als geeigneter Rahmen, um ein konkludentes Erscheinungsbild zu vermitteln.²²⁹ Das Corporate Identity ist bestehend aus vier Säulen. Die erste Säule beinhaltet die Corporate Communication. Dieser Bereich bezieht sich auf die Inhalte der Kommunikation. Darin enthalten sind sowohl interne, als auch externe Kommunikationsmaßnahmen. Ziel ist es, den Empfängern die angestrebte Philosophie, Werte und Mission geeignet zu übermitteln.²³⁰ Die zweite Säule ist bestehend aus dem Corporate Behaviour. In diesem Bereich sollen vor allem die Verhaltensweisen der Klinik und der Mitarbeiter entsprechend der Philosophie folgen.²³¹ Die Corporate Culture beschreibt die Unternehmenskultur. Das bedeutet, dass die Werte und das moralische Kredo der Klinik formuliert und in alle Aktivitäten integriert werden.²³² Das Corporate Design entspricht dem visuellen Erscheinungsbild. In diesem Bereich findet die optische Transferierung aller Säulen des Corporate Identities statt. Dem Design wird dabei eine besondere Bedeutung im Klinikmarketing zugesprochen, da den Anspruchsgruppen dadurch Kompetenz und Vertrauen vermittelt wird. Zusätzlich kann es aber auch den Bekanntheitsgrad steigern, die Klinik von der Konkurrenz differenzieren und Informationen der Klinikstruktur mitteilen.²³³

Zu den traditionellen Kommunikationsinstrumenten einer Klinik zählen Broschüren und Flyer, die das medizinische Leistungsangebot, sowie Anfahrtsbeschreibungen und Kontaktdaten enthalten. Informationsblätter und Preislisten dienen dazu, das Angebot der Service- und individuellen Gesundheitsleistungen aufzuzeigen. Zusätzlich sind in Wartebereichen und Gängen des öfteren Plakate, Aufsteller und Poster angebracht. Solche Instrumente dienen einer besonderen Mitteilung über bestimmte Leistungen, Abläufe, notwendige Informationen oder Vorgehensweisen.²³⁴ Weiterhin organisieren Kliniken auch Fachvorträge, Symposien und Veranstaltungen für die Anspruchsgruppen. Durch solche Events ist es möglich Zielgruppengerecht auf das jeweilige Publikum zuzugehen, z.B. Patienten, Einweiser, Ärzte und sie dadurch von der Kompetenz der Klinik zu überzeugen.²³⁵ Die genannten Möglichkeiten sind den meisten Leuten bereits nicht nur aus der Klinik bekannt, sondern auch aus anderen Gesundheitseinrichtungen.

²²⁹ Vgl. Papenhoff, Mike; Schmitz, Frank (2013): *BWL für Mediziner im Krankenhaus. Zusammenhänge verstehen – Erfolgreich argumentieren*, 2. Auflage, Berlin Heidelberg, S. 107.

²³⁰ Vgl. Ebd. S. 107ff.

²³¹ Vgl. Ebd. S. 107ff.

²³² Vgl. Ebd. S. 107ff.

²³³ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 94.

²³⁴ Vgl. a.a.O. S. 30.

²³⁵ Vgl. Ebd. S. 30.

Im Folgenden sollen Instrumente die ein hohes Potenzial aufweisen, als auch Instrumente die in der Zukunft als relevant erscheinen, näher erläutert werden. Dabei liegt der Fokus auf der Klinikzeitschrift, Beiträgen im Fernsehen, der Verwendung von Videos und dem Online Marketing.²³⁶ Das traditionelle Format der Klinikzeitung findet sowohl eine hausinterne, als auch eine hausederne Verwendung.²³⁷ So eine entsprechende Zeitschrift ist meist entweder im Wartezimmer oder an speziellen Orten der Klinik zu finden. Es ist jedoch auch möglich das Blatt an Arztpraxen und Netzwerkpartner zu versenden. Im Sinne des Zeitalters sind auch online Versionen auf der Website verfügbar. Dementsprechend kann der Wirkungskreis einer solchen Maßnahme deutlich erhöht werden. Ein weiterer Aspekt ist die Festlegung der Inhalte, sodass sowohl Mitarbeiter, als auch Ärzte und Patienten, je nach Zielgruppe, die Zeitung als spannend empfinden. Die Artikel sind frei gestaltbar, von regionalen brisanten Themen, bis hin zu Beiträgen in den Bereichen Kultur und Wissen ist alles möglich.²³⁸ Die einzige Empfehlung dabei ist, dass sich die Zeitschrift von den üblichen Wartezimmer Lifestyle Magazinen abhebt, um einen qualitativ hochwertigen und kompetenten Eindruck beim Leser zu hinterlassen. Zusätzlich ist festzulegen in welchen Zeiträumen das Magazin erscheint, um durch eine Regelmäßigkeit eine geordnete Struktur zu erzeugen. Dass eine solche Klinikzeitschrift sehr erfolgreich sein kann zeigt, die Chemnitzer Klinikzeitschrift „Klinoskop“, die für den Health Media Award nominiert wurde und die Leipziger Uniklinik, die mit ihrem Patientenmagazin den Deutschen PR Preis entgegen nehmen durfte.²³⁹ Das nächste Gebiet umfasst das Fernsehen und Image Videos. Im Bereich TV sind vor allem regionale Fernsehsender geeignet, die Thematiken im Bereich Gesundheit aufgreifen. In diesem Zuge werden dazu häufig Experten eingeladen, die das jeweilige Themengebiet mit ihrem Fachwissen erklären und Problematiken vermitteln können (z.B. Diskussionen über Impfungen).²⁴⁰ Der Vorteil besteht einerseits darin, dass der Bekanntheitsgrad durch die erreichten Einschaltquoten steigt, andererseits sind diese Beiträge im Normalfall kostenfrei.²⁴¹ Ein weiterer Bereich der audiovisuellen Marketinginstrumente besteht aus den Image Videos. Dabei kann dieses Medium entweder nur für die eigene Klinikwebseite genutzt werden, aber auch eine Veröffentlichung auf der Internet Plattform YouTube ist möglich. Das Ziel dieser Videos besteht darin, Informationen über die Klinik oder den Fachbereichen an die Patientenzielgruppen zu vermitteln.²⁴² Die Rehabilitationsklinik in Kreischa erreichte mit einem allgemeinen Klinikvideo, das im Jahr 2011 auf

²³⁶ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 345.

²³⁷ Vgl. Ebd. S. 345.

²³⁸ Vgl. Ebd. S. 345.

²³⁹ Vgl. Ebd. S. 345.

²⁴⁰ Vgl. Ebd. S. 345.

²⁴¹ Vgl. Ebd. S. 345.

²⁴² Vgl. a.a.O. S. 346.

