
BACHELORARBEIT

Herr
Fabian Leitmannstetter

**Relationship Marketing
in einer Akutklinik**

2017

BACHELORARBEIT

**Relationship Marketing in
einer Akutklinik**

Autor/in:
Herr Fabian Leitmannstetter

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM13wM1-B

Erstprüfer:
Herr Prof. Heinrich Wiedemann

Zweitprüfer:
Herr Alexander Schlaak

Einreichung:
München, 13.03.2017

BACHELOR THESIS

Relationship Marketing in a Clinic

author:

Mr. Fabian Leitmannstetter

course of studies:

Health Management

seminar group:

GM13wM1-B

first examiner:

Mr. Prof. Heinrich Wiedemann

second examiner:

Mr. Alexander Schlaak

submission:

Munich, 13.03.2017

Bibliografische Angaben

Leitmannstetter, Fabian:

Relationship Marketing in einer Akutklinik - Möglichkeiten und Grenzen der Patientengewinnung

Relationship Marketing in a Clinic – Opportunities and Limits in the Recovery of Patients

49 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2016/2017

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der strategischen Planung und Einführung eines Relationship Management in den Klinikalltag deutscher Krankenhäuser im Gesundheitssystem. Dabei wurde mittels einer empirischen Erhebung Patientenbedürfnisse sowie Stakeholder ermittelt, um die theoretischen Grundlagen des Relationship Marketing in einer Akutklinik zu überprüfen.

Die Ergebnisse der Befragung wurden daraufhin den theoretischen Grenzen des Marketings in Gesundheitsunternehmen gegenübergestellt.

Die Arbeit soll letztendlich herausstellen, welche Möglichkeiten das Marketing in Krankenhäuser heutzutage hat und welche Interessensgruppen dabei fokussiert werden sollten.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
2 Theoretisches Fundament	3
2.1 Die Grundprinzipien der sozialen Sicherung.....	3
2.2 Der Versorgungsmarkt	4
2.2.1 Charakteristika einer Akutklinik	6
2.2.2 Stakeholder einer Akutklinik	7
2.3 Marketing im Gesundheitswesen	10
2.3.1 Charakteristika Gesundheitsprodukt	11
2.3.2 Herausforderung des Gesundheitsmarketings	13
2.4 Relationship Marketing nach Bruhn – eine Option.....	15
2.4.1 Definition und Ziele des Relationship Marketings	16
2.4.2 Konzept des Relationship Marketing	17
2.4.3 Relationship Marketing in einer Akutklinik	19
3 Die Patientenbefragung als empirische Methode	25
4 Empirische Erhebung: Durchführung der Patientenbefragung mittels Fragebogen in einer Akutklinik der Grund- und Regelversorgung	27
4.1 Das Projektunternehmen und die Zielsetzung	27
4.2 Der Projektverlauf	28
4.2.1 Die Planungsphase	28
4.2.2 Die Durchführung	34
4.2.3 Die Auswertung.....	35
4.3 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen	46
5 Fazit	48
Literaturverzeichnis	XI
Eigenständigkeitserklärung	XIV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen des Produktlebenszyklus nach Bruhn	18
Abbildung 2: Der Patientenbeziehungs-Lebenszyklus nach Busse, Schreyögg und Stargardt	21
Abbildung 3: Verteilung der Geschlechter in der Befragung	35
Abbildung 4: Alter der Befragten Patienten.....	36
Abbildung 5: Darstellung der Gründe für den Aufenthalt der Patienten in einem Krankenhaus	37
Abbildung 6: Im Vorfeld informierte Patienten.....	38
Abbildung 7: Genutzte Medien zur Informationsbeschaffung	39
Abbildung 8: Informationsstand	39
Abbildung 9: Wichtige Aspekte in der Krankenhauswahl	40
Abbildung 10: Zufriedenheitsmessung der Patienten mit dem Krankenhausaufenthalt	41
Abbildung 11: Darstellung der Wichtigkeit der Krankenskriterien Teil 1	42
Abbildung 12: Darstellung der Wichtigkeit der Krankenskriterien Teil 2	42
Abbildung 13: Patientenbedürfnisse	45

1 Einleitung

Das Gesundheitssystem und die beteiligten Interessensvertreter stehen vor einer großen Herausforderung, denn das Krankenhauswesen befindet sich in der größten Umbruchphase der Geschichte. Eingeleitet durch die Einführung eines fallpauschalisierten Abrechnungsverfahrens, auch DRG-System genannt, und weiter ausgeführt mit der Krankenhausreform, setzt die Politik deutsche Kliniken unter Druck, wirtschaftlich an der Realitätsgrenze zu arbeiten.¹ Die Politik ist bereit, mit allen Mitteln gegen eine sogenannte Überkapazität an Krankenhausbetten in Teilen des Landes vorzugehen. Selbst Klinikschließungen liegen nun im Bereich des Möglichen, um den steigenden Kosten Einhalt zu gebieten und den Wettbewerbsgedanken in Deutschland voranzutreiben. In diesem Zusammenhang achten Kliniken immer stärker auf die Begriffe Qualität, Qualitätsvorgaben sowie Qualitätssicherung, welche im Krankenhausstrukturgesetz festgelegt wurden. Der Sinn der neuen Krankenhausreform ist im Krankenhausstrukturgesetz begründet, in welchem in § 1 Absatz 1 von einer Notwendigkeit eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäuser gesprochen wird, 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.

Weiter unterliegt der gesamte Gesundheitsmarkt einem ökonomischen, sozialkulturellen sowie technologischem Wandel, in dem besonders Krankenhäuser einem enormen Wettbewerb ausgesetzt sind und um viele Ressourcen kämpfen müssen.² Um in diesem Wettbewerb weiter mithalten zu können, verändert sich zunehmend die Einstellung des ökonomischen Denkens und Handelns der Krankenhäuser. Patienten werden zunehmend als Kunden angesehen, wodurch eine Entwicklung hin zu kundenorientierten Konzepten im Bereich des Marketing und der Serviceleistungen entsteht.³

Anliegen dieser Bachelorarbeit ist es, die aktuelle Situation und deren Problematik für Kliniken aufzuzeigen und die Bedürfnisse von Patienten zu untersuchen, um einen stärkeren Patientenzulauf zu gewährleisten. Zudem soll herausgefunden werden, ob Patienten die wichtigste Anspruchsgruppe für Akutkliniken der Grund- und Regelversorgung darstellen.

¹ Vgl. Busse,Schreyögg,Stargardt 2013, S.185

² Vgl. Busse,Schreyögg,Stargardt 2013, S.185

³ Vgl. Busse,Schreyögg,Stargardt 2013, S.185

Abschließend ist damit die Frage: „Welche Möglichkeiten und Grenzen haben Akutkliniken in Deutschland für eine bessere Patientengewinnung im Klinikmarketing?“ zu beantworten. Ziel ist es, den Nutzen eines koordinierten Patientenmanagements herauszustellen und geeignete Indikatoren und Maßnahmen zur Gewinnung neuer Patienten, innerhalb des Krankenhausmarketings zu überprüfen.

Das Marketingkonzept wird häufig mit dem Begriff „Relationship Marketing“ betitelt. Es handelt sich hierbei um eine systematische und analytische Maßnahmensteuerung der Marketingaktivitäten, herbeigeführt durch die Ausrichtung des Arbeits- sowie Generierungsprozesses auf die Bedürfnisse der Stakeholder. Als Stakeholder werden alle klinischen Interessenspartner bezeichnet, die eine Beziehung zum Krankenhaus aufweisen. Die Beziehungen können verschiedener Art und unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Doch sollte hier klargestellt werden, dass es sich nicht um das Zusammenspiel rein operativer Marketinginstrumente handelt. Vielmehr wird von dem Aufbau eines Beziehungsmanagement gegenüber den verschiedenen Anspruchsgruppen gesprochen.

Um die Forschungsfrage fundiert beantworten zu können, wird eine kompulatorische verbunden mit einer empirischen Vorgehensweise gewählt. Dadurch gelingt es, wissenschaftlich begründete Ergebnisse vorzustellen und einer praktischen Patientenbefragung gegenüberzustellen. Ferner sind aus der Literatur die gängigen Indikatoren, Kennzahlen und Methoden zu identifizieren. So gelingt es, eine präzise Analyse durchzuführen.

Die Struktur der Arbeit ist vor diesem Hintergrund folgendermaßen gegliedert. Um die Thematik ganzheitlich darzustellen, werden zunächst das deutsche Gesundheitssystem sowie dessen Grundlagen erläutert. Somit ist eine thematische Eingliederung der Arbeit sichergestellt. Weiter ist der grundlegende Begriff „Relationship Marketing“ darzustellen, um die Patientengewinnungsmaßnahmen zuordnen zu können. Diese werden im Anschluss bezüglich Wirkung und Prozedere näher beschrieben. Zudem werden hierdurch wichtige Aspekte und Kriterien für die spätere Untersuchung beschrieben.

Der theoretischen Analyse folgt eine empirische Beantwortung der Fragestellung. Folglich wird eine fundierte Beantwortung gewährleistet. Die Ergebnisse der Befragung sollen der kompulatorischen Literaturrecherche gegenübergestellt werden, um somit einen Vergleich zwischen Theorie und Praxis zu ermöglichen. So werden die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen zur Generierung von Patienten, sowie die jeweiligen Indikatoren herausgearbeitet. Die Forschungsfrage wird dadurch fundiert beantwortet und der Nutzen eines Patienten Relationship Marketing im Gewinnungsprozess einer Akutklinik herausgestellt.

2 Theoretisches Fundament

Um der Frage nach den Möglichkeiten eines Patientenzuwachses sowie einer ökonomischen Verbesserung eines Krankenhauses nachkommen zu können, ist es sinnvoll, die Rahmenbedingungen sowie Begrifflichkeiten des Gesundheitssystems vorzustellen und näher zu erläutern. Im Folgenden werden deshalb für den Krankenhaussektor wichtige Prinzipien, Marktbedingungen, Interessensvertreter sowie Aspekte und Herausforderungen des Gesundheitsmarketings dargestellt.

2.1 Die Grundprinzipien der sozialen Sicherung

Die sieben Grundprinzipien stellen für das Gesundheitssystem allgemeingeltende Regeln dar, die alle Marktfelder berücksichtigen müssen. Zu diesen gehören das Sozialstaatsgebot, das Solidarprinzip, das Subsidiaritätsprinzip, das Bedarfsdeckungsprinzip, das Sachleistungsprinzip, die Versicherungspflicht, und die Selbstverwaltung. Für den Bereich des Marketings im Krankenhaussektor sind vor allem das Sozialstaatsgebot, das Bedarfsdeckungsprinzip sowie das Sachleistungsprinzip von Bedeutung. Das Sozialstaatsgebot leitet sich aus den von der Verfassung festgeschriebenen Vorgaben ab, die zum einen besagen, dass die Bundesrepublik Deutschland ein, nach Artikel 20 Absatz 1 im Grundgesetz, demokratischer und sozialer Bundesstaat ist, und zum anderen, dass die verfassungsmäßige Ordnung nach den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaates im Sinne des Grundgesetzes entsprechen muss, (Artikel 28 Absatz 1 im Grundgesetz). Weiter konkretisiert wurde es nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach es Aufgabe des Staates ist, für soziale Gerechtigkeit zu sorgen und die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sicherzustellen.⁴ Aus diesem Grund hat der Staat die gesundheitliche Versorgung zu verantworten, wodurch eine ungleichmäßige medizinische Versorgung aufgrund unterschiedlicher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ausgeschlossen werden soll. Es wird hier von einer staatlichen Verpflichtung zur Daseinsversorgung gesprochen⁵ Die Möglichkeit, diese zu verwirklichen, hat der Staat über die Festlegung des nötigen gesetzlichen Rahmens. Diese Möglichkeit der Schaffung gesetzlicher Vorgaben für das Krankenhaus findet auch Einhalt im Bereich des Marketings. Der Staat beschneidet somit die Möglichkeiten der freien Auswahl an Marketinginstrumenten sowie deren

⁴ Vgl. Simon 2013, S.102

⁵ Vgl. Simon 2013, S.102

Inhalt. Dies wird weiter beschrieben in Punkt 2.3.2. Das Bedarfsdeckungsprinzip hingegen verpflichtet sowohl die Krankenkassen, als auch die Leistungserbringer, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.⁶ Dabei müssen die Sach- und Dienstleistungen einer Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, und sie dürfen allerdings auch das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.⁷ Dies bedeutet für das Krankenhausmarketing, dass nur ein gewisses Angebot, das dem Bedarfsdeckungsprinzip entspricht, in den öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen dargestellt werden kann. Somit besteht auch hier eine gewisse Einschränkung in den Marketingmaßnahmen in Bezug auf das medizinische Leistungsangebot einer Klinik. Zu diesen einschränkenden Rahmenbedingungen gehört auch das Sachleistungsprinzip. Dieses wirkt sich allerdings eher auf die ökonomischen Möglichkeiten des Marketings aus, denn die Leistungen der sozialen Sicherung im Krankheitsfall werden überwiegend als Sachleistungen gewährt.⁸ Krankenkassen schließen hierzu mit Leistungserbringern wie Ärzten, Krankenhäusern oder Apotheken Verträge, die die Leistungserbringer zu einer Versorgung und Behandlung der Krankenkassenversicherten und die Krankenkasse zur Zahlung vereinbarter Vergütung verpflichten. Dies bedeutet, dass einer erbrachten Leistung des Krankenhauses ein gewisser Wert gegenübergestellt wird. Dieser Wert ist aufgrund der geschlossenen Verträge nicht variierbar. Dies bedeutet, dass Marketingmaßnahmen sich an höherwertige Behandlungen orientieren müssen und somit wiederum eine Einschränkung erfahren.

2.2 Der Versorgungsmarkt

Um das Forschungsobjekt in den Gesundheitsmarkt einordnen zu können, soll im Folgenden der Versorgungsmarkt vorgestellt werden. Dieser besteht im Gesundheitssystem aus acht Bereichen. Zu diesen gehören die ambulante Versorgung, die stationäre Versorgung, die integrierte Versorgung, die zahnärztliche Versorgung, die Arzneimittelversorgung, die Heil- und Hilfsmittelversorgung, der öffentliche Gesundheitsdienst, sowie die Pflegeversorgung. Krankenhausleistungen befinden sich dabei im Rahmen der stationären Versorgung, weshalb diese im Folgenden näher betrachtet wird.

⁶ Vgl. Simon 2013, S.109

⁷ Vgl. SGB V, §12, Abs.1

⁸ Vgl. Simon 2013, S.111

Mit 328,0 Milliarden Euro verbuchte das deutsche Gesundheitssystem im Jahr 2014 einen Anstieg von 13,3 Milliarden Euro oder 4,2% gegenüber dem Jahr 2013.⁹ Mit 26,2% bilden die Ausgaben für Krankenhäuser den größten Teil der Gesundheitsausgaben, ausgewählt nach den Einrichtungen. Nach §2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, kurz KHG, sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird, und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.¹⁰ Grundsätzlich versteht man unter dem Begriff der stationären Versorgung alle medizinischen und pflegerischen Leistungen in einem Krankenhaus einschließlich Unterbringung und Verpflegung. Eine Krankenhausbehandlung wird in SGB V wie folgt beschrieben:¹¹

„Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlungen, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“.