YouTube gestellt wurde, bisher rund 57.000 Zuschauer.²⁴³ Im Jahr 2010 lud die Universitätsklinik Leipzig das Video „Universitätsmedizin Leipzig - Unser Baby kommt“ hoch, damit konnte die Klinik rund 225.000 Zugriffe generieren.²⁴⁴ Der nachfolgende Bereich umfasst das Online Marketing. Dabei finden die Klinik Webseiten, die Nutzung mobiler Endgeräte und die Verwendung von Social Media Plattformen, eine Berücksichtigung. Bei der Gestaltung der Klinik Webseiten ist es äußerst bedeutsam, Rubriken für die einzelnen Zielgruppen zu erstellen, d.h. ein separates Navigationsmenü für Besucher, Patienten, Einweiser und Lieferanten. Auch sind ein übersichtlicher Aufbau und eine klare Struktur essentiell, um eine leichte Erreichbarkeit der Informationen zu gewährleisten. Des Weiteren müssen die Inhalte der Webseite verständlich auf jede Zielgruppe angepasst werden.²⁴⁵ Für eine Beurteilung hinsichtlich der Patientenfreundlichkeit einer Klinik Webseite, existiert ein bundesweiter Wettbewerb. Im Jahr 2015 nahmen dort 223 Kliniken teil, der Gewinner war die Nürnberger Klinik Hallerwiese.²⁴⁶ Ein weiterer Faktor beinhaltet eine Kompatibilität der Webseiten zur Nutzung mobiler Endgeräte. Dabei bedürfen die Webseiten einer zusätzlichen Optimierung, damit auch per Smartphone die Seite abgerufen und der Nutzer auf alle notwendigen Informationen zugreifen kann. Auch die Entwicklung von Applications (APP`s) die mithilfe mobiler Geräte genutzt werden können, stellt einen zukünftigen Trend dar und ist weiter ausbaufähig.²⁴⁷ Bisher fungieren als Vorreiter in diesem Bereich die Techniker Krankenkasse und die Krankenhausgesellschaft auf Bundesebene, die eine App entwickelten die dazu dient, die nächstgelegenen Kliniken und die zugehörigen Fachbereiche geografisch anzuzeigen.²⁴⁸ ²⁴⁹ Die Social Media Plattformen, wie Twitter und Facebook, zeigen ein hohes Potenzial auf, um vor allem die jüngere Zielgruppe zu erreichen. Dabei kann die Nutzung von Plattformen eine Vielzahl an Vorteilen mit sich bringen.²⁵⁰ Die Möglichkeiten bestehen aus dem Veröffentlichen von Gesundheitsbeiträgen, News aus der Klinik, Imagevideos, Patienteninformationen und auch das Anlegen von Bildergalerien. Wichtig sind hierbei ein organisiertes Vorgehen und eine regelmäßige Pflege der Beiträge. Zusätzlich kann dort zu den Zielgruppen direkter Kontakt durch die Kommentare aufgenommen

²⁴³ Vgl. Klinik Kreischa (2011): Klinik Bavaria Kreischa.

https://www.youtube.com/watch?v=6IP_a2yDC5s&feature=channel&list=UL (01.05.2017).

²⁴⁴ Universitätsklinik Leipzig (2010): Universitätsmedizin Leipzig - Unser Baby kommt. https://www.youtube.com/watch?v=EnlhZ_t49IM&t=22s (01.05.2017).

²⁴⁵ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 346.

²⁴⁶ Vgl. Novartis (2015): „Deutschlands Beste Klinik Website“ zum 13. Mal ausgezeichnet: Die Homepage Nürnberger Klinik Hallerwiese überzeugt durch ihre patientenfreundliche Gestaltung. <https://www.novartis.de/news/media-releases/%E2%80%9Edeutschlands-beste-klinik-website%E2%80%9C-zum-13-mal-ausgezeichnet-die-homepage> (01.05.2017).

²⁴⁷ Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 347.

²⁴⁸ Vgl. TK (2010): TK-Klinikführer. <https://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/klinikfuehrer-als-app/269502> (02.05.2017).

²⁴⁹ Vgl. DKTIG (2012): Die schnellste Verbindung zum nächsten Krankenhaus – von jedem Ort in Deutschland. http://www.dkgev.de/media/file/11783.2012-06-27_PM-DKTIG-Deutsches-Krankenhausverzeichnis_mobile-Version.pdf (02.05.2017).

²⁵⁰ Vgl. Vgl. Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert, 2012, S. 348.

werden, dabei ist eine umgehende Reaktion darauf unerlässlich.²⁵¹ Die Krankenhäuser haben in diesem Bereich noch Aufholbedarf. Als Musterbeispiel dient hier das Kantonsspital Winterthur in der Schweiz, die nicht nur eine Vielzahl an Beiträgen aufweisen, sondern auch eine hohe Resonanz der Beiträge verzeichnen können.²⁵² Insgesamt ist hinzuzufügen, dass bei allen Maßnahmen die Grundlagen der Gesetzgebung eine Beachtung finden müssen (Kap. 3.2).

4.4 Erfolgskontrolle

Dieses Kapitel befasst sich mit der Ergebniskontrolle eingeleiteter und durchgeführter Maßnahmen. Es ist essentiell, Entscheidungen und Maßnahmen zu hinterfragen, um eine positive Entwicklung zu gewährleisten, aber auch notfalls ausgleichende Schritte einleiten zu können.

4.4.1 PDCA- Zyklus

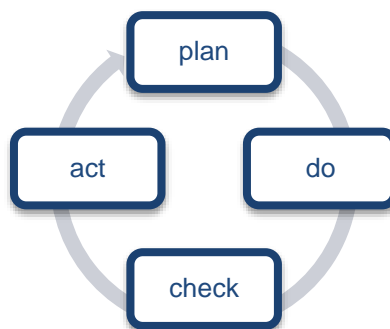


Abbildung 9: Darstellung des PDCA-Zyklus in Anlehnung an Deming, William, 1986, S. 88.

So unterliegt jeglicher Marketingprozess, unabhängig der Priorisierung, dem PDCA-Zyklus.²⁵³ Dieser Zyklus bestimmt die Reihenfolge gewisser Handlungsabläufe. Demnach findet zuerst stets eine Planung (plan) statt, danach folgt die Handlung (do), anschließend wird die Handlung überprüft (check) und finalisiert erfolgen entsprechende Anpassungsmaßnahmen (act), die bei unbeabsichtigten Abweichungen vorgenommen

²⁵¹ Vgl. Ebd. S. 348.

²⁵² Kantonsspital Winterthur (2015): o.A.. <https://www.facebook.com/ksw.kantonsspital.winterthur/?fref=ts> (02.05.2017).

²⁵³ Vgl. Deming, William (1986): Out of the Crisis. 2. Auflage, Cambridge, S. 88.

werden können.²⁵⁴ Allerdings ist dieses Modell nur begrenzt für eine Evaluation einzusetzen, da es beeinflussende zukünftige Faktoren vollkommen außer Acht lässt. Es dient vielmehr einer partiellen Überprüfung der gegenwärtigen Umsetzungen.²⁵⁵

4.4.2 PIMS- Modell

Das PIMS-Modell (Profit Impact of Market Strategies) dient in der Marktwirtschaft der Erfolgsermittlung von Unternehmen oder auch Geschäftseinheiten.²⁵⁶ Genauer betrachtet, bewertet das Modell den Erfolg gewählter Marketing- bzw. Positionierungsstrategien. Die Analyse beinhaltet 500 Einzelinformationen, die in Datenbanken hinterlegt werden. Anschließend erfolgt eine Kategorisierung in 200 Teilbereiche, die wiederum eine Zuordnung in vier Kernbereiche ermöglicht.²⁵⁷ Diese Schlüsseldeterminanten sind eingeteilt in: Marktstruktur, Wettbewerbsposition, Strategien und Maßnahmen, sowie Erfolgsgrößen.²⁵⁸ Das Konzept der regelmäßigen Kennzahlen Beurteilung und der damit verbundenen Erfolgsbewertung ist auch für das Krankenhaussegment von hoher Bedeutung. Allerdings findet das PIMS-Modell bisher überwiegend in der traditionellen Marktwirtschaft Verwendung und die dementsprechenden Kernfelder entsprechen nicht direkt denen des Krankenhauses.²⁵⁹ Aus diesem Grund müssen die Kernbereiche dem Krankenhaussektor angepasst werden, um somit aussagekräftige Ergebnisse einer implementierten Marketingstrategie zu erhalten.²⁶⁰

In den ersten Kernbereich fällt die Leistungserstellung, dabei sind die Controlling Kennzahlen eines Hauses zweckdienlich. Diese Analysekenzahlen beinhalten beispielsweise: „Bettenauslastung, Fallzahlen, Auslastung der OP-Räume, medizintechnische Geräteauslastung, Produktivität etc.“.²⁶¹ Vergleichszahlen der Wettbewerber können mithilfe der veröffentlichten Qualitäts- und Geschäftsberichte erhoben werden. Der nächste Kernbereich umfasst das Umfeld. Dabei sind sowohl der Krankenhausmarkt, sowie die Entwicklungen bzw. Änderungen des Gesundheitswesens ausschlaggebend. Dieses

²⁵⁴ Vgl. Weigert, Johann (2008): Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement: Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 2.Auflage, Hannover, S. 60.

²⁵⁵ Vgl. Zerres, Christopher (2017): Handbuch Marketing-Controlling: Grundlagen – Methoden – Umsetzung. 4. Auflage, Berlin, S. 506.

²⁵⁶ Vgl. Meffert, Heribert (1994): Marktorientierte Unternehmensführung im Umbruch – Entwicklungsperspektiven des Marketing in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart, S. 58.

²⁵⁷ Vgl. Ebd. S.58.

²⁵⁸ Vgl. Ebd. S. 58.

²⁵⁹ Vgl. Buzzell, Robert; Gale, Bradley (1989): Das PIMS-Programm: Strategien und Unternehmenserfolg. Wiesbaden, S. 93.

²⁶⁰ Vgl. Frodl, Andreas, 2011, S. 89.

²⁶¹ Vgl. Ebd. S. 89.

Segment beschäftigt sich daher mit den Vergütungsentwicklungen und den Entwicklungen im Bereich Qualität, Größe und Trends des Gesundheitsmarktes.²⁶² Der dritte Bereich beinhaltet die Wettbewerbsposition. Darunter versteht sich ein Wettbewerbs Benchmarking mit dem größten Konkurrenten. So sollen hierbei nicht nur die Marktanteile und Marktposition verglichen werden, sondern auch die Personalqualifikation und die Qualität der Patientenversorgung.²⁶³ Der letzte Kernbereich beschreibt die „Intensität der Patientenorientierung“.²⁶⁴ Dabei erfolgt eine Summierung, unterschiedlicher Aufwendungen. Darunter sind Investitionen medizintechnischer Geräte, Fortbildungen, Marketingaspekte und Patientenbeschwerden einzuordnen. Diese Summe wird anschließend ins Verhältnis zum Umsatz des Krankenhauses gesetzt.²⁶⁵

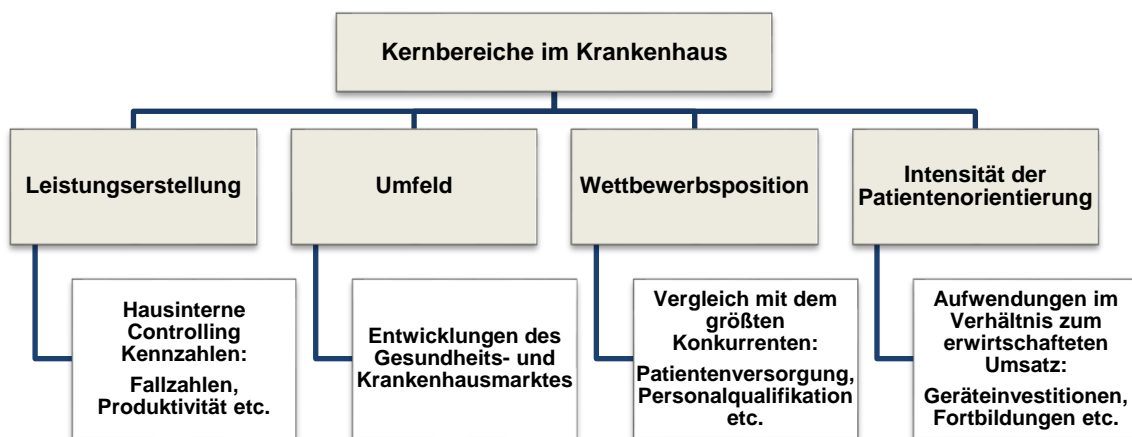


Abbildung 10: Darstellung des PIMS-Modells in Anlehnung an Frodl, Andreas, 2011, S. 89.

Durch eine regelmäßige Erhebung der genannten Daten, können umgesetzte Marketingstrategien einer Bewertung unterzogen werden. Um somit zu beurteilen, ob gewünschte Ziele erreicht wurden oder gar Anpassungen vorgenommen werden müssen.²⁶⁶ Das PIMS-Modell war ursprünglich ein firmeninternes Projekt von General Electric. Im weiteren Verlauf entwickelte es sich zu einem Firmen übergreifenden, sogar Branchen übergreifenden Analysetool, das den Unternehmen ermöglicht, weitgreifende Vergleiche zu ziehen.²⁶⁷ So wäre es zu überlegen, dieses Modell im gesamten Krankenhausmarkt zu implementieren, um damit weitreichendere Ergebnisse zu erlangen.

5 Marketingverwendung in der Realität

²⁶² Vgl. Ebd. S. 89.

²⁶³ Vgl. Ebd. S. 89.

²⁶⁴ Vgl. a.a.O. S. 90.

²⁶⁵ Vgl. Frodl, 2011: 90

²⁶⁶ Vgl. Stoffers, Christian, 2016, S. 46.

²⁶⁷ Vgl. Meffert, Heribert, 1994, S. 57.

Nachdem nun die Aspekte des Marketings verdeutlicht wurden, soll nun mithilfe von Studien die Verwendung von Marketingaspekten in deutschen Krankenhäusern aufgezeigt werden. Dabei soll ein allgemeines Marketing Verständnis, der Stellenwert des Marketings, sowie eine praktische Beurteilung eines Marketinginstrumentes einen tieferen Einblick in die Thematik geben. Um diese Informationen strukturiert darzustellen, werden die unterschiedlichen Erhebungen entsprechend ihren Ergebnissen gegliedert. Studie 1 befasst sich mit allgemeinen Aussagen bezüglich dem Verständnis und der bisherigen Implementierung von Marketingaspekten. Studie 2 verdeutlicht ebenfalls diese Thematik. Jedoch betrachtet diese Untersuchung die einzelnen Marketingbereiche noch detaillierter als Studie 1. Die dritte Studie geht explizit auf eine Betrachtung eines Marketinginstrumentes ein. Dabei werden im Sinne des Content Marketings, die Klinik Webseiten einer genauen Analyse unterzogen.