In Deutschland wird versucht, die stationäre Versorgung strikt von der ambulanten zu trennen. Dies hat den Hintergrund, dass Krankenhäuser nicht alleiniger Anlaufpunkt für ärztliche Leistungen werden sollen, und somit der Beruf des Hausarztes nicht verdrängt wird.¹² Dennoch gibt es Überschneidungen zwischen Krankenhaus und Hausarzt in der Leistungserbringung ambulanter Behandlungen. Dies macht sich beispielsweise bemerkbar in der Notfallversorgung, wo es Krankenhäusern durchaus gestattet ist, eine Notfallambulanz zu betreiben.

Im Allgemeinen werden alle rechtlich relevanten Rahmenbedingungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz festgehalten. Der Sicherstellungsauftrag obliegt zudem den Bundesländern in Deutschland und liegt im Rahmen der verfassungsrechtlich geforderten Daseinsvorsorge.

⁹ Vgl. www.destatis.de, Stand 07.12.2016

¹⁰ Vgl. www.gesetze-im-internet.de, Stand 07.12.2016

¹¹ Vgl. SGB V, §39, Abs.1

¹² Vgl. Preusker 2015, S.137

2.2.1 Charakteristika einer Akutklinik

Nach §2 des Krankenhausfinanzierungsgesetz sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können.¹³ In Kliniken werden Patienten entweder ganztägig vollstationär oder stundenweise teilstationär behandelt und verpflegt. Das Krankenhaus tritt allerdings nicht nur als regionaler Versorger auf, sondern nimmt weitere Aufgaben wahr. So findet hier ein Großteil der medizinischen Forschung sowie die Aus-, Fort-, und Weiterbildung des ärztlichen Personals statt. Im Allgemeinen werden Krankenhäuser allerdings anhand einiger Kriterien voneinander unterschieden. Innerhalb des stationären Bereiches ergeben sich weitere Unterschiede in Bezug auf die Art des Krankenhauses. Um das Forschungsobjekt Akutklinik genauer zu definieren, werden deshalb charakteristische Merkmale der verschiedenen Krankenhaustypen aufgezeigt. Zu diesen Merkmalen gehören die Trägerschaft, die Größe, die Versorgungsstufe, das medizinisch-pflegerische Leistungsspektrum, die ärztliche Behandlungsintensität sowie die Art der Regulierung. Die Krankenhausträgerschaft stellt dabei den Krankenhausbetreiber dar. Sie kann in drei Träger unterschieden werden. In die öffentlich, rechtlichen Träger, zu denen beispielsweise Gebietskörperschaften wie Bund, Länder und Gemeinden gehören, in freigemeinnützige Träger wie Kirchen oder Stiftungen, und in erwerbswirtschaftliche, private Krankenhausbetreiber wie den Klinikkonzern „Sana“. Das Kriterium der Größe bezieht sich auf die Anzahl der Betten im Krankenhaus. Den Kern der stationären Versorgung bilden in Deutschland Krankenhäuser mit einer Bettenanzahl von 200-399 Betten. Des Weiteren gibt es die als klein eingestuftes Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten und Großkrankenhäuser mit mehr als 800 Betten. Die Versorgungsstufe spiegelt den Grad des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses wider und wird anhand der Ortsnähe und des Leistungsspektrums bestimmt. Dabei werden Krankenhäuser in Grundversorger (Allgemeinkrankenhaus der ortsnahen Versorgung), Regelversorger (überregionale Versorgungsaufgaben mit spezifischen Abteilungen), Schwerpunktversorger (differenzierte Diagnostik- und Therapieschwerpunkte) und Zentral- oder Maximalversorger (höchste Versorgungsstufe mit allen Fachrichtungen) aufgeteilt. Als Akutkrankenhaus werden Krankenhäuser bezeichnet, welche jederzeit eine Notfallversorgung anbieten. Sie können demnach jeder Versorgungsart zugehörig sein. Krankenhäuser ohne Versorgungsstufe sind nicht im Krankenhausplan festgehalten und können somit auch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet werden. Diese Kliniken sind

¹³ Vgl. Gericke 2006, S.55

daher nur für Selbstzahler oder privatversicherten Patienten zugänglich. Das medizinisch-pflegerische Leistungsspektrum bildet die Basis eines jeden Krankenhauses und dessen Versorgungsauftrages. Unterschieden werden Allgemeinkrankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, Fachkrankenhäuser, die sich auf eine bestimmte Krankheitsart oder Behandlung spezialisiert haben und Sonderkrankenhäuser, welche die Eigenschaft besitzen, nur bestimmte Behandlungsgruppen zu versorgen. Ein weiteres Kriterium ist die ärztliche Behandlungsintensität. Hier wird unterschieden zwischen Akutkrankenhäusern, in denen eine intensive Pflege, Behandlung und Heilung des Patienten innerhalb einer kurzen Verweildauer im Vordergrund steht, Langzeitkrankenhäusern, in denen Patienten bis zu 12 Wochen verweilen können, und Krankenhäusern für chronisch Erkrankte, in welchem keine genaue Behandlungsdauer festgelegt werden kann. Den letzten Unterscheidungspunkt stellt die Art der Regulierung dar. In diesem Punkt wird differenziert, welche Krankenhäuser, welchen Rahmenbedingungen unterliegen. Plankrankenhäuser unterliegen dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Krankenhausplanung der Länder, Universitätskrankenhäuser der Hochschulplanung und Finanzierung, Vertragskrankenhäuser richten sich nach den abgeschlossenen Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen während freie Krankenhäuser keiner gesonderten Regulierung unterworfen sind.^{14 15 16}

2.2.2 Stakeholder einer Akutklinik

Im stationären Marktbereich, sowie im Marktumfeld einer Akutklinik, treffen eine Vielzahl an Personengruppen mit unterschiedlichen Vorstellungen, Bedürfnissen und Werten aufeinander, in deren Zentrum die stationären Dienstleister stehen. Zu diesen gehören vor allem die Krankenhäuser, aber auch Leister, die ebenfalls Leistungen an sich binden könnten, zum Beispiel im Bereich der ambulanten bzw. tagesklinischen Leistungserstellung.¹⁷ Im Allgemeinen sind Interessensvertreter, auch Stakeholder genannt, alle internen und externen Personengruppen, die von den unternehmerischen Tätigkeiten gegenwärtig oder in Zukunft direkt oder indirekt betroffen sind.¹⁸ Zu den Interessengruppen einer Akutklinik gehören die Gruppen der Patienten, der zuweisenden Ärzte, der Mitarbeiter, der Kostenträger, der Kooperationspartner, der Besucher und Angehörigen sowie die Öffentlichkeit. Patienten sind dabei nach klassischem Ver-

¹⁴ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.165,166

¹⁵ Vgl. Weinhhammer 2005, S.34,35,36

¹⁶ Vgl. Preusker 2015, S.144

¹⁷ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.24,25

¹⁸ Vgl. Busse, Schreyögg, Stargardt 2013, S.185

ständnis alle Personen, die sich, aufgrund eines Leidens oder einer Krankheit, in ärztlicher Behandlung befindet.

Die Personengruppe der Patienten bildet für den stationären Dienstleistungsbereich und für deren Anbieter somit die wichtigste Bezugsgruppe, denn diese sind die direkten Nachfrager der Leistungen und können somit aus Sicht des Krankenhausmarketings auch als Kunden verstanden werden. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu erläutern, dass Patienten oftmals in Ausnahmesituationen das Krankenhaus aufsuchen und sich somit verschiedene Problemfelder ergeben. Zum einen befinden sich diese in einem Zustand der Unzufriedenheit und Unwissenheit, wodurch sie in der Regel nur eine diffuse Vorstellung der Leistung besitzen.¹⁹ Dennoch haben diese Patienten gewisse Bedürfnisse und Ansprüche. Zu diesen gehören die Diskussionsbereitschaft, die Zuwendung, freundliches Personal, Vertrauen, Qualität und die Möglichkeit, sich zu beschweren.²⁰

Zuweisende Ärzte bilden neben der Gruppe der Patienten einen weiteren wichtigen Teil der Wertschöpfungskette für Krankenhäuser. Diese Anspruchsgruppe kann sich in unterschiedlichsten Fachrichtungen widerspiegeln. Zuweisende Ärzte können zum Beispiel als Allgemeinärzte, Belegärzte oder Augenärzte auftreten. Vorwiegend sind es allerdings Allgemeinärzte, auch als Hausärzte bezeichnet, die auf den stationären Dienstleistungsbereich den größten Einfluss besitzen, da die internistische Abteilung eines Krankenhauses meistens die höchste Zahl an Betten und somit Patienten führt. Ihnen werden dabei zwei wesentliche Rollen zugeschrieben. Zum einen treten Sie in der Öffentlichkeit und bei den Patienten als Meinungsführer auf. Es hängt somit von den Informationen, den Erfahrungen und den Sachkenntnissen des Hausarztes über ein Krankenhaus ab, ob er dieses seinen Kunden weiterempfiehlt oder nicht.²¹ Zum anderen können niedergelassene Ärzte auch direkt als Einweiser auftreten und somit den Platz für den Patienten in der Suche nach einem Krankenhaus einnehmen. Dabei ersucht der behandelnde Arzt formal das Krankenhaus, einen Patienten in die stationäre medizinische Betreuung aufzunehmen. Um dieses Ziel erreichen zu können, ist es wiederum von Vorteil, sich den Bedürfnissen der niedergelassenen Ärzte zu widmen.²² Eine weitere wichtige Gruppe bilden die Kostenträger und Krankenversicherungen. Dabei trägt die Krankenversicherung in diesem Konstrukt zugleich die Last der Kostenträgerschaft. Dies bedeutet, dass Ihnen die Verantwortung der Vergütung der Kran-

¹⁹ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.28

²⁰ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.27,28,29

²¹ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.25

²² Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.25

kenhausleistungen zukommt. Diese wird in einem aufwendigen und komplizierten Verfahren, von einer fallpauschalen Vergütung bis hin zu Kostenausgleichsverfahren, einmal jährlich in einer Sitzung verhandelt und stützt sich auf die Falldaten des Krankenhauses vom Vorjahr. Um diese Daten zu prüfen und um eine qualitativ gute, wissenschaftlich gesicherte, preiswerte sowie gleichwertige Versorgung, unabhängig von Wohnort und Versicherung, sicherzustellen, besitzen die Krankenversicherungen einen medizinischen Dienst, auch MDK genannt.²³ Die Leistungen der Krankenhäuser müssen nach dem Bedarfsdeckungsprinzip in jedem Einzelfall ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und werden durch die Handlungsfelder des MDK geprüft.²⁴ Eine Besonderheit bei der Vergütung von Krankenhausleistungen ergibt sich bei der Inanspruchnahme von Zusatzleistungen durch privatversicherte Patienten hinsichtlich Komfort und Unterbringung. Dabei müssen sich die Kliniken den Auflagen und Forderungen der privaten Versicherung stellen, um an zusätzliche Einnahmen zu gelangen.²⁵

Besonders im Bereich der medizinischen Versorgung beurteilen Kunden das Unternehmen anhand der direkt empfangenen Leistung, weshalb die Interessensgruppe der Mitarbeiter ein weiterer wichtiger Bestandteil des Krankenhaussystems bildet. Die Mitarbeiter eines Krankenhauses leisten ihre Arbeit direkt am Patienten, weshalb diese einen Beurteilungsfaktor über die erlebte Qualität darstellen. Dies bedeutet, dass die Leistungsfähigkeit einer Klinik im hohem Maße vom Können und dem Engagement abhängt, welches das Klinikpersonal im Stande ist zu leisten. Zusätzlich ist auch das Angebot von medizinischen Leistungen einer Klinik davon abhängig, welche Fähigkeiten und Ausbildungen die einzelnen Mediziner besitzen. Gutes Fachpersonal ist daher zukunftsentscheidend für ein Krankenhaus.

Auch den Besuchern und Angehörigen kommt eine besondere Rolle im Krankenhausdienstleistungsbereich zu. Ähnlich den zuweisenden Ärzten haben sie Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses. Dies geschieht zum einen in ihrer Funktion eines Meinungsbildners und Beraters und zum anderen stehen sie als Verwandte für die Patienten ein und möchten somit beste Versorgungsmöglichkeiten schaffen.²⁶ Aufgrund dessen ähneln die Bedürfnisse der Besucher und Angehörigen in vielen Bereichen denen der Patienten. Hinzu kommen allerdings persönliche Gefühle wie Angst, Sorge oder Trauer hinzu, die ebenfalls im Umgang mit dieser Personengruppe beachtet werden müssen.

²³ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.27

²⁴ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.27

²⁵ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.27

²⁶ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.29

Nicht zu verachten ist auch die Interessengruppe der öffentlichkeitswirksamen Medien. Öffentlichkeitsarbeit, besonders im Umgang mit der Presse, ist eine gute Möglichkeit, das Leistungsangebot, gesundheitserzieherische Informationsveranstaltungen oder karitative Aktivitäten einer Klinik zu verbreiten. Solche Meldungen sind wichtig und zeigen die Lebendigkeit eines Krankenhauses.²⁷ Jedoch sollte bedacht werden, dass negative Meldungen leichter den Weg in die Printmedien finden als positive. Viel wichtiger als das Printmedium ist allerdings das Internet geworden. Foren, Websites von Selbsthilfegruppen, Klinikbewertungsportale oder persönliche Blogs ermöglichen einen schnellen Austausch von Informationen und Meinungen. Erfahrungen über Krankenhäuser oder medizinische Themen werden dort ausgetauscht. Dem Klinikmarketing kommt hier vor allem die Aufgabe zu, positive Berichte hervorzuheben und zu publizieren, sowie auf negative Meinungen behutsam zu reagieren.

Ein weiterer Punkt für Krankenhäuser im stationären Dienstleistungsmarkt ist die Strategie, medizinische Leistungen durch Kooperationspartner zu erbringen. Das bekannteste System dabei ist das Belegarztsystem.²⁸ Hier werden Raum und Personal einem externen Arzt zur Verfügung gestellt, damit dieser seine Patienten behandeln kann. Bevorzugt genutzt wird diese Kooperationsform bei der Behandlung von chirurgischen Leistungen.

2.3 Marketing im Gesundheitswesen

Der klassische Begriff Marketing wurde bereits um das Jahr 1900 zum ersten Mal in Amerika verwendet und leitet sich ab aus dem englischen Wort „Market“. Der Begriff Markt wird definiert als Ort des Zusammentreffens eines Angebots an Produkten oder Dienstleistungen mit dessen Nachfrage. Durch die Höhe der Nachfrage ergibt sich die Preisentwicklung. Das Zusammentreffen kann dabei an realen und virtuellen Orten stattfinden.²⁹ Märkte stellen somit das Bezug- und Zielobjekt eines klassischen Marketings dar. Dabei wird es in eine unternehmensexterne sowie eine unternehmensinterne Seite aufgeteilt. In externer Hinsicht beinhaltet Marketing die Konzeption und Durchführung marktbezogener Aktivitäten eines Anbieters gegenüber Nachfragern oder potentiellen Vertriebspartnern. Diese marktbezogenen Aktivitäten beinhalten dabei die Punkte Informationsgewinnung über den Markt, Gestaltung des Produktes, Preissetzung und

²⁷ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.30

²⁸ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.31

²⁹ Vgl. Freiling, Reckenfelderbäumer 2013, S.75,76

Kommunikation.³⁰ Das interne Marketing hat dahingehend die Aufgabe, die Weichen und Rahmenbedingungen für alle externen Aktivitäten zu stellen, um diese besonders effektiv und effizient durchführen zu können. Die Leitidee der marktorientierten Führung des Unternehmens steht dabei im Mittelpunkt. Beide Marketingrichtungen fokussieren sich auf eine optimale Gestaltung von Kundenbeziehungen.³¹

In diesem Zusammenhang beschreiben auch Papenhoff und Platzköster in ihrem Werk „Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken“ den Stellenwert des Marketings in Krankenhäuser sowie die Möglichkeit, Marketinginstrumente gezielt einzusetzen.³² Bausteine der Marketingkommunikation von Dienstleistern im Gesundheitsbereich sind nach Ihrer Meinung das Medium, durch welches kommuniziert werden soll, die Botschaft, die in einem Mix aus Worten, Bildern, Symbolen veröffentlicht wird, eine Verschlüsselung durch den Sender, sowie die Entschlüsselung durch den Empfänger. Ein weiterer Baustein ist die Wirkung bei dem Empfänger, die zu einer Reaktion führt, welche im besten Fall Neugier und Begeisterung nach sich zieht. Den letzten Bestandteil der Marketingkommunikation stellt nach Papenhoff und Platzköster das Feedback des Patienten dar.³³ Eine Methode, diese Kommunikation innerhalb eines Dienstleistungsunternehmens im Gesundheitsbereich zukünftig zu verbreiten, sehen Papenhoff und Platzköster unter anderem in einem One-to-One-Marketing.³⁴ Dieses beinhaltet viele Aspekte des Relationship Marketings, weswegen dieses Bestandteil dieser Arbeit ist.

2.3.1 Charakteristika Gesundheitsprodukt

Bei den Leistungen eines Krankenhauses handelt es sich um Dienstleistungen. Dies bedeutet, das Krankenhaus bietet dem Patienten selbstständige und marktfähige Leistungen an, welche mit dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten und dem Leistungsspektrum der Klinik verbunden sind. Sowohl interne, als auch externe Faktoren werden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses für eine nutzenbringende Wirkung kombiniert und dem Kunden zugänglich gemacht.³⁵ In diesem Zusammenhang weisen Krankenhausleistungen besondere Charakteristiken und Problemfelder auf, die im

³⁰ Vgl. Homburg 2016, S.13,14

³¹ Vgl. Homburg 2016, S.13,14

³² Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.19

³³ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.107

³⁴ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.132

³⁵ Vgl. Meffert, Bruhn 2009, S.33

Folgenden näher erläutert werden und die bei der Erstellung von Marketingmaßnahmen zu beachten sind.^{36 37}

Charakteristika von Gesundheitsleistungen

Dienstleistungen sind in ihrer Gesamtheit von abstrakter, nicht fassbarer Natur. Es bedarf vor einer Behandlung eines Vorschusses an Vertrauen seitens des Patienten gegenüber dem Krankenhaus.³⁸ Hierfür gibt es verschiedene Gründe. Zum einen sind Behandlungen selten vorführbar, wie es im Produktmarketing etwa möglich ist. Ärztliche Qualität ist zudem nicht materiell spürbar, sondern wird erst bei der Behandlung für den Patienten erlebbar in Form von dem medizinischem Ergebnis und dem Erfüllen der Patientenbedürfnisse. Selbiges Problem ist beispielsweise auch für die zuweisenden Ärzte gegeben. Auch diese befinden sich in der Situation, einem Krankenhaus, beziehungsweise den dort arbeitenden Ärzten, im Vorfeld vertrauen zu müssen. Krankenhausleistungen sowie medizinische Qualität ist zudem nicht lagerbar.³⁹ Dies bedeutet, dass manche Krankenhausressourcen, wie etwa Personal, nicht jederzeit abrufbar sind. Über eine ständige Bereitschaft, sowie eine große Anzahl an fähigen Mitarbeitern zu verfügen, ist auch aus diesem Grund für ein Krankenhaus erstrebenswert. Hinzu kommt, dass die Krankenhausleistungen nicht verlagert werden können und somit an den Ort der Leistungserbringung gebunden sind.⁴⁰ Beispielsweise ist es nicht möglich, Operationsräume zu verlagern, oder diagnostische Geräte, wie ein Computertomographiegerät. Des Weiteren ist die Leistungserbringung in der Medizin gebunden an die Eigenverantwortung des Kunden, an dem die Leistung erbracht wird.⁴¹ Somit setzt sie Kooperationsfähigkeit und Bereitschaft, für einen schnellen Heilungsprozesses, seitens der Patienten voraus. Bei gleicher Behandlung kommt es somit vor, dass unterschiedliche Ergebnisse erzielt werden. Zudem können Behandlungen in der Regel nicht rückgängig gemacht werden.⁴² Aus diesem Grund verkleinert es den Entscheidungsspielraum des Patienten und führt zu einem höheren Informationsbedarf. Oftmals besteht jedoch nicht einmal die Möglichkeit für den Patienten, den Ort der medizinischen Leistung frei zu wählen. In Notfallsituationen beispielsweise übernimmt die Entscheidung, in welche Klinik eingewiesen wird, der Rettungsdienst

³⁶ Vgl. Thill 1999, S.44,46

³⁷ Vgl. Riegel 2000, S.76

³⁸ Vgl. Raab, Drissner 2011, S17

³⁹ Vgl. Raab, Drissner 2011, S17,18

⁴⁰ Vgl. Raab, Drissner 2011, S18

⁴¹ Vgl. Raab, Drissner 2011, S18

⁴² Vgl. Raab, Drissner 2011, S18

2.3.2 Herausforderung des Gesundheitsmarketings

Zusätzlich zu den Charakteristiken von Gesundheitsleistungen ergeben sich auf dem Gesundheitsmarkt bestimmte Problemfelder für den Patienten sowie für das Marketingmanagement eines Krankenhauses. Für den Patienten ergibt sich das Problem der Informationsasymmetrie.⁴³ In diesem Zusammenhang existieren sechs asymmetrische Informationsformen. Das Grundprinzip, welchem die Informationsasymmetrie zu Grunde liegt, wird Prinzipal-Agent-Beziehung genannt.⁴⁴ Prinzipal-Agent-Beziehungen sind geprägt durch eine Informationsasymmetrie seitens des Prinzipals. Dies bedeutet, dass der Auftraggeber einer Leistung, Prinzipal genannt, aufgrund fehlender Kontrolle und Wissen das Handeln des Auftragnehmers, des Agenten, nicht nachvollziehen kann. Für die Erfüllung dieses Auftrages wird eine Vertrauensbasis geschaffen, die durch ökonomische Anreize, vereinbarte Verfahren sowie rechtliche Rahmenbedingungen dafür sorgt, dass der Agent im Sinne des Prinzipals handelt.⁴⁵ Die meisten Vertragsbeziehungen im Gesundheitssystem lassen sich gut als eine Prinzipal-Agent-Beziehung darstellen. So auch das Arzt-Patienten-Verhältnis. Selbst bei voller Informationseinsicht über Gesundheitszustand sowie Therapieverfahren, gäbe es für den Patienten kognitive Grenzen, zu konsistenten Entscheidungen zu gelangen.⁴⁶ Auf der anderen Seite verfügt der Arzt bei entsprechender Ausbildung über einen Informationsvorsprung. Aus diesem Grund gehört die ärztliche Leistung zu den Vertrauensgütern und demnach zu den Gütern, deren Qualität und Nutzen für den Patienten auch durch Erfahrung nicht sicher oder erst sehr spät zu ermitteln sind. Im Normalfall gibt somit nicht der Patient dem Arzt alle Informationen über dessen Gesundheit preis, sondern umgekehrt ist es Aufgabe des Arztes, Diagnose und Therapieverfahren festzulegen. Der Patient tritt somit in den meisten Fällen nicht als Entscheider auf, sondern muss der Meinung des Arztes und dessen Fähigkeiten vertrauen. Umgekehrt besteht allerdings auch eine Informationsasymmetrie zu Lasten des Arztes. Dieser Fall tritt ein, sobald der Arzt die Sorgfaltspflicht und das Mitwirken des Patienten nicht mehr überwachen kann. Informationsasymmetrie findet allerdings auch in anderen Bereichen, wie etwa in der Pharmaindustrie auf. Dort sind die genauen Wirkungen der Arzneimittel zwar dem Hersteller und vielleicht noch dem Arzt bekannt, am wenigsten jedoch haben Patienten genaues und fundiertes Wissen über die Wirkstoffe.⁴⁷ Auch auf dem Versicherungsmarkt besteht eine asymmetrische Information. Hier jedoch auf beiden Seiten. Sowohl Versiche-

⁴³ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.56

⁴⁴ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.55

⁴⁵ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.57,58

⁴⁶ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.58

⁴⁷ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.60

rer als auch Versicherungsnehmer haben über bestimmte Bereiche keinen Einblick. Der Versicherer kann über Gewohnheiten und Lebensstil des Versicherungsnehmers genauso wenig Kenntnis besitzen wie der Versicherungsnehmer diese über die Solvenz und Leistungsbereitschaft der Versicherung haben kann.⁴⁸ Ebenfalls eine Folge der Informationsasymmetrie und vorwiegend ein Problem der Versicherungsmärkte ist das „Moral Hazard“-Prinzip.⁴⁹ Ähnlich wie bei den anderen Problemfelder der fehlenden Information, tritt Moral Hazard auf, wenn der Umfang der Leistung eines Vertragspartners auch von der Mitwirkung seines Gegenüber abhängt, wie etwa durch die Sorgfaltspflicht oder durch Minimierung von Risikofaktoren, oder, wenn das Ausmaß dieser Mitwirkung dem Vertragspartner nicht bekannt ist und der Preis für die Leistung nicht von der Mitwirkung abhängt. Durch diese Situation gibt es für den Vertragspartner keinen Ansporn, der Sorgfalt- bzw. Mitwirkungspflicht nachzukommen, wodurch kein Marktgleichgewicht zwischen allen Beteiligten besteht.⁵⁰ Im Versicherungsmarkt besteht daher das Problem, das Versicherte mehr Leistungen für gleichbleibende Preise fordern, als wenn sie diesen direkt bezahlen müssten. Zudem gibt es keinen Anreiz dafür, Krankheiten zu vermeiden.⁵¹

Den Punkt der Informationsasymmetrie betrachten hingegen Prof. Dr. Gerd Gigerenzer und Prof. Sir J.A. Muir Gray von einer anderen Seite. Diese berichten in ihrem Werk „Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin“ von einem Problem der mangelnden Statistikkompetenz seitens der Patienten, aber auch der Ärzte. Darin begründen Sie Ihre Theorie, dass die Informationsasymmetrie zusätzlich in der Unfähigkeit, Statistiken und Informationen nicht richtig bewerten zu können, begründet ist.⁵²

Einschränkungen auf Grund gesetzlicher Vorgaben

Auf Grund der Charakteristika der Dienstleistungen, sowie der Informationsasymmetrie seitens des Patienten bedarf es eines rechtlichen Rahmens für Werbemöglichkeiten, welcher besonders große Auswirkungen auf die Möglichkeiten des Krankenhausmarketings nimmt. Für den Patienten muss schließlich sichergestellt werden, dass dessen Unkenntnis nicht zum Nutzen der Krankenhäuser oder anderer Marktteilnehmer missbraucht wird. Im Folgenden werden diese gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgestellt.

⁴⁸ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.60

⁴⁹ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.68

⁵⁰ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.68

⁵¹ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2010, S.68

⁵² Vgl. Gigerenzer, Gray 2013, S29,30,31,32

In der Musterberufsordnung für Ärzte ist unter der Überschrift „Berufliche Kommunikation“ die „Erlaubte Information und berufswidrige Werbung“ und die Eintragung in Verzeichnisse geregelt. Schwerpunkt hierbei ist eine sachliche Informationsvermittlung der Führung von Zusatzbezeichnungen und Tätigkeitsschwerpunkte der Ärzte. Dadurch soll ausgeschlossen werden, dass die Auswahl des Arztes durch Patienten von Bezeichnungen wie „Bester Arzt“ beeinflusst wird.⁵³ Das Heilmittelwerbeengesetz beinhaltet vor allem die Regulierung von Medizinwerbung und medizinischen Produkten. Im Wesentlichen werden darin Angabepflichten bei Arzneimitteln, Regelung von Zuwendungen und Werbegaben, Unterschiede in der Werbemöglichkeit in verschiedenen Personenkreisen und allgemeine Rahmenbedingungen außerhalb der Fachkreise geregelt. Somit soll verhindert werden, dass medizinische Laien durch sogenannte Angstwerbung beispielsweise zum Kauf eines Produktes gelenkt werden.⁵⁴ Das Telemedizinengesetz beinhaltet Vorschriften zur formalen Darstellung des Unternehmens auf externen Datenquellen, wie z.B. den Inhalt des Impressums auf der Homepage, außerdem Informationen zum Datenschutz, zur Herausgabe von Daten sowie zur Haftung für gesetzeswidrige Inhalte.⁵⁵ Ganz im Gegensatz zu den vorherigen gesetzlichen Einschränkungen, schützt das UWG nicht den Verbraucher beziehungsweise Patienten, sondern regelt das Verhältnis von Wettbewerbern untereinander. Insbesondere Wettbewerbsbeschränkungen in Bezug auf vergleichender und irreführender Werbung werden hier aufgezeigt.⁵⁶ Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkung reglementiert alle kartell- und wettbewerbsrechtlichen Belange in Bezug auf Akkumulation und Missbrauch von Marktmacht. Es stellt einen ausgeglichenen Wettbewerb im Markt sicher. Dies hat besondere Relevanz im Fall von Klinikübernahmen oder Arztsitzen.⁵⁷ Im Allgemeinen stellen die verschiedenen Gesetze einen rechtlichen Rahmen zur Sicherstellung eines fairen Wettbewerbes unter den einzelnen Marktteilnehmern dar, und schützen den Patienten vor missbräuchlichen und manipulativen Werbemitteln.⁵⁸

2.4 Relationship Marketing nach Bruhn – eine Option

Um den Problemen des Marketings im Gesundheitsbereich entgegenzuwirken und Barrieren zwischen Dienstleister und Nachfragern abzubauen, ist es sinnvoll, die Kun-

⁵³ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.19,20,21

⁵⁴ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.19,20,21

⁵⁵ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.19,20,21

⁵⁶ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.19,20,21

⁵⁷ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.19,20,21

⁵⁸ Vgl. Papenhoff, Platzköster, 2010, S.19,20,21

denbeziehung in den Mittelpunkt der Marketingaktivitäten zu stellen. Eine Möglichkeit, diesen Ansatz zu verfolgen, bietet das sogenannte Relationship Marketing, welches im Folgenden dargestellt wird.

2.4.1 Definition und Ziele des Relationship Marketings

Relationship Marketing befasst sich in der Gesamtheit mit der Steuerung und Planung von Kundenbeziehungen. Manfred Bruhn schrieb in diesem Zusammenhang und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Literatur folgende Definition:

„Relationship Marketing umfasst sämtliche Maßnahmen der Analyse, Planung, Durchführung und Kontrolle, die der Initiierung, Stabilisierung, Intensivierung und Wiederaufnahme sowie gegebenenfalls der Beendigung von Geschäftsbeziehungen zu den Anspruchsgruppen – insbesondere zu den Kunden – des Unternehmens mit dem Ziel des gegenseitigen Nutzens dienen.“⁵⁹

Dem Konzept des Relationship Marketing nach Bruhn liegt in erster Instanz die Anspruchsgruppenorientierung zu Grunde. Dementsprechend differenziert sich die Ausgestaltungsform des Relationship Marketings an Hand des Anspruchsgruppenkreises, aber auch nach der Art der Leistung:

- Relationship Marketing im engeren Sinne betrifft ausschließlich Kundenbeziehungen
- Relationship Marketing im weiteren Sinne betrifft die Beziehung des Unternehmens zu sämtlichen Anspruchsgruppen.