Studie 1 beinhaltet eine Untersuchung der Universitätskliniken in Deutschland, dies entspricht 32 Kliniken an 38 Standorten.²⁶⁸ Das Vorgehen der Erhebung erfolgte nach einem Verfahren in zwei Schritten. Im ersten Schritt fand eine Analyse der Webseiten statt, ob diese Seiten Informationen im Bereich Marketing aufzeigen. Alle Krankenhäuser können eine Webseite vorweisen. Dabei waren bei 64 % unter dem Suchwort „Marketing“ Informationen zu finden. In 7 Kliniken war auf der Seite die Angabe einer Marketingabteilung vorhanden. Der zweite Schritt umfasste eine postalische Zusendung eines Fragebogens. Es nahmen jedoch nur 9 Kliniken an der Umfrage teil, das entspricht einem Anteil von circa 30 %. Die erste Frage beinhaltete die Zielsetzung von Marketing. Dabei können sich die Ziele auf einen strategischen Marketingansatz, als auch auf einen rein funktionalen Marketingansatz (Werbemittel) beziehen. Die Antworten waren sehr unterschiedlich angeordnet. Daraus wird ersichtlich, dass bisher keine allgemeine Übereinstimmung, bezüglich der Bedeutung und Funktionsweise von Marketingaspekten, herrscht. Diese Schlussfolgerung wird auch bei der Befragung der Klinikleitung deutlich. Nach der Fragestellung über die Wichtigkeit des Marketings, gaben 2 Kliniken sehr wichtig, 2 Kliniken wichtig, 1 Klinik weniger wichtig an. 4 Kliniken beantworteten die Frage nicht. Im weiteren Verlauf wurden die Teilnehmer auch nach Änderungswünschen ihres bestehenden Marketingkonzeptes befragt. So ließen die Befragten dem Marketingbereich eine zunehmende Bedeutung zukommen. Dabei fielen die Angaben auf die Entwicklung einer Strategie, einer Ressourcen Erhöhung und einer professionelleren Gestaltung des Marketingkonzeptes.²⁶⁹ Weiterhin sollten die Marketingaufgaben priorisiert werden, den ersten Platz erlangte die Aktualität der Informationen, gefolgt von der Ärztesprache und der PR-Arbeit. Die Nutzung neuer Medien erzielte den letzten Platz,

²⁶⁸ Vgl. Thielscher, Christian (2012): Krankenhausmarketing an Unikliniken- eine empirische Untersuchung. In: Thieme, Jg. 17, Nr. 5 (2012), S. 246-250, DOI: 10.1055/s-0032-1312744.

²⁶⁹ Vgl. a.a.O. S. 248ff.

folglich unterliegt dieser Aspekt einer Vernachlässigung. In der Organisation des Marketings beschäftigen 6 Kliniken, Mitarbeiter in diesem Tätigkeitsfeld und 3 Kliniken haben keine Mitarbeiter im Bereich Marketing. Eine weitere Frage beinhaltet das Marketingbudget, dabei gaben nur 3 Kliniken eine Antwort. Dabei beläuft sich das Budget auf 50.000 €, 100.000 € und 0,1 % vom Umsatz.²⁷⁰ So ist zusammenzufassen, dass die Kliniken dem Thema Marketing eine sehr unterschiedliche Gewichtung zukommen lassen. Jedoch waren die Teilnehmer einer einheitlichen Meinung, dass bei dem bestehenden hausinternen Marketingkonzept, Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. In der Beantwortung der Fragbögen war außerdem ersichtlich, dass ein gewisses Unterscheidungsproblem zwischen den Bereichen Public Relations und Marketing in den deutschen Universitätskliniken existiert.

Die zweite Studie fand durch ein Institut im Bereich Dialogmarketing statt. Die Erhebung beinhaltete eine telefonische Befragung von 156 Akutkrankenhäusern in Deutschland. Der erste Bereich der Befragung betraf die Organisation des Marketings.²⁷¹ Dabei gaben die Kliniken an, dass 16 % eine eigene Marketing Abteilung vorweisen können, 54 % erledigen die Marketing Aufgaben über die Geschäftsführung. Weiterhin wurden Informationen zu den Marketing Mitarbeitern abgefragt. Bei 31 % der Häuser ist keine Vollzeitkraft und bei 54 % auch keine Teilzeitarbeitkraft eingestellt. Die Position der Marketing Mitarbeiter ist zu 37 % in der Öffentlichkeitsarbeit angesiedelt und nur 19 % sind dem Marketing direkt zuzuordnen. Zusätzlich haben 47 % der Marketing Mitarbeiter keine spezifische Ausbildung im Marketing. In der Bewertung der Marketingziele erlangten die Patientenzufriedenheit, die Imagepflege und der Steigerung des Bekanntheitsgrades, die höchsten Platzierungen. Die geringste Bedeutung wurde der Steigerung und Sicherung des Marktanteils zugewiesen. Auch die Zielgruppen unterlagen einem solchen Ranking. In diesem Bereich galten die regionalen Einweiser und Patienten, sowie die Öffentlichkeit als der wichtigste Faktor. Der Kapitalmarkt bildete in dieser Thematik das Schlusslicht, mit der schlechtesten Bewertung. Im Bereich der Marketingmaßnahmen wies die Pflege der Beziehung zu den Einweisern den höchsten Stellenwert auf. Auf Platz 2 stand die Gewinnung neuer Patienten. Damit ist eine leichte Diskrepanz zu den Marketingzielen erkennbar. Während die höchste Priorität der Marketingziele auf der Patientenzufriedenheit lag, richten sich die Maßnahmen jedoch nach den Einweisern. Liegt der Fokus auf der Medienwahl der Krankenhäuser, so hat der Internetauftritt den bedeutendsten Stellenwert, gefolgt von der Öffentlichkeitsarbeit und den Image Broschüren. Dagegen werden unadressierte Werbebriefe kaum genutzt. In der Finanzierung der Marketingaspekte stehen nur 30 % der Häuser ein ausgewiesenes Marketingbudget

²⁷⁰ Vgl. Ebd. S. 248ff.

²⁷¹ Vgl. Siegfried Vögele Institut (2008): Krankenhaus Marketing Index. Status Quo und Tendenzen im Marketing deutscher Akut-Krankenhäuser, Königstein, S. 6ff.

zur Verfügung. Innerhalb dieser 30 % erhalten 47 % weniger als 50.000 €, 21 % verzeichnen ein Budget von 50.000 € bis 250.000 € und 13 % liegen über dem Budget von 250.000 €. ²⁷² Außerdem enthielt die Erhebung die Frage nach Einschränkungen im Krankenhausmarketing. Dabei erhielt die größte Gewichtung die finanzielle Situation bzw. ein zu geringes Budget. Die nächste Nennung beinhaltete die Einschränkung durch rechtliche Rahmenbedingungen. Auf dem dritten Platz waren die sonstigen Gründe, dazu zählen Faktoren der Ethik, Konkurrenz zu Einweisern und vorgeschriebene Versorgungsgebiete nach dem Bedarfsplan. In der Kontrolle der Marketingaktivitäten ergab die Auswertung, dass 59 % der Kliniken keine Erfolgsmessung ihrer Marketingaktivitäten durchführen. Im Falle einer Erfolgsmessung findet dies zu meist durch Patienten und Einweiser Befragungen statt. Hinsichtlich der zukünftigen Entwicklungen des Marketings, sind 76 % der Häuser der Meinung, dass ihre Marketingaktivitäten ansteigen werden. Die Entwicklung einer Marketing Strategie erlangt in der Gewichtung der Kliniken den wichtigsten Stellenwert. ²⁷³ Zusammenfassend ist zu dieser Studie zuzusagen, dass die Notwendigkeit von Marketing in den Krankenhäusern erkannt wurde, aber dieser Thematik noch ein deutliches Entwicklungspotenzial zu Grunde liegt. Auch ist ersichtlich, dass durch existierende Einschränkungen und organisatorischen Schwierigkeiten in den Bereichen des Personals, des Budgets und der rechtlichen Rahmenbedingungen, die Implementierung einer Marketing Strategie von Vorteil wäre.