Für den Erfolg eines Unternehmens sind aber in erster Linie die Kundenbeziehungen entscheidend. Deren Qualität hängt wiederum von der Beziehung des Unternehmens zu den übrigen Anspruchsgruppen (Interessensvertreter) ab.⁶⁰

Weiteres Merkmal des Relationship Marketing ist der Managementansatz. Dieser orientiert sich an Managementmaßnahmen der Analyse, Planung, Durchführung und Kontrolle des Marketings und fasst somit alle Marketingaktivitäten eines Unternehmens zusammen.⁶¹ Hierfür müssen Marktumfeldanalysen vorgenommen werden, wie zum

⁵⁹ Vgl. Bruhn 2016, S.12

⁶⁰ Vgl. Bruhn 2016, S.12

⁶¹ Vgl. Bruhn 2016, S.14

Beispiel in der Form einer „PESTEL“-Analyse. Die „PESTEL“-Analyse⁶² umfasst eine gesamtheitliche Analyse des Makroumfeldes eines Unternehmens. Dabei werden die politische Einflüsse (Political), ökonomische Faktoren (Economical), soziale und kulturelle Hintergründe (Sozial), technologische Begebenheiten (Technological), Umweltveränderungen (Environmental) und gesetzliche Rahmenbedingungen (Legal) betrachtet. Daraufhin werden die Ergebnisse der externen Unternehmens-Umfeld-Analyse in Form eines Chancen-Risiken-Katalogs zunächst zusammengestellt und dem Stärken-Schwächen-Profil der internen Unternehmensanalyse gegenübergestellt. Intern bezieht sich die Analyse beispielsweise auf Finanzsituation, Mitarbeiter, Größe, Standort, Organisation, Kostenstruktur, Ausstattung, Behandlungskapazität sowie das Erreichen bisheriger Ziele.⁶³

Auch der Punkt der Zeitorientierung prägt das Konzept des Relationship Marketings. Diese spiegelt die dynamische Kundenbeziehung wieder und wird vor allem über das Konzept des Kundenbeziehungslebenszyklus eingefasst. Die Dynamik besteht dabei nicht nur in der Initiierung von Beziehungen, sondern auch in der Stabilisierung, Intensivierung und Wiederaufnahme dieser. Auch der Beendigungsprozess kann darin Bestandteil sein. Die Steuerung der Beendigung der Kundenbeziehung kann zum Beispiel aus rechtlichen oder ökonomischen Gründen erfolgen.⁶⁴

Letztendlich verfolgt das Gesamtkonstrukt des Relationship Marketing eine Nutzenorientierung, indem der Nutzen für die Beziehungspartner im Vordergrund steht. Dabei vertreten die Anspruchsgruppen eigene Interessen sowie Bedürfnisse, welche es für das Unternehmen zu erfüllen gilt. Andererseits besteht der Nutzen für das Unternehmen in dem Aufbau gewinnbringender Kundenbeziehungen.⁶⁵

2.4.2 Konzept des Relationship Marketing

In der Konzeptionierung, also der Gestaltung des Relationship Marketing, sind drei Ansätze zu berücksichtigen. Das Konzept des Lebenszyklus, das Konzept der Erfolgskette und das Konzept des Managementprozesses. Im Konzept des Lebenszyklus werden die Kundenbeziehungen im Zeitablauf betrachtet. Das Konzept der Erfolgskette zeigt das Relationship Marketing mit dessen Wirkungen auf Kunden- und Unternehmensseite und integriert diese dabei. Das Konzept des Managementprozesses stellt den

⁶² Vgl. Yeates, Wakefield 2004, S.265,266

⁶³ Vgl. Frodl 2017, S. 234

⁶⁴ Vgl. Bruhn 2016, S.14

⁶⁵ Vgl. Bruhn 2016, S.14

Bezugsrahmen und verdeutlicht die Struktur des Relationship Managements mit dessen verschiedenen Phasen. Besonders das Konzept des Lebenszyklus ist für das Krankenhausmarketing im Bereich der Kundengewinnung von entscheidender Bedeutung, da es die Beziehungsphasen grafisch gut veranschaulicht. Aus diesem Grund wird es im Folgenden näher betrachtet.

Konzept des Lebenszyklus

Wie bereits in Punkt 2.3.4 erwähnt, besitzen Kundenbeziehungen einen dynamischen Charakter, welcher sich in unterschiedliche Phasen aufteilen lässt. Zur Darstellung dieser Dynamik bietet sich das Lebenszykluskonzept an.⁶⁶ Im Rahmen des Marketings tritt dieses Konzept vor allem im Produkt-, Markt- und Markentypenzyklus Anwendung. Die Grundüberlegung des Konzepts besteht darin, die einzelnen, zeitlichen Phasen eines Produkts auf dem Markt veranschaulichen zu können. Die einzelnen Phasen besitzen dabei verschiedene Merkmale, welche aufschlussreich für das Management des Produktes sind. In der Regel werden dabei fünf unterschiedliche Entwicklungsphasen berücksichtigt:⁶⁷



Abbildung 1: Phasen des Produktlebenszyklus nach Bruhn⁶⁸

Jede dieser Phasen besitzt nun eigene Merkmale, wodurch sich dann produktspezifische strategische und operative Handlungsempfehlungen ergeben.

Für die Übertragung eines produktspezifischen Lebenszyklus hin zu einem kundenspezifischen Zyklus muss zwischen drei Lebenszyklen differenziert werden. Zu diesen gehören der Kundenlebenszeitzyklus, der Kundenepisodenzyklus und der Kundenbeziehungszyklus. Der Kundenlebenszeitzyklus besagt, dass die Kundenbedürfnisse ab-

⁶⁶ Vgl. Bruhn 2016, S.59

⁶⁷ Vgl. Bruhn 2016, S.60

⁶⁸ Vgl. Bruhn 2016, S.60

hängig von dessen Lebensphase und dessen biologischem Alter sind. Der Kundenepisodenzyklus hingegen zeigt, dass innerhalb der Inanspruchnahme der Leistung durch den Kunden wiederholende Ereignisse entstehen, in denen das Unternehmen Kontakt mit dem Kunden aufnehmen kann. Der Kundenbeziehungszyklus als letzter Zyklus beschreibt unterschiedliche Beziehungsphasen. Während der Kundenbeziehung durchlaufen Kunde und Unternehmen unterschiedliche Stadien in Abhängigkeit von der Intensität der Beziehung. Aus Unternehmensperspektive sind hier die Bedürfnisse des Kunden entscheidend für den Verlauf der Beziehung. Dabei existieren drei Kernphasen. Die Kundenakquisition, die Kundenbindung und die Kundenrückgewinnung. Wesentlich für das Relationship Marketing sind die Phasen des Kundenbeziehungszyklus. Diese werden im Folgenden, Punkt 2.4.3, auf das Krankenhausmarketing speziell ausgelegt und dargestellt. Dies soll die theoretische Möglichkeit eines Relationship Marketing Ansatzes im Krankenhaus weiter verdeutlichen.

2.4.3 Relationship Marketing in einer Akutklinik

In den folgenden Punkten soll der Ansatz der Relationship Marketing nach Bruhn auf das stationäre System einer Akutklinik theoretisch ausgelegt werden. Im Rahmen seiner Untersuchungen wurde von Weilnhammer erstmals im Jahr 2005 versucht, den Ansatz des Relationship Marketings auf die Strukturen im Krankenhaus zu projizieren. Er definierte Relationship Management unter besonderer Berücksichtigung der Anspruchsgruppe der Patienten wie folgt:

„Patienten Relationship Management für Krankenhäuser ist ein Managementansatz zum Aufbau, Pflege und Optimierung von Geschäftsbeziehungen zu Patienten und Multiplikatoren. Das Optimierungsziel von PRM umfasst dabei zwei Sichten:

- *Optimierung der Geschäftsbeziehung aus Patientensicht: Steigerung der Zufriedenheit, Bindung und Loyalität des Patienten als Maß für die durch die Patienten wahrgenommene Effizienz und Effektivität der erbrachten Gesamtleistung*
- *Optimierung der Geschäftsbeziehung aus Krankenhaussicht: Steigerung von Effizienz, Wettbewerbsstärke und Ertragskraft des Krankenhauses im Marktumfeld*

*Die Optimierungsziele können im Rahmen des PRM-Ansatzes je nach Art des Krankenhauses unterschiedlich gewichtet werden.*⁶⁹

Die Definition von Weilnhammer zeigt klar Parallelen zum allgemeinen Definitionsansatz des Relationship Marketing von Bruhn. Auch sie stellt den Aufbau eines Beziehungsmanagement in den Mittelpunkt des Marketingprozesses und beinhaltet Komponenten des Managementprozesses des Relationship Marketing. Bei den Geschäftsbeziehungen handelt es sich in Weilnhammers Definition in erster Linie um die Beziehung zwischen dem Krankenhaus und dem direkten Kunde, den Patienten. Weilnhammer bestätigt somit die Möglichkeit der Einführung eines beziehungsorientierten Marketings im Gesundheitsbereich. Im folgenden Punkt wird versucht, eine mögliche Vorgehensweise zu entwickeln, die sich an den grundsätzlichen Managementprozess des Relationship Marketing orientiert, unter besonderer Berücksichtigung der Neukundengewinnung. Den Beginn dieses Prozesses bildet dabei eine genaue Analyse der externen sowie internen Marktsituation des Krankenhauses. Anschließend werden konkrete Ziele formuliert und eine Strategie aufgestellt, wie diese zu erreichen sind. In der operativen Steuerungsphase werden daraufhin an Hand des Patientenlebenszyklus verschiedene Maßnahmen zur Kundenakquise, -bindung, sowie Rückgewinnung abgeleitet. In diesem Zusammenhang wird besonders auf den Punkt der Kundenakquise eingegangen, um die Forschungsfrage nach den Möglichkeiten der Patientengewinnung für Akutkliniken beantworten zu können.⁷⁰

⁶⁹ Vgl. Weilnhammer 2005, S.212

⁷⁰ Vgl. Busse, Schreyögg, Stargardt 2013, S.191,192,193,194,195,196,197

Der Patientenbeziehungs-Lebenszyklus

Der Lebenszyklus von Patienten erfolgt in drei Zyklen. Die Patientengewinnung, welche sich durch die Phasen der Anbahnung und Sozialisation trennen lässt, die Patientenbindung, welche durch die Strategien der Verbundenheit und Gebundenheit aufgeteilt ist, sowie die Patientenrückgewinnung, in die drei Komponenten, Gefährdungsphase, Auflösungsphase und Abstinenzphase, unterteilt ist.

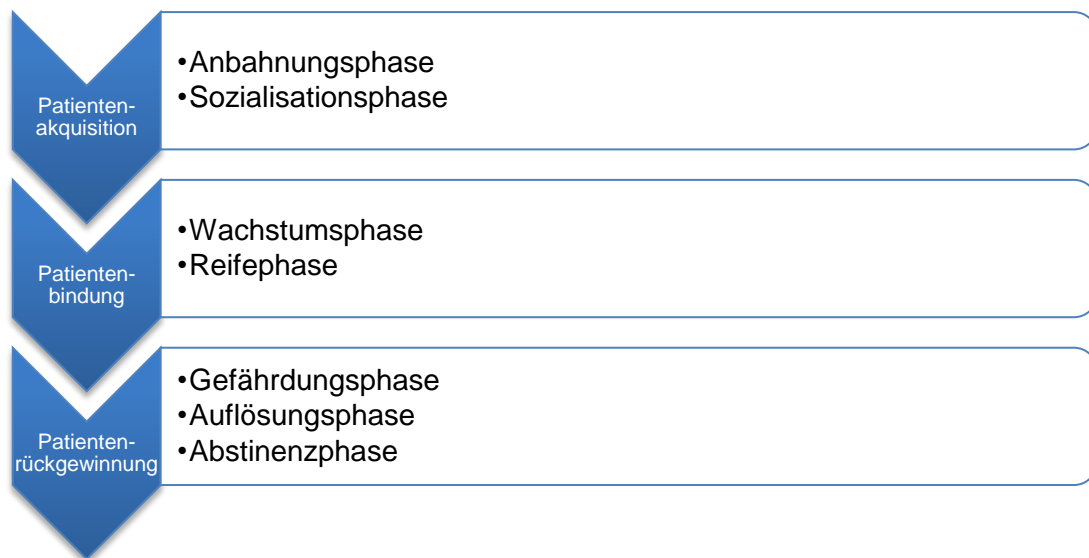


Abbildung 2: Der Patientenbeziehungs-Lebenszyklus nach Busse, Schreyögg und Stargardt⁷¹

In der Phase der Patientenakquisition⁷² besteht das vorrangige Ziel einer Klinik darin, eine Beziehung zu dem Patienten aufzubauen, um den Kundenstamm zu erweitern, Kundenverluste zu kompensieren, die Profitabilität der Kundengruppen zu erhöhen, neue Leistungsmärkte zu erschließen, oder den Marktanteil zu den Konkurrenten auszubauen.⁷³ Für eine Konkretisierung der Patientengewinnung ist zunächst die Unterscheidung in die Anbahnungs- und Sozialisationsphase erforderlich.⁷⁴ Die Anbahnungsphase ist gekennzeichnet durch den Wunsch, Informationen über das Krankenhaus sowie dessen Leistungsspektrum einzuholen. Aufgabe der Kliniken ist es, alle entsprechenden Informationen übersichtlich und über verschiedene Kommunikationskanäle dem Patienten bereitzustellen. In dieser Phase nimmt die Kommunikati-

⁷¹ Vgl. Busse, Schreyögg, Stargardt 2013, S.191,192,193,194

⁷² Vgl. Busse, Schreyögg, Stargardt 2013, S.191,192,193,194

⁷³ Vgl. Bruhn 2016, S.146

⁷⁴ Vgl. Bruhn 2016, S.146

onspolitik die wichtigste Rolle ein. Zur Informationsvermittlung können alle Werbungen mit klassischen, aber auch mit neuen Medien eingesetzt werden. Im Bereich der Werbung mit klassischen Printmedien besteht für das Krankenhaus zum Beispiel die Möglichkeit in Zeitungen, Fachzeitschriften Anzeigen zu schalten.⁷⁵ Ein weiteres Kommunikationsmittel ist der Versand von Informationsbroschüren an aktuelle und potentielle Patienten. Zudem ermöglicht der Einsatz von Pressemitteilungen an die lokalen Redaktionen einen direkten Zugang zu den Patienten vor Ort. Bei der Erstellung dieser Mittel ist immer darauf zu achten, dass diese, wie in Punkt 2.2.2 beschrieben, die Charakteristika sowie gesetzliche Einschränkungen im Gesundheitswesen beachten.

Im Rahmen eines persönlichen Kennenlernens, kann das Krankenhaus beispielsweise Informationsveranstaltungen, Fachvorträge und Tage der offenen Tür durchführen, um den Patienten einen positiven Eindruck über das Krankenhaus sowie der medizinischen Qualifikation der Krankenhausärzte zu vermitteln. Zusätzlich hat der Patient die Möglichkeit, fundiertes Wissen über seine Erkrankung zu erhalten und Fragen zu stellen, womit das Bedürfnis nach Informationen befriedigt wird. Diese Maßnahmen tragen erheblich zur Verbesserung des Images eines Krankenhauses bei. In der heutigen Zeit bietet sich zudem der Weg der Werbung mit neuen Medien, auch Multimedia genannt, an. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf die Präsentation der eigenen Kliniken und medizinischen Leistungen auf der eigenen Klinikwebsite.⁷⁶ Der zentrale Vorteil der Bereitstellung von Informationen auf der Homepage liegt in der Möglichkeit einer aktuellen, zielgerichteten und interaktiven Ansprache mit den Patienten. Dies bedeutet, dass bestimmte Patientengruppen mit passenden Informationen, zum Beispiel über eigene Foren, adressiert werden können. Auch Vorabinformationen können dem Patienten in Form von Essensplänen, Zeitplänen, Anfahrtsplänen oder Besucherzeiten auf der Website zur Verfügung gestellt werden. Mit sinnvollen und medizinisch hochwertigen Informationen im Internet kann sich das Krankenhaus ideal als kompetenter Wissensträger positionieren.⁷⁷ Befindet sich der Patient daraufhin im Krankenhaus, beginnt die Sozialisationsphase. Diese beschreibt die Eingewöhnung zwischen Patient und Krankenhaus, wobei die ersten Erfahrungen mit der Leistungserstellung gemacht werden. In der Sozialisationsphase ist es besonders wichtig, den Bedürfnissen des Patienten nachzukommen.

⁷⁵ Vgl. Papenhoff, Platzköster 2010, S.109,110

⁷⁶ Vgl. Papenhoff, Platzköster 2010, S.114,115

⁷⁷ Vgl. Papenhoff, Platzköster 2010, S.114,115

In der Phase der Patientenbindung wird die Erhöhung der Bindung des Patienten zur Klinik angestrebt. Hierfür sind Maßnahmen durchzuführen, die zu einer positiven Qualitätswahrnehmung, einer hohen Kundenzufriedenheit sowie Beziehungsqualität führen.⁷⁸ Möchte man die Bindung des Kunden zeitlich darstellen, so ist dies möglich durch die Aufteilung des Patientenbeziehungs-Lebenszyklus in eine Wachstums- und eine Reifephase möglich.⁷⁹ Die Wachstumsphase ist aus unternehmerischer Perspektive gekennzeichnet durch die Ausschöpfung der Patientenpotenziale und aus Patientensicht in der Erfüllung seiner Bedürfnisse. Möglichkeiten bestehen für Krankenhäuser darin, neben der medizinisch-pflegerischen Leistung weitere sekundäre Zusatzleistungen anzubieten. Hierfür ist es nötig die Kernleistungen dahingehend zu überprüfen, ob der Patient vor, während oder nach seinem Krankenhausaufenthalt weitere Wünsche besitzt. Diese können neben Informations- und Beratungsgesprächen auch die Möglichkeit eines Abholservices oder der Hilfe der Unterbringung eines Haustieres sein. Solche Dienstleistungen über die eigentliche Kernleistung hinaus, können zu einer positiven Wahrnehmung des Krankenhauses und somit zu einer Imageverbesserung führen.

In der Phase der Patientenrückgewinnung steht die Rückgewinnung abwanderungsgefährdeter und bereits abgewanderter Patienten im Vordergrund der Marketingaktivitäten.⁸⁰ Diese wird dabei in drei Phasen unterteilt. Diese sind die Gefährdungsphase, die Auflösungsphase und die Abstinenzphase.⁸¹ Es gilt in den drei Phasen die passende Rückgewinnungsstrategie zu wählen. Hierbei gibt es vier Typen der Rückgewinnungsstrategie. Die erste davon ist die Kompensationsstrategie.⁸² Diese zielt auf eine emotionale Rückgewinnung der Patienten durch Wiedergutmachung der entstandenen Probleme ab. Dabei ist es erforderlich, den entstandenen Schaden durch Ersatzleistungen oder durch eine Kompensationszahlung wieder auszugleichen. Vor diesem Hintergrund kann eine Klinik zum Beispiel den Wechsel einer beschädigten Prothese vornehmen. Eine weitere Strategie ist Stimulierungsstrategie.⁸³ In dieser liegt der Fokus auf der Stimulierung der Meinung des Patienten. Krankenhäuser haben in dieser Strategieform die Möglichkeiten der Vergabe von Gutscheinen oder kostenloser Wahlleistungen wie zusätzliche Verpflegung oder Einzelbettzimmer. Auch die Chefarztbehandlung kann zu einer Rückgewinnung des Kunden auf Emotionaler Ebene führen.

⁷⁸ Vgl. Bruhn 2016, S.149

⁷⁹ Vgl. Bruhn 2016, S.68,69

⁸⁰ Vgl. Bruhn 2016, S.151,152

⁸¹ Vgl. Busse,Schreyögg,Stargardt 2013, S.195,196,197

⁸² Vgl. Bruhn 2016, S.152

⁸³ Vgl. Bruhn 2016, S.152,153

Die dritte Strategie wird als Nachbesserungsstrategie bezeichnet.⁸⁴ Im Rahmen dieser Strategie wird die drohende Abwanderung durch eine nachträgliche Verbesserung vermieden. Sie unterscheidet sich zur Wiedergutmachungsstrategie in dem Punkt, dass die Leistung nicht ersetzt, sondern lediglich ergänzt wird. Ein Beispiel hierfür wäre eine zusätzliche Armstütze für einen gebrochenen und bereits eingegipsten Arm. Die letzte Strategie im Kundenrückgewinnungsprozess ist die Überzeugungsstrategie.⁸⁵ Diese befasst sich mit der Rückgewinnung bereits abgewanderter Kunden. Der Verlauf und die Instrumente gleichen dort denen der Kundenakquisition.

Zu beachten ist, dass alle Rückgewinnungsstrategien eine Gemeinsamkeit besitzen, denn Ihnen liegt die Grundeinstellung der Offenheit und Transparenz einer Klinik zu Grunde.

⁸⁴ Vgl. Bruhn 2016, S.153

⁸⁵ Vgl. Bruhn 2016, S.153,154

3 Die Patientenbefragung als empirische Methode

Die Patientenbefragung stellt eine wichtige Methode zur Erhebung und Darstellung von Bedürfnissen und Wünschen von Patienten im Gesundheitswesen dar und ermöglicht die Sammlung von Informationen, die die Grundlage eines jeden Marketings bildet.

Die eigentliche Befragung kann dabei auf unterschiedlichste Weisen durchgeführt werden.⁸⁶

Mögliche Methoden zur Durchführung einer Patientenbefragung sind:

- Das Interview
- Die Telefonbefragung
- Der Fragebogen
- Schriftliche Berichte
- Mündliche Berichte

Jede dieser Methoden hat eigene Vor- und Nachteile. Das Interview sowie die Telefonbefragung können direkt mit dem Befragten durchgeführt werden, was zur Folge hat, das Fragen variabel sein können und innerhalb der Befragung beziehungsweise des Interviews abgeändert werden können. Es besteht somit die Möglichkeit, Unklarheiten zu beseitigen und sich auf spezielle Themen zu fokussieren. Diese Tatsache kann sich allerdings auch negativ auswirken. Dieser Fall tritt dann auf, wenn die Anonymität der Befragten eine wichtige Rolle einnimmt. Die Befragten sind in diesem Zusammenhang möglicherweise gehemmt, was zu veränderten Antwortergebnissen führen kann. Zudem ist der Zeitaufwand erheblich größer als im schriftlichen Verfahren.

Der Fragebogen stellt die schriftliche Patientenbefragungsmethode dar. Diese Form ist im Gesundheitssystem am häufigsten und besitzt den entscheidenden Vorteil, die Befragung anonym durchzuführen und somit den Patienten die freie Meinungsäußerung zu erleichtern. Die zu investierende Arbeitszeit ist zudem geringer als bei der verbalen

⁸⁶ Vgl. Jurisch 2003, S.8,9

Form. Negativ an dieser Methode ist allerdings, dass der Fragebogen standardisiert ist. Dies hat zur Folge, dass Rückfragen ausgeschlossen sind und Missverständnisse leichter aufkommen können. Die Rücklaufzeit der Bögen ist zudem hoch und auch auf die Anzahl der Rückläufe kann nur bedingt Einfluss genommen werden.⁸⁷

Kriterien eines Fragebogens stellen die Objektivität, Validität und Reliabilität dar. Die Objektivität bezeichnet die Unabhängigkeit des Testergebnisses von den Testfragen sowie des Fragestellers.⁸⁸ Hierfür sind Rahmenbedingungen für eine korrekte Fragestellung notwendig, wie zum Beispiel das Anführen eindeutiger Instruktionen für die Beantwortung der Fragen. Die Validität, als zweites Kriterium, beschreibt die Zuverlässigkeit der gewählten Methode. Dieses stellt die Gültigkeit des Bogens sowie dessen Inhalts dar. Das letzte Kriterium bildet die Reliabilität. Die Reliabilität handelt von der Messgenauigkeit des Verfahrens.⁸⁹

⁸⁷ Vgl. Jurisch 2003, S.8,9

⁸⁸ Vgl. Jurisch 2003, S.25

⁸⁹ Vgl. Brosius,Haas,Koschel 2016, S.51

4 Empirische Erhebung: Durchführung der Patientenbefragung mittels Fragebogen in einer Akutklinik der Grund- und Regelversorgung

Der praktische Teil dieser wissenschaftlichen Arbeit wurde in einer Akutklinik mit Auftrag der Grund- und Regelversorgung durchgeführt. Dabei wurde als Form der empirischen Erhebung die Befragung gewählt. Der Grund liegt in der Möglichkeit, diese sowohl in schriftlicher, als auch in mündlicher Form zu erbringen und dabei zuverlässige und anspruchsruppenspezifische Informationen zu erhalten.⁹⁰ Die Patientenbefragung diente dazu, fundierte Aussagen über Patientenwege und Patientenbedürfnisse herauszufinden, um somit die Relevanz eines Relationship Marketing Ansatzes in einer Akutklinik herauszuarbeiten und die wichtigsten Stakeholder im Hinblick auf eine Steigerung der Fallzahlen aufzeigen zu können.

In den folgenden Punkten wird das Projekt näher erläutert, der Projektverlauf dargestellt und die Ergebnisse sowie die Schlussfolgerungen dargelegt.

4.1 Das Projektunternehmen und die Zielsetzung

Die Sana Kliniken des Landkreises Cham GmbH bildet ein Zusammenschluss aus drei Kliniken im Landkreis Cham. Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist eine Tochtergesellschaft der Sana Aktiengesellschaft, die zu den drei größten, privaten Klinikkonzernen Deutschland zählt. Die Befragung wurde im größten Krankenhaus der Sana Kliniken des Landkreises Cham GmbH durchgeführt, die sich in der Stadt Cham befindet und eine Bettenanzahl von circa 200 Patientenbetten führt. Wie bereits genannt, hat das Krankenhaus den Auftrag der Grund- und Regelversorgung und führt eine Notfallambulanz. Zudem besitzt es verschiedene medizinische Abteilungen. Zu diesen gehören die Abteilung für Innere Medizin, mehrere chirurgische Abteilungen sowie eine Gynäkologie und Geburtshilfe. Da es Auftrag eines Grund- und Regelversorgers ist, allgemeine Krankenhausfälle zu behandeln, wurde in dieser Arbeit auf eine spezialisierte Ausführung eines Fragebogens, hinsichtlich einzelner Fachabteilungen, verzichtet. Schließlich ist es Ziel des Krankenhausmarketings eines Krankenhauses dieser

⁹⁰ Vgl. Koch, Gebhardt, Riedmüller 2016, S.46

Ausrichtung, die Allgemeinheit an Patienten anzusprechen. Des Weiteren wurde die Befragung innerhalb eines Zeitraumes durchgeführt, in dem das Krankenhaus voll ausgelastet war. Der Grund hierfür liegt zum einen an der Masse der Patienten, die sich zu diesem Zeitpunkt im Krankenhaus befanden und somit eine erleichterte Bedingung für die Befragung darstellte, und zum anderen konnten so spezielle Rahmenbedingungen für Patienten, wie Einzelbettzimmer, vermieden werden.

Eine Befragung der Patienten wurde so erstmals in den Sana Kliniken des Landkreises Cham durchgeführt. Daher war das vorrangige Ziel, die Patientenbedürfnisse vor und während eines Krankenhausaufenthalts herauszufinden, sowie die wichtigsten Meinungsbildner zu ermitteln. Um die Anonymität zu wahren, zugleich aber auch nötige Unterstützung bei der Beantwortung des Fragebogens zu geben, wurde eine Mischung zwischen Fragebogen und Interview gewählt. So konnten Patienten die Fragen sowohl anonym beantworten, als auch Hilfe durch den Interviewer in Anspruch nehmen.

4.2 Der Projektverlauf

Der Projektverlauf umfasst die inhaltliche sowie gestalterische Planung des Fragebogens, die Durchführung der eigentlichen Befragung, in welcher der zeitliche und organisatorische Ablauf beschrieben wird, sowie die Verteilung und die Rücklaufquote. Den Hauptteil des Verlaufes nimmt die Auswertung des beantworteten Fragebogens ein.

4.2.1 Die Planungsphase

Zu Beginn der Planung wurden konkrete Forschungsziele festgelegt, um den Untersuchungsgegenstand eingrenzen zu können.⁹¹ Dies erfolgte in Absprache mit dem Leiter der Unternehmenskommunikation bei den Sana Kliniken des Landkreises Cham. Zudem wurde in den gemeinsamen Sitzungen festgelegt, dass eine Aufteilung des Fragebogens in zwei Teile als sinnvoll betrachtet wird. Dies bedeutet, dass sich der erste Teil der Befragung mit der Situation des Patienten vor dem Krankenhausaufenthalt beschäftigt und der zweite Teil von dem Aufenthalt selbst handelt. Darauf aufbauend wurden verschiedene Fragebögen deutscher Qualitätsinstitute und Krankenhäuser

⁹¹ Vgl. Hennings 2012, S.11

miteinander verglichen und Fragen hinsichtlich der Fragestellung des eigenen Bogens entnommen und abgeändert.^{92 93 94}

Die so gewonnen Aspekte mussten unter inhaltlichen Gesichtspunkten gruppiert und zu Themenkomplexen gebündelt werden. Zudem wurde im folgenden Schritt festgelegt, auf welche Art und Weise die Fragen für den Patienten zu beantworten waren. In diesem Zusammenhang wurde die Entscheidung getroffen, Skalen sowie Felder für freie Meinungsäußerungen zu wählen. Bei der Auswahl von Skalen muss zwischen nichtmetrischen und metrischen Skalen unterschieden werden. Zu den nichtmetrischen Skalen gehören Nominalskalen und Ordinalskalen, zu metrischen Skalen werden Intervallskalen und Verhältnisskalen gerechnet.

Die Entscheidung für die Befragung in den Sana Kliniken des Landkreises Cham fiel auf die Verwendung von Nominalskalen und Ordinalskalen. Innerhalb Nominalskalen werden Fragen beantwortet, in denen die Antwortmöglichkeiten ohne Wertung zueinander stehen, wie zum Beispiel die Frage nach dem Geschlecht oder dem Alter.⁹⁵ Die Ordinalskala bildet dazu in gewisser Weise das Gegenstück. Innerhalb der Antwortmöglichkeiten ist eine Ordnung über die Reihung von Werten nachweisbar.⁹⁶ Für das Projekt wurden dabei zwei Skalen genutzt, die das Mittel der Benotung nutzen. Dabei wurde ein Schulnotensystem gewählt, da es der Mehrheit der Befragten bekannt ist und um somit Fehler und Missverständnisse zu vermeiden. Dabei wird unterschieden in der Benotung von 1 - 6 und in der Benotung von wichtig - unwichtig.

Die Fragen

Die Auswahl und Formulierung der Fragen ist ebenfalls Bestandteil der inhaltlichen und gestalterischen Planung. Wie bereits zuvor erwähnt, wurden die Fragen auf zwei Bereiche unterteilt. Nämlich in Fragen vor und nach dem Krankenhausaufenthalt. Diese werden nachfolgend kurz erläutert.