Die dritte Studie nimmt Bezug auf die Gestaltung des Online Marketings. Der Fokus liegt auf der inhaltlichen Strukturierung (Content Marketing) der eingesetzten Maßnahmen. ²⁷⁴ Die Auswahl dieser Studie ist begründet durch die sehr hohe Verwendung des Internet Mediums und der zukünftigen Entwicklungsprognosen, die dieser Thematik eine steigende Bedeutung zukommen lassen. Dabei umfasste die Erhebung eine Grundgesamtheit aller deutschen Kliniken, folglich 1960 Häuser. Aus dieser Gesamtheit, wurden mittels Zufallsauswahl, 60 Krankenhäuser ausgewählt. Die Vorgehensweise beinhaltete eine inhaltliche Analyse der Internetauftritte von den Kliniken. Im speziellen folgte die Erhebung drei Leitfragen, die nachfolgend aufgegriffen werden. Die erste Leitfrage behandelt die inhaltliche Gestaltung der Webseiten, dabei sind die Informationen der Webseite und die Aktualität ausschlaggebend. Die Untersuchung ergab, dass die Webseiten überwiegend nur aus statischen Informationen bestehen. Die statischen Inhalte beziehen sich dabei zum einen auf Flyer und Broschüren, diese verwenden 83 % der Häuser. Zum anderen werden von 73 % der Kliniken vorgefertigte Checklisten angeboten. Eine digitale Version einer Patientenzeitschrift stellt nur ein Drittel der Häuser online, dies könnte durch den wiederkehrenden Aufwand zu begründen sein. Interaktive Werkzeuge,

²⁷² Vgl. a.a.O. S. 12ff.

²⁷³ Vgl. Ebd. S. 12ff.

²⁷⁴ Vgl. Gschossmann, Stephan; Raab, Andrea, 2017, S. 117ff.

wie z.B. BMI-Rechner, beinhalten 28 % der Webseiten. Tools bei dem es dem Nutzer ermöglicht wird, mit der Klinik in Kontakt zu treten, sind quantitativ noch geringer einzuordnen. Eine Seite für Patientenfragen existiert demnach nur bei 18 %, Umfragen auf der Webseite und eine Online Anmeldung für den Krankenhausaufenthalt sind bei 7 % der Kliniken vorhanden. Bei der Aktualität der Informationen ergab die Erhebung, dass 45 % der Kliniken einen Newsfeed auf der Startseite verwenden. Beiträge zu Gesundheitsthemen weisen zwar ein hohes Wirkungspotenzial auf, werden jedoch nur von 8 % der Häuser erstellt.²⁷⁵ Die zweite Leitfrage betrifft die Reichweitensteigerung der Inhalte. Dies bezieht sich nicht nur auf Verlinkungen zu den sozialen Plattformen im Internet, sondern auch auf Kommentar und Reaktionsmöglichkeiten. So verweisen lediglich 37 % der Klinikwebseiten auf ihren eigenen Auftritt im Sozialen Netzwerk. Die Option des Teilens und einer Weiterempfehlung seitens der Nutzer, wird im Bereich E-Mail nur von 15 % und im Bereich Soziales Netzwerk (Facebook) nur von 10 % angeboten. Eine Kommentarmöglichkeit bei Beiträgen oder eine Möglichkeit der Diskussion, wurde lediglich von einer der untersuchten Kliniken, auf der Webseite angeboten. Die dritte Leitfrage der Untersuchung bezog sich auf die zielgruppenspezifischen Inhalte. Dies betrifft eine Informationsanpassung an die zugehörige Zielgruppe. Dabei zeigten 75 % der Webseiten eine Filterung auf. Eine Unterscheidung zwischen Patient und Besucher existiert bei 70 %. Allerdings unterliegt das Einweiser Beziehungsmanagement einer gewissen Vernachlässigung, da nur bei 47 % der Seiten ein Ärzte Bereich ausgewiesen ist. Bei 5 Klinikwebseiten wird den Ärzten ein persönliches Zugangportal angeboten. Weiterhin enthalten die Seiten nur begrenzt Informationen für gesunde Menschen, da nur 8 % der Kliniken Beiträge zu Gesundheit und Prävention veröffentlichen. Erkrankte Menschen erhalten auf den Seiten zu 87 % Informationen über die Abteilungen und Verantwortlichen der Fachbereiche. Da viele Patienten nicht das nötige Fachwissen aufweisen, um entsprechende Bereiche zuordnen zu können, gibt es auch die Möglichkeit der Einteilung in Körperareale. Dies setzen jedoch nur 17 % der Kliniken auf ihrer Webseite um. Die Angehörigen der Patienten sind auf eine Angabe der Besuchszeiten angewiesen. Allerdings ist diese Angabe nur bei 40 Kliniken zu finden. Informationen zum Thema Nachsorge sind bei 37 % der Webseiten vorhanden.²⁷⁶ In der Allgemeinen Betrachtung der Studie liegt eine Problematik darin, dass die Webseiten meistens nur statische Informationen enthalten, daher besuchen die Nutzer meist nur einmalig die Seite. Eine weitere Auffälligkeit ist, dass ein Großteil der untersuchten Seiten, denselben Aufbau und die Verwendung ähnlicher Informationen enthalten. Im Sinne des Wettbewerbes ist dies kaum vorteilhaft. Auch die Interaktion zwischen den Zielgruppen und der Klinik werden

²⁷⁵ Vgl. a.a.O. S. 120ff.

²⁷⁶ Vgl. a.a.O. S. 121ff.

kaum gefördert. Daher weisen die Webseiten der Kliniken ein erhöhtes Verbesserungspotenzial auf.

6 Schlussbetrachtung

Dieses Kapitel umfasst die Bewertung der behandelten Thematik, Möglichkeiten und Grenzen des Gesundheitsmarketings im Krankenhaussegment. Darin fließt eine subjektive Meinung der Verfasserin mit ein. Um die Forschungsfrage, „Welche Entwicklungen machen eine Implementierung von Marketingkonzepten unumgänglich und existieren Einschränkungen bezüglich der Marketingaspekte im Krankenhaussektor? Wie können Gesundheitsmarketingansätze beziehungsweise Strategien in Krankenhäusern umgesetzt werden?“, in allen Teilaspekten nochmal gebührend zu beleuchten, soll die Betrachtung entsprechend der Kapitel erfolgen.

Das Kapitel des deutschen Gesundheitssystems zeigt sowohl die Besonderheiten, als auch einige Grenzen des Gesundheitsmarketings in der Klinikbranche auf. Fakt ist, dass sich der Sektor der medizinischen Dienstleistung einer privaten Marktwirtschaft annähert. Die Entwicklungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen sind sowohl mit Vorteilen als auch mit Nachteilen behaftet. Liegt die Betrachtung auf den Wettbewerbsfaktoren und der verbundenen Effizienzsteigerung bzw. einem sinkenden Ressourcenverbrauch, so wird ein durchaus positives Bild erzeugt und ist auch weiter zu verfolgen. Wechselt der Fokus dabei nun auf die rein finanzielle Determinante, ist zu erkennen, dass die Häuser vor allem im ländlichen Bereich durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen erhebliche Finanzierungsschwierigkeiten aufweisen und damit eine flächendeckende Versorgung gefährdet wird.

Im Bereich der Herausforderungen müssen sich die Kliniken zukünftig auf einschlägige Veränderungen einstellen. Dabei sind Faktoren der dauerhaft ansteigenden Qualitätsanforderungen oder der permanent sinkenden Verweildauer (ökonomischer Idealfall) natürlich auch zu berücksichtigen, doch ist dem Fachkräftemangel eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Sind erhebliche Defizite in der personellen Struktur der Klinik vorhanden, ist es kaum möglich die übrigen Herausforderungen zu stemmen. Eine akute Personalunterbesetzung ist mit einer Vielzahl von Konsequenzen verbunden. Die ausschlaggebendsten dabei sind Überstunden, weiter ansteigende Ausfallzeiten, Personalüberlastungen und resultierende Kündigungen. In der Folge können sich daraus Qualitätsmängel, Leerlaufzeiten oder auch eine Patienten Unzufriedenheit ergeben. Bereits gegenwärtig kompensieren die Häuser ihren Mangel mit personellen Umstrukturierungsmaßnahmen und einem erhöhten Bedarf von Zeitarbeitskräften. Diese Maßnahmen sorgen dafür, dass die Patienten, trotz Defiziten, entsprechend versorgt und betreut werden können. Doch wie an der Studie in Kapitel 2.3 erkennbar, wird sich die Personalsituation

zunehmend verschärfen. Es sind jedoch auch gerade diese Faktoren, die ein Marketingkonzept im Krankenhaus erst erforderlich machen. Es geht dabei darum, bestehende Marketingaspekte aus der privaten Marktwirtschaft zu nutzen, um durch geeignete Strukturen den Problemfeldern entgegenzuwirken und geeignete Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Die Kunst besteht darin, die herrschenden Einschränkungen des regulierten Gesundheitsmarktes zu erkennen und entsprechende Anpassungen der Marketinggrundlagen vorzunehmen.

Die medizinische Dienstleistung nimmt einen besonderen Stellenwert ein. Da es um die Gesundheit des Menschen geht, ist es unabdingbar moralische Grundsätze in der Entwicklung einer Marketingstrategie zu berücksichtigen. Folglich ist es notwendig eine deutliche Abgrenzung zu dem kommerziellen Marketing zu schaffen. Diese Dienstleistungsform setzt das Vertrauen des Patienten voraus und darf durch marktschreierische Maßnahmen oder Irreführender Werbung keinesfalls verletzt werden. Es ist die Entwicklung der Gesellschaft die dazu führt, dass die Patienten sowohl mündiger, als auch informierter den Ärzten und Gesundheitseinrichtungen gegenüber treten. Aus diesem Grund ist eine vermehrte Informationsweitergabe an die Patienten eine durchweg positive Entwicklung. Schließlich werden dadurch für die Patienten neue Entscheidungsfreiräume geschaffen. Die medizinische Betreuung eines Patienten greift in die Privatsphäre eines Menschen ein. Zwischen Fachpersonal und Patient herrscht eine Informationsasymmetrie. Dies verursacht, dass die Patienten den Verlauf einer Behandlung nicht rational bewerten können. Salopp formuliert fühlt sich der Patient in einer Klinik ausgeliefert. Alleine durch das Vertrauen kann er in dieser Situation ein Wohlbefinden erlangen, dass ausschließlich durch ein kompetentes Erscheinungsbild, transparente Qualitätsfaktoren und der Freundlichkeit des Personals erzeugt werden kann. In diesem Sinn kann eine schlüssige Marketingstrategie dazu dienen, dem Patienten dieses Gefühl des Wohlbefindens zu vermitteln bzw. zu bestärken. Es ist dabei vor allem in der Kommunikation darauf zu achten, dass eine niveauvolle Ebene gewahrt und ein vertrauenswürdiges, glaubhaftes, kompetentes Erscheinungsbild an die Patienten weitergetragen wird.

Abgesehen von den Grenzen die in der Entwicklung eines Marketingkonzeptes zu beachten sind, verlangen die dauerhaft steigenden Anforderungen eine Implementierung einer Marketingstrategie. Aus diesem Grund befasste sich diese Arbeit mit einem möglichen Marketingansatz der in alle seinen Facetten näher erläutert wurde. Im Allgemeinen dient eine Marketingstrategie dazu, anfallende Aktivitäten und Handlungen einer Klinik geordnet und strukturiert umzusetzen. Einen Großteil dieser Aufgaben führt die Geschäftsleitung im Rahmen ihrer bisherigen Geschäftstätigkeit bereits durch. Nur ist in dieser Unternehmensstrategie ein genauer Plan dafür vorhanden, um keine Aspekte in Vergessenheit geraten zu lassen. Vermehrte Beachtung finden hingegen auch Bereiche die in der Vergangenheit meist nicht so ausführlich behandelt wurden. Dabei sind Faktoren, wie die ausführliche Analyse des Marktes, eine Bedürfnisanalyse der Zielgruppen,

ein Ziel- und Strategiesystem, sowie die Sicherung strategischer Wettbewerbsvorteile, eine geeignete Instrumentenwahl und eine Erfolgskontrolle von hoher Bedeutung. Dementsprechend kann eine Unternehmensstrategie vielmehr als systematisches Vorgehen zu einer erfolgreichen Etablierung am Markt gesehen werden. Natürlich bedarf es einem erhöhten Aufwand ein solches System zu implementieren. Doch die Vorteile einer funktionierenden Marketingstrategie überwiegen bei Weitem. Da es der Klinik dadurch ermöglicht wird, alle Bereiche und Geschäftseinheiten mithilfe gemeinsamer Ziele zu vereinen und sich mit der Klinikphilosophie und ihren Werten zu identifizieren. Außerdem erzeugt dies nicht nur ein professionelles Erscheinungsbild, sondern vermittelt auch Vertrauen und Sicherheit bei allen bestehenden Anspruchsgruppen. Allerdings ist bei der Entwicklung und Umsetzung der Marketingstrategie darauf zu achten, dass die moralischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Berücksichtigung finden. So ist es unabdingbar, das moralische Kredo in allen Bereichen zu integrieren. Dazu gehören beispielsweise die Klinikmission, das Zielleitbild und die Klinikkultur. Bei einer solchen Handlungsmaxime ist auch darauf zu achten, dass alle operativen Mittel dementsprechend ausgerichtet sind. Das Ziel der Kommunikationsmittel beinhaltet die potenziellen Zielgruppen treffsicher anzusprechen, aber die Klinik so zu repräsentieren, dass sie sich trotzdem von der Konkurrenz abhebt. In diesem Punkt entsteht eine Gratwanderung zwischen gesetzlicher Handlungsspielräume und der Sicherung strategischer Wettbewerbsvorteile.