⁹² Vgl. www.zeq.de, Stand 03.11.2016

⁹³ Vgl. www.sananet.com, Stand 03.11.2016

⁹⁴ Vgl. www.diekliniken.de, Stand 01.11.2016

⁹⁵ Vgl. Brosius, Haas, Koschel 2016, S.38

⁹⁶ Vgl. Brosius, Haas, Koschel 2016, S.39

Fragen vor dem Krankenhausaufenthalt

Die Fragen vor dem Krankenhausaufenthalt beziehen sich auf das Bedürfnis der Informationsgewinnung seitens des Patienten und auf relevante Faktoren bei der Krankenhausauswahl.

Die erste Frage sollte im Vorfeld den Grund für den Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus klären. Diesbezüglich wurden dem Patienten folgende Antwortmöglichkeiten vorgelegt:

1. Arztzuweisung
2. Eigeninitiative
3. Rat von Freunden und Familie
4. Notfall
5. Sonstiges

Die Frage ist darauf bedacht, herauszufinden, ob der Patient freiwillig das Krankenhaus aufgesucht hat, oder ob externe Faktoren ein Grund dafür waren.

Die zweite Frage zielt darauf ab, zu ermitteln, inwieweit sich Patienten im Vorfeld über das Krankenhaus informiert haben und mit welchem Medium dies geschah. Die Befragten hatten dabei die Möglichkeit zwischen „Internet, Zeitung und Zeitschriften, Freunde und Familie, Veranstaltungen und Sonstiges“ zu wählen. Ziel davon ist zu ermitteln, welches Werbemedium das Krankenhausmarketing in den Focus stellen sollte.

Die dritte Frage bezieht sich wiederum auf das Informationsbedürfnis eines Patienten im Vorfeld des Krankenhauses. Sie bezieht sich auf Frage zwei und soll herausfiltern, ob Patienten, die sich im Vorfeld informiert haben, das Gefühl hatten, ausreichend informiert worden zu sein. Ziel dieser Frage ist es in Hinblick für das bisherige Marketing zu bestimmen, ob die bisherigen Maßnahmen bereits das Bedürfnis der Informationsgewinnung befriedigen konnten. Die Befragten sollten dabei an Hand einer Ordinalskala mit Notensystem von eins bis sechs diese Frage beantworten. Des Weiteren wurde Ihnen die Möglichkeit gegeben, ein Medium anzukreuzen, welches, ihrer Meinung nach, wünschenswert wäre. Hier waren verschiedene Auswahlmöglichkeiten wie „Internet, Zeitungen und Zeitschriften, Informationsveranstaltungen, Fachvorträge und Sonstiges“ gegeben.

Die vierte und letzte Frage dieses ersten Teils des Fragebogens zielt darauf ab in Erfahrung zu bringen, welche Interessensgruppen und Kriterien bei der Wahl eines Krankenhauses Einfluss haben und wie stark dieser Einfluss auf den Patienten ist. Für die Beantwortung dieser Frage wurden Ordinalskalen verwendet. Dabei hatte jedes Kriterium eine eigene Ordinalskala. Ähnlich wie beim Notensystem konnten die Befragten in sechs Abstufungen zwischen wichtig und unwichtig unterscheiden. Die Kriterien, welche dabei in Betracht gezogen wurden sind:

1. Erreichbarkeit des Krankenhauses
2. Image des Krankenhauses
3. Meinung von Freunden und Familie
4. Meinung des Hausarztes
5. Leistungsspektrum der Klinik

Fragen während des Krankenhausaufenthaltes

Die Fragen während des Krankenhausaufenthaltes sind darauf abgestimmt, in Erfahrung zu bringen, was für den Patienten während des Aufenthaltes wichtig erscheint, um so die Bedürfnisse zu eruieren.

Die erste Frage des zweiten Teiles des Patientenfragebogens untersucht, unter welchen Grundbedingungen der Patient den Fragebogen beantwortet. Dieser wurde dabei gefragt, wie zufrieden er mit dem bisherigen Aufenthalt im Krankenhaus war. Für die Beantwortung dieser Frage wurde eine Ordinalskala mit einem Notensystem von eins bis sechs gewählt. Zudem bestand für den Patienten die Möglichkeit bei Unzufriedenheit weitere Anmerkungen zu machen.

Die nächste Frage umfasst verschiedene Bedürfnisse eines Patienten während des Behandlungsaufenthaltes. Hier sollten die Patienten angeben, wie wichtig ihnen die einzelnen Faktoren sind. Hierzu wurde wieder eine Ordinalskala mit Bewertungssystem verwendet. Es sollten folgende Punkte mit wichtig – unwichtig bewertet werden:

1. Ärztliche Versorgung

Dieser Punkt bezieht sich auf alle ärztlichen Leistungen, welche der Patient bei einer Behandlung im Krankenhaus widerfährt. Hierzu zählen beispielsweise die ärztliche Fürsorge, das medizinische Fachwissen sowie die ärztliche Behandlung an sich.

2. Pflegerische Betreuung

Die pflegerische Betreuung umfasst alle pflegerischen Leistungen während des Aufenthaltes des Patienten. Dieser beinhaltet unter anderem die pflegerische Fürsorge, pflegerische Leistungen, wie waschen oder das Beziehen von Betten, aber auch die pflegerische Betreuung hinsichtlich medizinischem Wissen, wie Medikamentenverteilung.

3. Aufklärung und Information

Diesen Punkt schließt alle Aspekte der Patientenkommunikation ein. So wird beispielsweise herausgestellt, wie häufig der Patient mit dem Arzt in Kontakt steht oder wie sich das Pflegepersonal gegenüber Angehörigen verhält.

4. Organisation bei der Aufnahme

Hier sollten Patienten angeben, wie wichtig Ihnen eine gut funktionierende Aufnahmeorganisation ist. Unter diesen Punkt fallen Aspekte wie Warteraum und Wartezeit.

5. Organisation auf der Station

Dieser Punkt beschreibt die Organisation auf der Station selbst. Hier sollten Patienten angeben, wie wichtig ihnen dieser Punkt während ihres Krankenhausaufenthaltes ist. Dieser Aspekt bezieht sich auf Kriterien wie die Qualität bei Verlegungen von Patienten oder das Einhalten von Zeiträumen für Mahlzeiten.

6. Organisation bei der Entlassung

Die Frage zur Organisation bei der Entlassung bezieht sich auf alle Relevanten Kriterien während der Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus. Hierzu gehören medizinische Leistungen wie Medikamentenstellung oder der Arztbrief. Aber auch zusätzliche Leistungen, wie etwa schnelle Entlassungszeiten.

7. Hygiene

Der Aspekt der Hygiene bezieht sich im Krankenhaus vor allem auf den Gegenstand der medizinischen Reinheit eines Krankenhauses. Schlagwörter wie Keime oder Einweghandschuhe zählen hierzu.

8. Sauberkeit

Die Sauberkeit ist ein einzelner Punkt und sollte nicht verwechselt werden mit dem Aspekt der Hygiene. Dies wurde den Befragten auch während der Beantwortung des Fragebogens erläutert. Unter dem Kriterium Sauberkeit werden im Krankenhaus alle Leistungen von Reinigungskräften eingegliedert, wie zum Beispiel das Reinigen der Böden und Badezimmer.

9. Service

Der Aspekt des Service handelt von allen nicht-medizinischen Leistungen. Dazu gehören Zusatzleistungen wie die Nutzung eines Einzelbettzimmer, eines Fernsehers, eines Telefons oder des Internets. Dieser Punkt kann in Kliniken der Grund- und Regelversorgung weniger intensiv wahrgenommen werden, wie in einer Spezialklinik. Der Grund hierfür liegt vor allem am Patientengut und somit an dem finanziellen Ertrag medizinischer Leistungen.

10. Verpflegung

Das Kriterium der Verpflegung beinhaltet jegliche Form von Leistungen eines Krankenhauses, welche die Zunahme von Lebensmitteln beinhaltet. Hierzu gehören Mahlzeiten sowie Getränken, welche vom Krankenhaus gestellt werden, sowie die Qualität der Lebensmittel, die Auswahl regionale Produkte und die Variation verschiedener Mahlzeiten. Aber auch die Versorgung über den Kioskbetriebe stellt einen wichtigen Bestandteil der Verpflegung dar.

11. Selbstbestimmung im Behandlungsverlauf

Die Frage nach der Selbstbestimmung im Behandlungsverlauf ist von besonderer Bedeutung. Und lehnt sich an das Problem der Informationsasymmetrie an. Mit dieser Frage soll herausgefunden werden, inwieweit Patienten die Therapie dem Arzt überlassen oder ob sich mehr Mitspracherecht gewünscht wird.

Die dritte und letzte Frage des zweiten Teils gibt dem Befragten die Möglichkeit nochmals unvoreingenommen das wichtigste Bedürfnis während ihres Krankenhausaufent-

haltes zu nennen. Somit wird die Möglichkeit geschaffen ein persönliches Feedback des Patienten zu erhalten, welches unvoreingenommen ist.

Die Erkenntnisse aus allen Fragen dienen dem Marketing letztendlich dabei zu bestimmen, welche Faktoren im Marketingmix publiziert werden und auf welche dabei der Focus gelegt werden sollte.

Den letzten Teil der Befragung bilden die Angabe von persönlichen Daten wie das Jahr der Geburt und die Frage nach dem Geschlecht. Dadurch wird das Patientengut weiter bestimmt.

4.2.2 Die Durchführung

Die Durchführung beinhaltet die Punkte der zeitlichen und organisatorischen Beschreibung der Fragebogenerstellung, sowie Verteilung. Es folgen Angaben zur Rücklaufquote und Terminen.

Der Fragebogen wurde innerhalb zwei Wochen erstellt. Dabei wurden mehrere Termine mit dem Verantwortlichen des Krankenhausmarketings wahrgenommen, um die Erstellung zu besprechen, sowie das Vorgehen der Patientenbefragung festzulegen. Dabei wurde bestimmt, dass die Vergabe der Fragebögen zum Zeitpunkt der Vollausslastung des Krankenhauses stattfinden sollte. Innerhalb dieser Vorgabe wurde die Befragung innerhalb einer Woche 14.11.2017 bis zum 21.11.2017 durchgeführt.

Ebenfalls wurde der Inhalt und die mündliche Formulierung bei der Übergabe des Fragebogens vorher mit dem Verantwortlichen des Krankenhausmarketings besprochen.

Die Verteilung der Fragebögen fand auf den einzelnen Stationen des Krankenhauses statt. In Absprache mit den Stationsleitern wurden mögliche befragungswillige und befragungsmögliche Patienten ausgesucht um diese daraufhin in ihrem Zimmern zu besuchen. Im Vorfeld wurde dem Patienten kurz der Anlass und die Wichtigkeit der Befragung erklärt. Bei der Beantwortung der Fragen stand stets ein Ansprechpartner bereit um auf mögliche Fragen schnell und unkompliziert helfen zu können. Einen weiteren Vorteil bietet in diesem Zusammenhang die Gewährleistung einer höheren Rücklaufquote durch die individuelle Betreuung.

Um die Befragung repräsentativ zu gestalten wurde versucht, in allen Abteilungen die gleiche Anzahl an Fragebögen nach dem Mittagessen auszuteilen und dabei die Frauen-Männer-Quote gleich zu halten. Der Fragebogen wurde dabei in einem Umschlag ausgeteilt. Somit konnte die Anonymität der Befragung gewährleistet werden.

Innerhalb des genannten Zeitraumes wurden fünfzig Fragebögen an Patienten des Krankenhauses ausgeteilt.

4.2.3 Die Auswertung

Die Auswertung der Patientenbefragung in den Sana Kliniken des Landkreises Cham wurde manuell vorgenommen. Die Ergebnisse wurden dabei händisch festgehalten und per Excel-Tabelle in diese Arbeit aufgenommen. Die zugehörigen Fragebögen können dem Anhang entnommen werden.

Die Beteiligung an der Befragung der Sana Kliniken des Landkreises Cham lag bei 100%. Fünfzig Fragebögen wurden dabei ausgegeben. Bei einer Patientenbelegung des Krankenhauses von circa 200 Patienten macht dies einen Wert von 25% des Patientenaufkommens aus.

Bei der Befragung war der Anteil der weiblichen und männlichen Patienten sehr ausgeglichen.

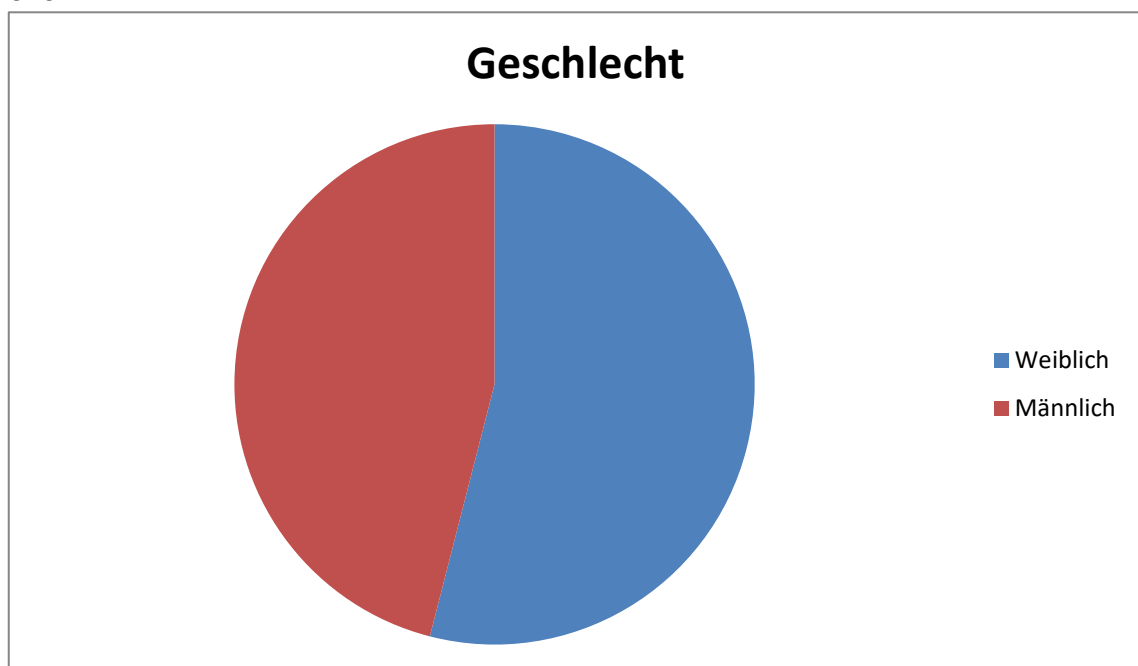


Abbildung 3: Verteilung der Geschlechter in der Befragung

23 Befragte waren dabei männlich und 27 weiblich. Somit nahmen nicht signifikant mehr weibliche oder männliche Patienten teil. Dass es dennoch vier Patientinnen mehr waren liegt an der Durchführung der Befragung in der Abteilung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Krankenhaus. Da diese allerdings einen wichtigen Bestandteil des

Leistungsspektrums darstellt, konnte diese Abteilung nicht aus der Befragung enthalten werden.

Die Altersverteilung war demgegenüber sehr eindeutig. Dies kann auch aus der Abbildung 4 entnommen werden.