Zusammenfassend ist eine Implementierung einer Marketingunternehmensstrategie vor den Hintergründen der veränderten Marktbedingungen beinahe unumgänglich. Da eine solche Strategie sich genau den Problematiken und Herausforderungen des Segmentes stellen kann. Sie könnte dazu dienen in den Thematiken des Wettbewerbes, der Finanzierungsproblematik, Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, sowie dem Fachkräftemangel geeignete Lösungswege aufzuzeigen und dem entgegenzuwirken. Sobald ein strukturiertes Grundgerüst erfolgreich integriert ist, kann auf sich ergebende Schwierigkeiten konstruktiver eingegangen werden. Bisher sind die viele Kliniken überwiegend damit beschäftigt, die Strukturen den Problematiken anzupassen und nicht zukunftsorientierte Lösungen zu ermitteln. Dabei werden meist aber nur temporäre und keine langfristigen Verbesserungen erzielt. Dies wird dann besonders deutlich, wenn die Häuser versuchen die finanzielle Problematik auszugleichen, indem sie Personalentlassungen vornehmen oder die Löhne auf ein Minimum herunter reduzieren, in Zeiten des generellen Personalmangels ein schwerwiegender Fehler. Als Beispiel kann hierbei die Schön Klinik in Berg am Starnberger See genannt werden, die letztes Jahr aufgrund finanzieller Schwierigkeiten und folgendem Personalmangel sogar drei Monate früher

als angekündigt schließen musste.²⁷⁷ Ein möglicher Grund dafür könnten die gesetzlichen Änderungen sein. In der Vergangenheit erhielten die Kliniken ausreichende finanzielle Mittel. Es war nicht unbedingt notwendig wirtschaftlich effizient zu agieren, oder anders formuliert strategisch nach den Marktgegebenheiten zu verfahren. So standen eher die medizinischen und abrechnungstechnischen Prozessen im Vordergrund. Eine Verallgemeinerung dieser Aussage kann nicht getroffen werden. Es ist jedoch bei einer Vielzahl der Kliniken zu erkennen, dass eine strategische Orientierung am Markt nur begrenzt stattfindet. Im Rahmen der verwendeten Studien konnte dieser Standpunkt untermauert werden. Besonders hervorzuheben ist dabei das begrenzte Fachwissen bezüglich der Bedeutung und der Möglichkeiten von Marketing. Auch ist ein wichtiger Punkt, dass Marketingfaktoren nur meist im Bereich der operativen Mittel eingesetzt werden und keiner ganzheitlichen Strategie folgen. Dabei ist zusätzlich in dem operativen Einsatz erhöhtes Verbesserungspotenzial zu verzeichnen, da die Inhalte größtenteils nur statische Informationen enthalten, die eine Interaktion mit der potenziellen Zielgruppe verhindern. Ein konkludentes Marketingkonzept kann nur dann implementiert werden, wenn alle Teilbereiche genügend Berücksichtigung finden. Ein positiver Faktor dabei ist jedoch, dass alle Teilnehmer die steigende Bedeutung von Marketing erkannt haben.

Abschließend ist zu sagen, dass sich bereits ein Wandel vollzieht. Erkennbar ist dies schon an der Begrifflichkeit der Klinik. So existiert zwar das Wort Krankenhaus noch im allgemeinen Sprachgebrauch, doch beinhaltet der Titel des Hauses, meist nun die euphemistischere Bezeichnung der Klinik. Damit die Institution nicht mit der negativ konnotierten Begrifflichkeit der Krankheit in Verbindung gebracht wird. In der Zukunft müssen sich die Kliniken vermehrt damit auseinandersetzen, eine unternehmensorientierte Marketingstrategie in ihrem Haus zu implementieren, um somit ein langfristig erfolgreiches Fortbestehen am Markt gewährleisten zu können.

²⁷⁷ Vgl. Bader, Sabine; Becker, Astrid (2016): Schön-Klinik ist schon dicht. In: Süddeutsche Zeitung vom 01.12.2016, <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/starnberg/berg-schoen-klinik-ist-schon-dicht-1.3273351> (15.05.2017).

Literaturverzeichnis

Literaturquellen:

Ansoff, Igor (1957): Strategies of Diversification. In: Harvard Business Review, Nr. 35 (1957), S. 113-124.

Bader, Sabine; Becker, Astrid (2016): Schön-Klinik ist schon dicht. In: Süddeutsche Zeitung vom 01.12.2016, <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/starnberg/berg-schoen-klinik-ist-schon-dicht-1.3273351> (15.05.2017).

Bartholdt, Benjamin (2015): Krankenhausmanagement. Abrechnung und Controlling. Betriebskosten – KHEntgG, München.

Birgmeier, Bernd (2011): Coachingwissen. 2. Auflage, Wiesbaden.

Blenk, Timo; Knötig, Nora; Wüstrich, Thomas (2016): Die Rolle des Wettbewerbes im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. In: Wiso Diskurs, Nr. 1 (2016), S. 1-30.

Blythe, Jim (2009): Key Concepts in Marketing. London.

Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis, 3. Auflage, Berlin Heidelberg.

Buzzell, Robert; Gale, Bradley (1989): Das PIMS-Programm: Strategien und Unternehmenserfolg. Wiesbaden.

Deming, William (1986): Out of the Crisis. 2. Auflage, Cambridge.

Frodl, Andreas (2011): Marketing im Gesundheitsbetrieb. Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen, Wiesbaden.

Gschossmann, Stephan; Raab, Andrea (2017): Content-Marketing als Strategie der Zukunft im Krankenhaus. In: Pfannstiel, Mario; Da Cruz, Patrick; Mehlich, Harald (2017): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Impulse für das Management, Wiesbaden, S. 107-127.

Haller, Sabine (2010): Dienstleistungsmanagement: Grundlagen-Konzepte-Instrumente. 4. Auflage, Wiesbaden.

Haseborg, Fokko (2009): Krankenhaus-Marketing. Vom Irgendwie zur Strategie, Hamburg.

Hoffmann, Stefan; Schwarz, Uta; Mai, Robert (2012): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden.

Homburg, Christian (2012): Marketingmanagement. Strategie-Instrumente-Unternehmensführung, 3. Auflage, Wiesbaden.

Knieps, Franz (2017): Gesundheitspolitik. Akteure, Aufgaben, Lösungen, Berlin.

Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter; Gröppel-Klein, Andrea (2009): Konsumentenverhalten. 9. Auflage, München.

Kurscheid, Clarissa; Beivers, Andreas (2014): Gesundheits- und Sozialpolitik. Health Care- und Krankenhausmanagement, Stuttgart.

McCarthy, Jerome (1960): Basic Marketing. A Managerial Approach, Illinois.

Meffert, Heribert (1994): Marktorientierte Unternehmensführung im Umbruch – Entwicklungsperspektiven des Marketings in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart.

Meffert, Heribert; Rohn, Friederike (2011): Healthcare Marketing - Eine kritische Reflexion. In: Marketing Review St. Gallen, Nr. 6 (2011), S. 8-14, DOI: 10.1007/s11621-011-0091-4.