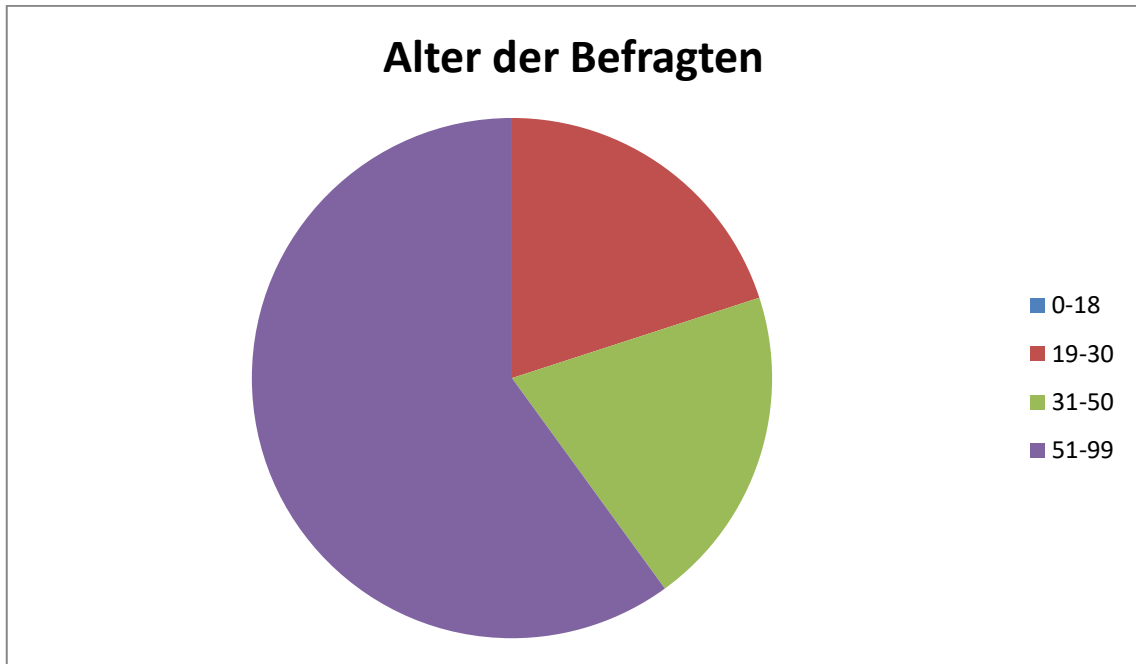


Abbildung 4: Alter der Befragten Patienten

Junge Patienten von 0-18 Jahre nahmen an der Befragung nicht teil, beziehungsweise war es in diesem Zeitraum nicht möglich, Patienten zu befragen. Den größten Anteil nimmt die Altersgruppe der Patienten über 51 Jahre ein mit 30 Befragten. Die Beteiligung der Gruppen zwischen 19-30 Jahren sowie der 31-50 Jährigen lag jeweils bei 10 Patienten und war somit deutlich unterhalb der über 51-Jährigen. Eine genauere Unterteilung wäre in diesem Fall nicht sinnvoll, da sich das Krankenhausmarketing als Akut- und Regelversorger allen Altersgruppen gleichermaßen widmen muss.

Ergebnisse Teil 1 Frage 1: Grund für den Aufenthalt im Krankenhaus

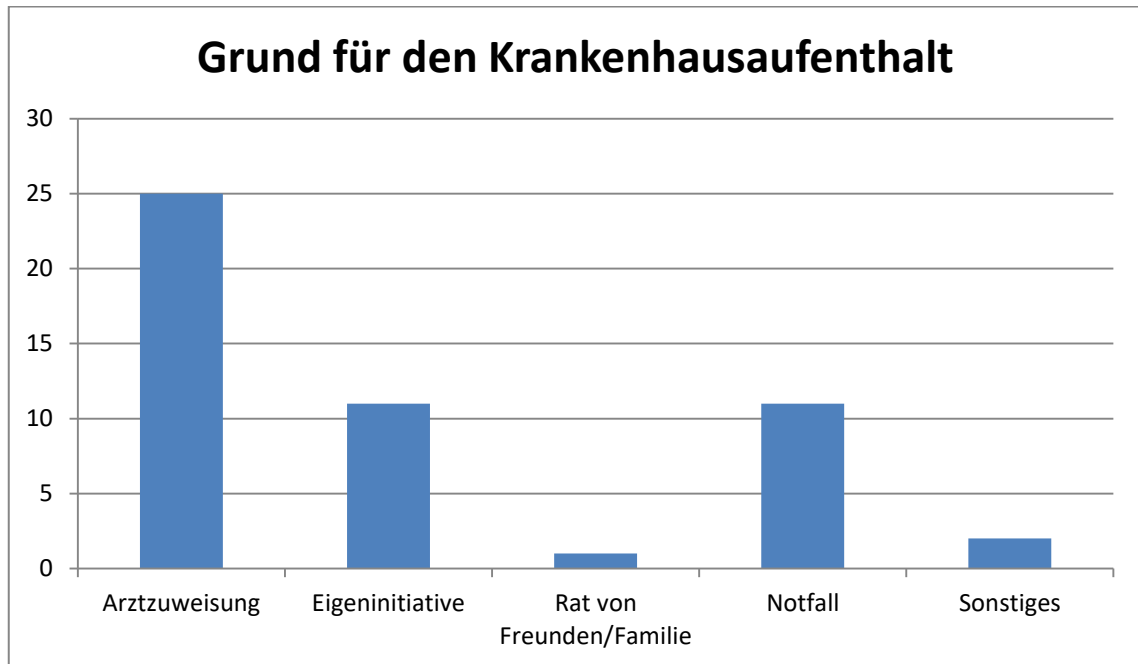


Abbildung 5: Darstellung der Gründe für den Aufenthalt der Patienten in einem Krankenhaus

Aus den Werten sowie der dargestellten Grafik geht hervor, dass der Großteil der Patienten auf Grund einer ärztlichen Zuweisung das Krankenhaus aufgesucht hat. Dieser Teil liegt bei 50%, gefolgt von Patienten, welche sich auf Grund der eigenen Entscheidung oder eines Notfalles für eine medizinische Behandlung entschieden. Der Anteil lag dabei bei jeweils 22% der Befragten. Der Rat von Freunden oder Familie war dabei nur für 2% der Patienten ausschlaggebend und Sonstige Gründe lagen bei 4%. Aus diesen Ergebnissen wird ersichtlich, dass zuweisende Ärzte als Interessensgruppe einen wichtigen Bestandteil für das Krankenhaus mit Auftrag der Grund- und Regelversorgung aus ökonomischer Sicht darstellen. Sie stellen somit neben dem eigentlichen Patienten die wichtigste Anspruchsgruppe für das Marketing eines Krankenhauses dar.

Ergebnisse Teil 1 Frage 2: Haben Sie sich im Vorfeld über das Krankenhaus informiert? Wenn ja wie haben Sie sich informiert?

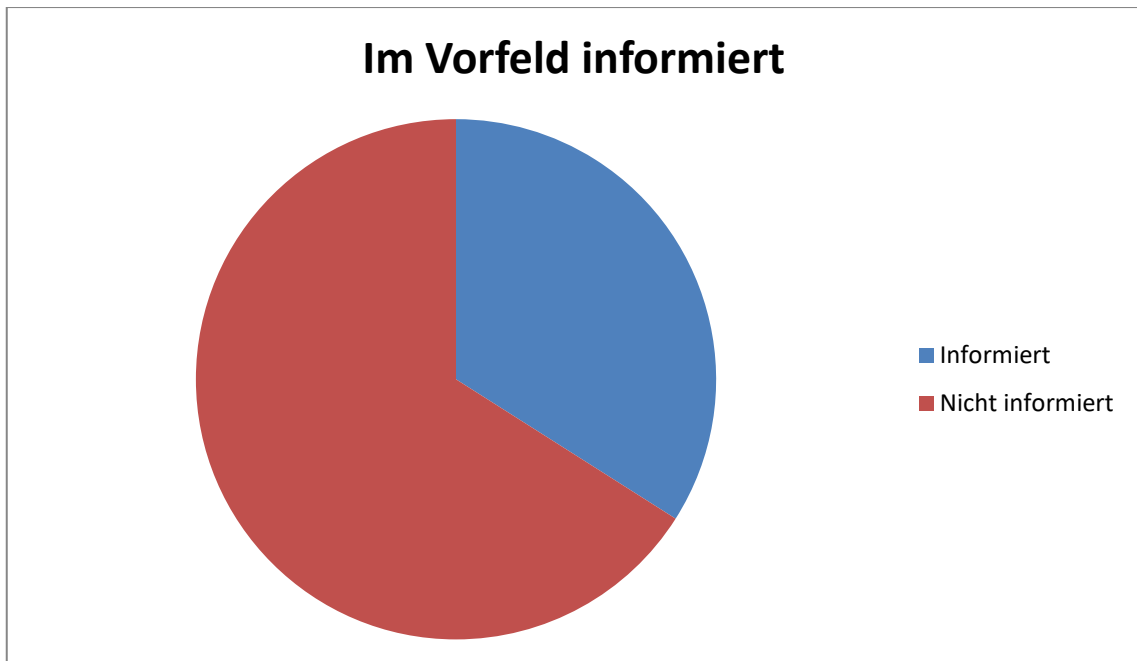


Abbildung 6: Im Vorfeld informierte Patienten

Die Darstellung zeigt deutlich, dass sich mehr als die Hälfte der befragten Personen nicht im Vorfeld über das Krankenhaus informiert haben. Der genaue Wert liegt dabei bei 66%. Dieses Ergebnis ist für den Einsatz von Marketingmaßnahmen beziehungsweise auf deren Fokussierung von entscheidender Bedeutung, da es zeigt, dass nicht zu viele Ressourcen in die Informationsgebung eingeteilt werden müssen. Abbildung 7 zeigt, welchen Medien sich die Patienten bedient haben, welche sich im Vorfeld über das Krankenhaus informieren wollten. Ersichtlich wird dabei, dass vor allem persönliche Kontakte eine große Rolle spielen. Sei es über die Gruppe der Freunde und Familie, oder über Veranstaltungen mit der Möglichkeit direkt mit dem Krankenhauspersonal in Verbindung zu treten.

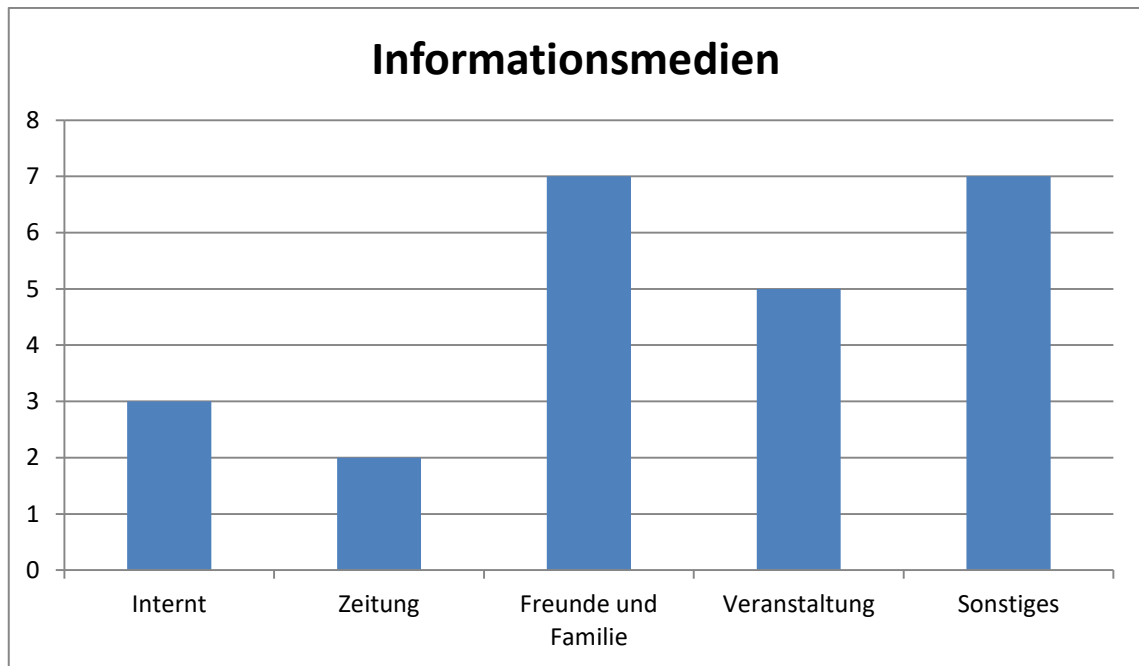


Abbildung 7: Genutzte Medien zur Informationsbeschaffung

Ergebnisse Teil 1 Frage 3: Fühlten Sie sich ausreichend informiert? Wenn unzufrieden, was wäre wünschenswert?

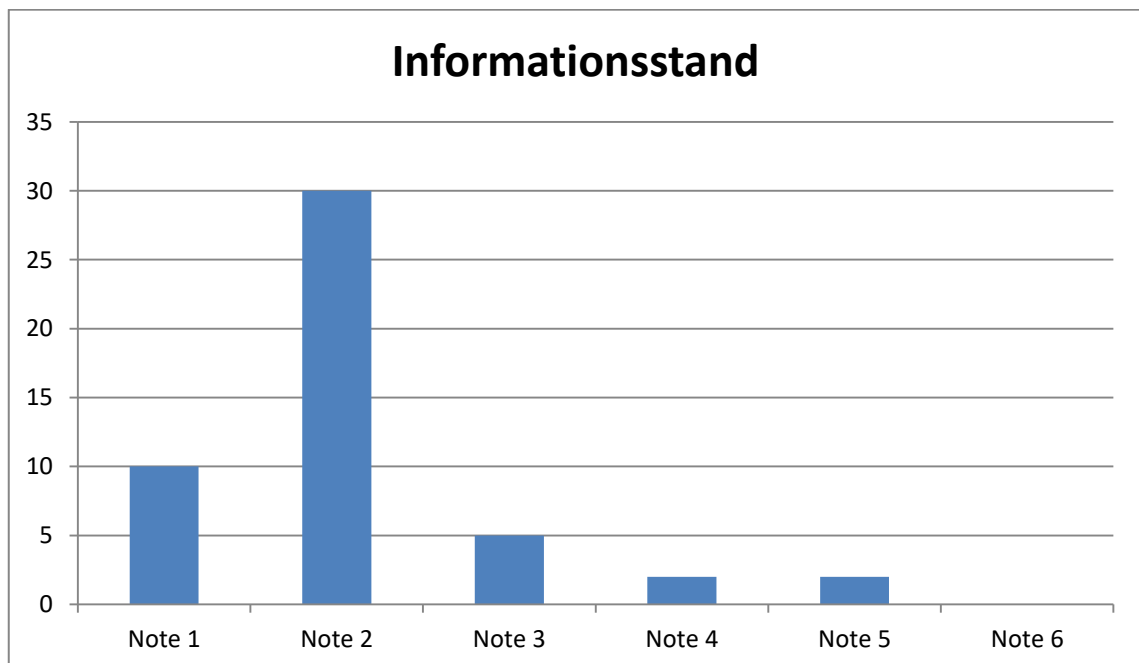


Abbildung 8: Informationsstand

Abbildung 8 veranschaulicht, dass mehr als 85% der Befragten Patienten mit den Informationen im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes sich ausreichend informiert ge-

fühlt haben. Etwa 10% sind der Meinung, dass die Informationen ungenügend waren. Sie hätten sich gerne weiter über das Internet sowie die Zeitung informieren wollen. Dieses Ergebnis verdeutlicht weiter, dass Patienten nicht den größten Wert darauf legen, sich im Vorfeld über eine Klinik der Grund- und Regelversorgung zu informieren, was folglich die Möglichkeiten für das Krankenhausmarketing weiter beschränkt.