Meffert, Heribert; Burmann, Christoph; Kirchgeorg, Manfred (2012): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte-Instrumente-Praxisbeispiele, 11. Auflage, Wiesbaden.

Meffert, Heribert; Burmann, Christoph; Kirchgeorg, Manfred (2015): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte-Instrumente-Praxisbeispiele, 12. Auflage, Wiesbaden.

Naisbitt, John (1986): Megatrends. 2. Auflage, München.

Papenhoff, Mike; Schmitz, Frank (2013): BWL für Mediziner im Krankenhaus. Zusammenhänge verstehen – Erfolgreich argumentieren, 2. Auflage, Berlin Heidelberg.

Porter, Michael (1992): Wettbewerbsstrategie. Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten, 7. Auflage, Frankfurt am Main.

Pricewaterhouse Coopers AG (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Darmstadt.

Roski, Reinhold (2009): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure-Audience. Segmentation-Anwendungsfelder, Wiesbaden.

Schuhmacher, Florian; Geschwill, Roland (2014): Employer Branding. Human Resources Management für die Unternehmensführung, 2. Auflage, Wiesbaden, S.

Shimp, Terence; Craig, Andrews (2013): Advertising Promotion and other Aspects of Integrated Marketing Communications. 9. Auflage, Mason.

Siegrfried Vögele Institut (2008): Krankenhaus Marketing Index. Status Quo und Tendenzen im Marketing deutscher Akut-Krankenhäuser, Königstein.

Stoffers, Christian (2016): Strategisches Krankenhausmarketing. Konzeption Entscheidung Kontrolle, Berlin.

Stoffers, Christian (2014): Toolbook Krankenhausmarketing. Berlin.

Thielscher, Christian (2012): Krankenhausmarketing an Unikliniken- eine empirische Untersuchung. In: Thieme, Jg. 17, Nr. 5 (2012), S. 246-250, DOI: 10.1055/s-0032-1312744.

Weigert, Johann (2008): Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement: Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 2.Auflage, Hannover.

Zerres, Christopher (2017): Handbuch Marketing-Controlling: Grundlagen – Methoden – Umsetzung. 4. Auflage, Berlin.

Internetquellen:

AOK-Bundesverband (2016): Verweildauer. http://aok-bv.de/lexikon/v/index_00087.html (05.04.2017).

Bens, Walter; Linder, Margaretha (o.A.): Selbstvermarktungsstrategie. <http://www.selbstvermarktungsstrategie.de/pdf/wennderwind.pdf> (29.03.2017).

Bundesärztekammer (2015): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, § 27 Abs. 3. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf (12.04.2017).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2004): Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) §1. https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/uwg_2004/gesamt.pdf (12.04.2017).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002): Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG). https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/___4.html (03.04.2017).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1965): Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz-HWG) § 3. <https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwerb/BJNR006049965.html> (12.04.2017).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1977): Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz-KVKG). <https://www.gesetze-im-internet.de/kvkg/BJNR010699977.html> (02.04.2017).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988): Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG). <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/grg/gesamt.pdf> (02.04.2017).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1991): Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG) § 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets. <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/BJNR010090972.html> (01.04.2017).

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (1988): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___137.html (05.04.2017).

Bundeszentrale für politische Bildung (2014): Bruttolohnbezogene Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176089/bruttolohnbezogene-Beitragsfinanzierung> (29.03.2017).

Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Gesundheitsreformen in Deutschland 1975 bis 2012 im Überblick. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72872/gesundheitsreformen-im-ueberblick> (02.04.2017).

Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Krankenhausplanung und –finanzierung. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72022/krankenhausplanung-und-finanzierung?p=all> (01.04.2017).

dejure.org Rechtsinformationssysteme GmbH (2016): § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. https://dejure.org/gesetze/SGB_V/137a.html (05.04.2017).

Deutsches Krankenhaus Institut (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. <https://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/projekte/investitionsfaehigkeit-der-deutschen-krankenhaeuser> (04.04.2017).

DKTIG (2012): Die schnellste Verbindung zum nächsten Krankenhaus–von jedem Ort in Deutschland. http://www.dkgev.de/media/file/11783.2012-06-27_PM-DKTIG-Deutsches-Krankenhausverzeichnis_mobile-Version.pdf (02.05.2017).

Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (2009): Strategische Zielplanung. Leitfaden für Krankenhäuser. https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/strategische_zielplanung_leitfaden_fuer_krankenhaeuser.pdf (16.04.2017).

InEK- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2016): Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 (FPV 2017). § 1 Abrechnung von Fallpauschalen. http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2017/Abrechnungsbestimmungen/FPV_2017 (05.04.2017).

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2015): Das deutsche Gesundheitssystem. Grundprinzipien des Versorgungssystems. <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-Gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co> (29.03.2017).

Kantonsspital Winterthur (2015): o.A.. <https://www.facebook.com/ksw.kantonsspital.winterthur/?fref=ts> (02.05.2017).

Klinik Kreischa (2011): Klinik Bavaria Kreischa. https://www.youtube.com/watch?v=6IP_a2yDC5s&feature=channel&list=UL (01.05.2017).

Krankenhaus Rating Report (2017): Krankenhaus Rating Report 2016. <http://krankenhausratingreport.de/> (04.04.2017).

Novartis (2015): „Deutschlands Beste Klinik Website“ zum 13. Mal ausgezeichnet: Die Homepage Nürnberger Klinik Hallerwiese überzeugt durch ihre patientenfreundliche Gestaltung. <https://www.novartis.de/news/media-releases/%E2%80%9Edeutschlands-beste-klinik-website%E2%80%9C-zum-13-mal-ausgezeichnet-die-homepage> (01.05.2017).

Schlüchtermann, Jörg (2010): Intensivkurs: Strategische Planung in der Gesundheitswirtschaft. https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb4/IHCl/bilder/mentoring-programm/Unterlagen_Schluechtermann_Juni2010.pdf (16.04.2017).

Springer Fachmedien (o.A.): Prinzipal-Agent-Theorie. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/924/prinzipal-agent-theorie-v9.html> (12.04.2017).

Springer Gabler Verlag (2017): Selbstverwaltung. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/selbstverwaltung.html> (29.03.2017).

Statistisches Bundesamt (2017): Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland in den Jahren 2004 bis 2016 (in Milliarden Euro). <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/552189/umfrage/bruttowertschoepfung-der-gesundheitswirtschaft-in-deutschland> (29.03.2017).

Statistisches Bundesamt (2017): Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2015. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/> (01.04.2017).

Statistisches Bundesamt (2017): Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1992 bis 2015 (in Tagen). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/> (05.04.2017).

Technische Universität Berlin (2013): Können G-DRGs den Ressourcenverbrauch eines Krankenhauses tatsächlich abbilden? Eine Evaluation anhand von zehn Krankheitsbildern. https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Berlin_2013.06.03.ag_Spreestadt_forum_DRG.pdf (05.04.2017).

TK (2010): TK-Klinikführer. <https://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/klinikfuehrer-als-app/269502> (02.05.2017).

Universitätsklinik Leipzig (2010): Universitätsmedizin Leipzig - Unser Baby kommt. https://www.youtube.com/watch?v=EnIhZ_t49IM&t=22s (01.05.2017).

Weltärzteverbund (1948): Deklaration von Genf. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf (12.04.2017).

Weltgesundheitsorganisation (1948): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (10.04.2017).

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Gilching, 02.06.2017

Katharina Fuchs