Ergebnisse Teil 1 Frage 4: Was ist Ihnen bei der Krankenhauswahl wichtig?

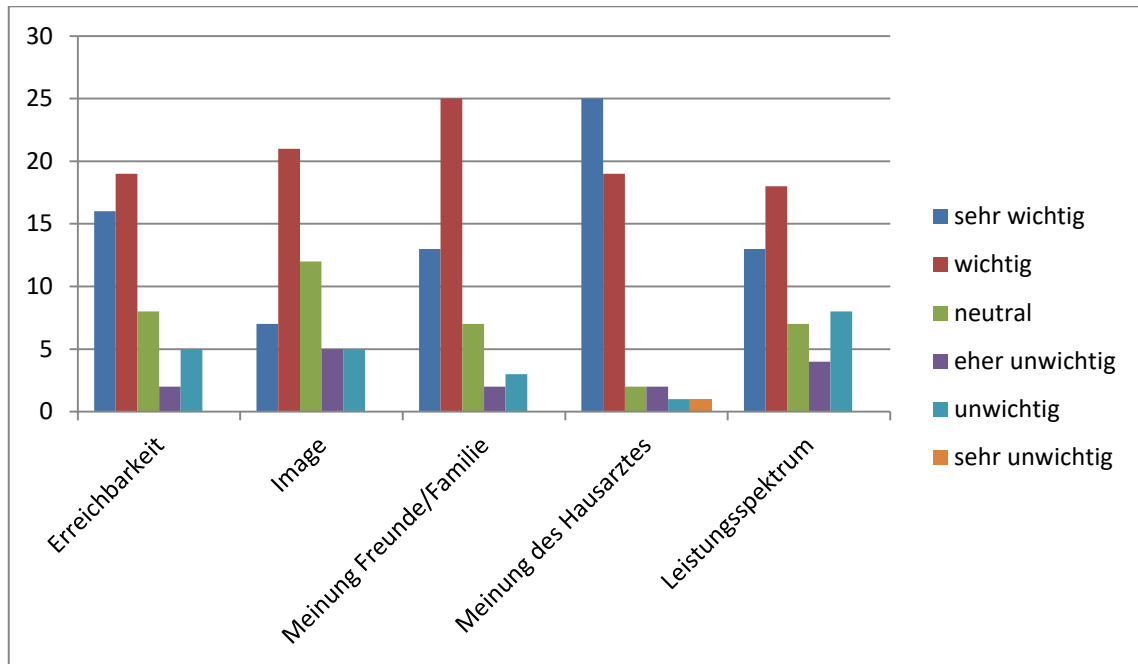


Abbildung 9: Wichtige Aspekte in der Krankenhauswahl

Die Graphik sowie die Werte zeigen, dass vor allem die Meinung des Hausarztes einen wesentlichen Grund für die Wahl eines Krankenhauses seitens des Patienten darstellt. Den Aspekt der Erreichbarkeit bewerteten die Befragten mit 70% als sehr wichtig und wichtig, das Image eines Krankenhauses wurde 56% als sehr wichtig und wichtig angegeben, die Meinung des Hausarztes stellte den wesentlichen Grund in der Krankenhauswahl mit einer Bewertung von 88% als sehr wichtig und wichtig dar. Die Meinung der Freunde und Familie ist 77% der Befragten wichtig und das Leistungsspektrum der Klinik 62%. Das Ergebnis dieser Frage verdeutlicht wiederum die Theorie, das Krankenhausmarketing nicht speziell auf Patienten auszulegen, sondern verschiedene Anspruchsgruppen zu berücksichtigen. Die Graphik zeigt außerdem, dass Patienten neben den Freunden und der Familie, vor allem auch die Meinung des Hausarztes wichtig erscheint. Zuweisende Ärzte sollten in Bezug auf die Ergebnisse dieser Frage im Krankenhausmarketing besonders berücksichtigt werden.

Ergebnisse Teil 2 Frage 1: Sind Sie mit Ihrem Aufenthalt zufrieden?

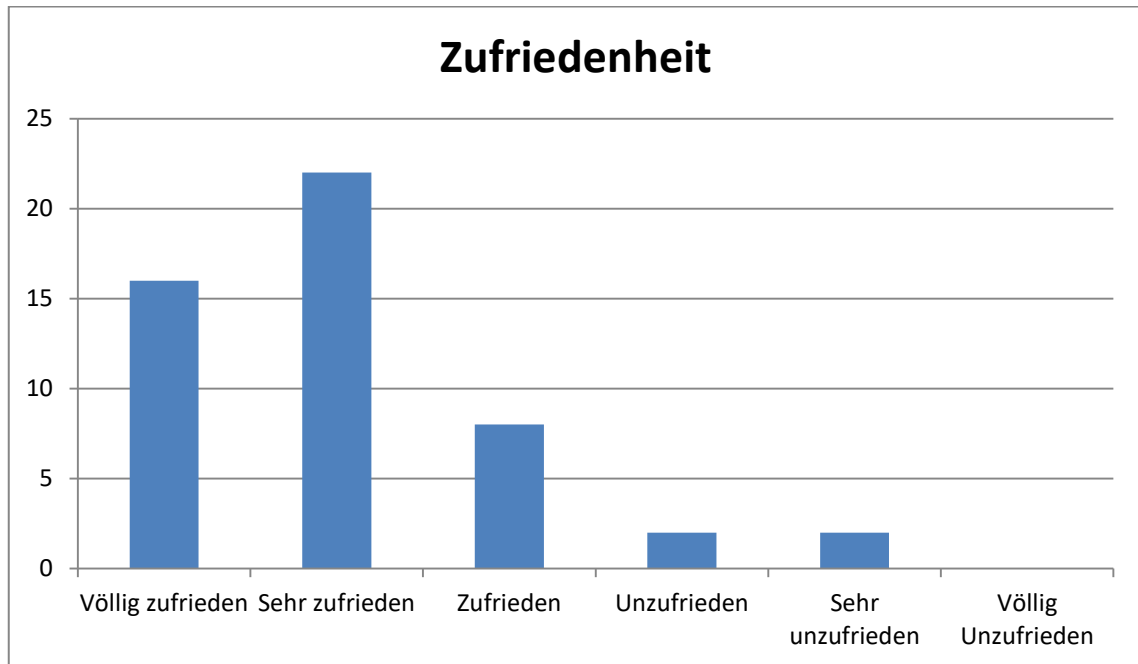


Abbildung 10: Zufriedenheitsmessung der Patienten mit dem Krankenhausaufenthalt

Die erste Frage des zweiten Teils der Patientenbefragung handelte von der Zufriedenheit der Patienten mit deren aktuellem Aufenthalt. Die Ergebnisse zeigen, dass 76% der Befragten mit ihrem Aufenthalt im Krankenhaus völlig zufrieden oder sehr zufrieden waren. 16% waren der Meinung, dass Sie zufrieden sind und 8% der Patienten waren unzufrieden oder sehr unzufrieden. Einen völlig unzufriedenen Patienten wurde nicht gemessen. Das Ergebnis dieser Frage lässt darauf schließen, dass die Patienten unter nahezu gleichen Zufriedenheitsbedingungen den Fragebogen ausfüllten und somit das Ergebnis nicht durch die Qualität des aktuellen Krankenhausaufenthaltes verzerrt wird.

Ergebnisse Teil 2 Frage 2: Bitte bewerten Sie folgende Punkte: 1 bedeutet sehr wichtig und 6 bedeutet unwichtig

Diese Frage befasst sich mit verschiedenen Kriterien, welche für einen qualitativ hochwertigen Krankenhausaufenthalt zu berücksichtigen sind. Graphisch werden die Ergebnisse in Abbildung 11 und 12 dargestellt und werden im Folgenden näher untersucht, um die Relevanz für das Marketing zu eruieren.

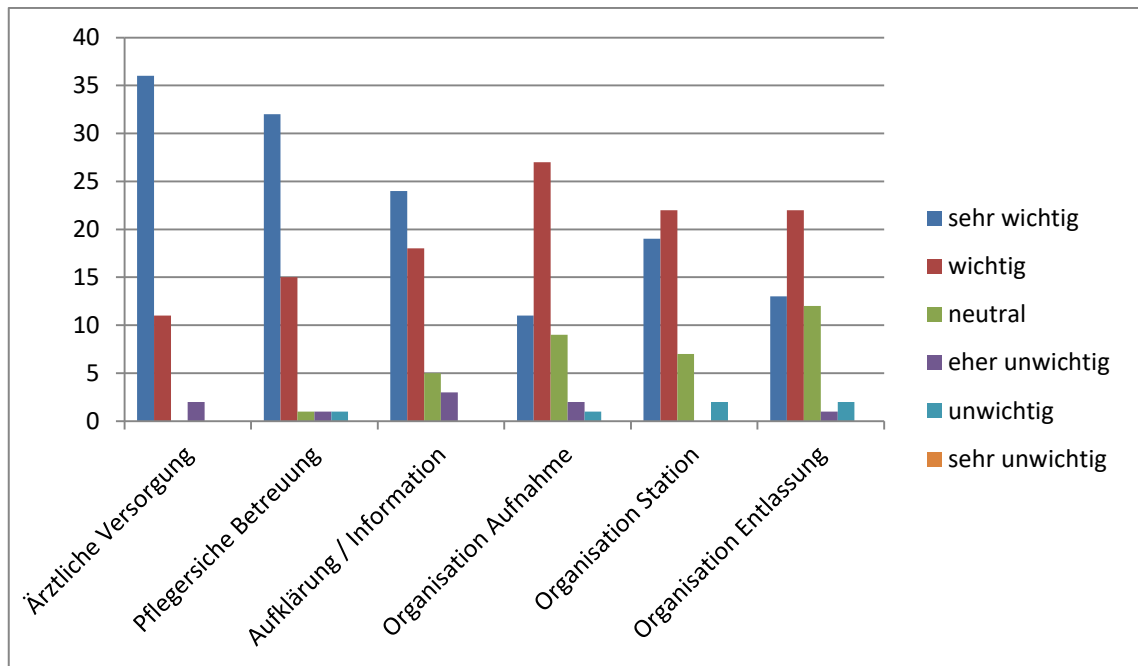


Abbildung 11: Darstellung der Wichtigkeit der Krankenhauskriterien Teil 1

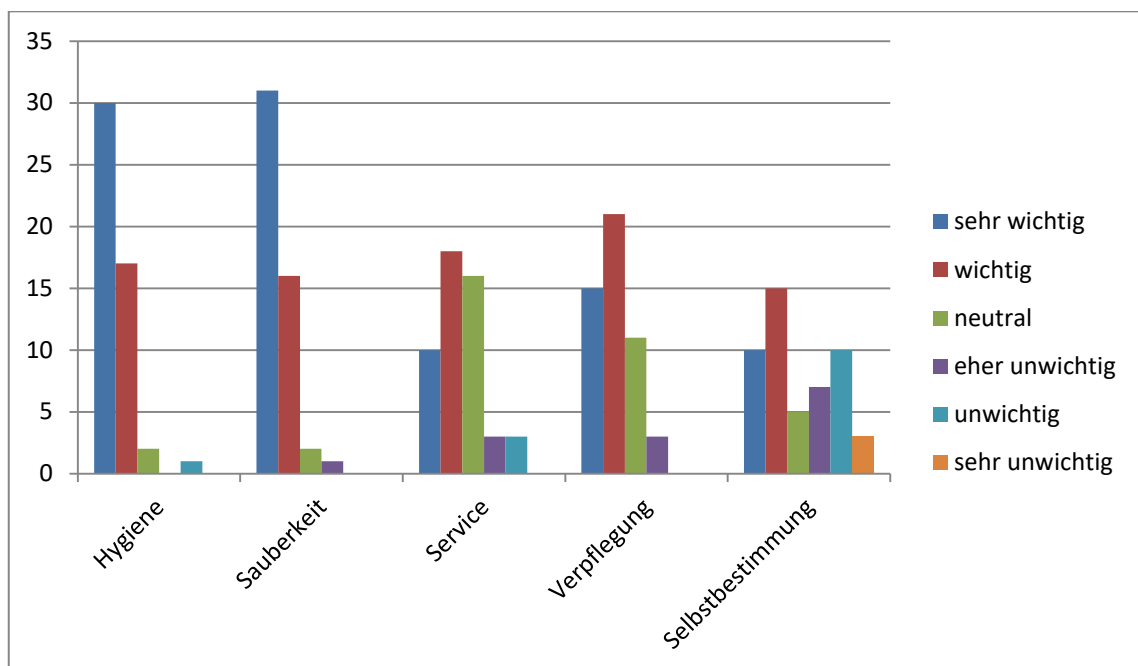


Abbildung 12: Darstellung der Wichtigkeit der Krankenhauskriterien Teil 2

Der Punkt der ärztlichen Betreuung wurde als sehr wichtig empfunden. 36 Patienten gaben an, dass Ihnen die ärztliche Betreuung als sehr wichtig erscheint. 11 Patienten waren der Meinung dass dieses Kriterium wichtig ist und 2 Personen meinten, dass dieser Punkt als eher unwichtig einzustufen ist. Irritierend an diesen Punkt sind die 2 Personen, welche die ärztliche Betreuung in einem Krankenhaus als eher unwichtig

bewertet haben. Der Grund hierfür könnte in den Grenzen der Informationsasymmetrie geschuldet sein, weswegen Patienten ohnehin von einer ausreichenden ärztlichen Betreuung im Krankenhaus ausgehen.

Die Pflegerische Betreuung bildet neben der ärztlichen Betreuung den zweiten Aspekt der medizinischen Leistung in einem Krankenhaus. In diesem Zusammenhang wurden ähnliche Werte festgestellt. Hier waren es 32 Personen, welche die Kategorie als sehr wichtig einstufen und 15, welche sie als wichtig erkannten. 1 Person war zudem neutral eingestellt wohingegen 1 Person die pflegerische Betreuung als eher unwichtig während eines Krankenhausaufenthaltes empfand.

Der Punkt der Aufklärung und Information war 24 Befragten sehr wichtig und 18 wichtig. 5 Patienten waren zu diesem Punkt neutral eingestellt und 3 Patienten sahen dies als eher unwichtig an. Diese Werte zeigen deutlich, dass Patienten während der Behandlung über den Verlauf ihres Gesundheitszustandes informiert werden möchten.

Die nächsten drei Kriterien stellten die Bewertungspunkte der Organisation in einem Krankenhaus dar. Diese wurde aufgeteilt in die Organisation während der Aufnahme, die Organisation auf der Station in die Organisation bei der Entlassung.

Das Kriterium der Organisation bei der Aufnahme empfanden 11 Personen als sehr wichtig, 27 Personen als wichtig, 9 Personen waren dazu neutral eingestellt, 2 empfanden den Punkt als eher unwichtig und eine Person als unwichtig. Die Organisation auf Station wurde wie folgt bewertet. 19 Befragte sind der Meinung, dass die Stationsorganisation sehr wichtig ist, 22 sind der Meinung, dass die sie wichtig ist, 7 Personen sind zu diesem Punkt neutral eingestellt und 2 Patienten empfinden diesen Punkt als unwichtig. Den letzten Punkt der organisatorischen Aspekte bildet die Entlassung. Diese empfanden 13 Personen als sehr wichtig, 22 Personen als wichtig, 12 Patienten waren dazu neutral eingestellt, 1 Person sah diesen Punkt als eher unwichtig an und 2 Personen als unwichtig. Die Grafik macht deutlich, dass die Kriterien der Organisation eine ähnliche Verteilung der Werte aufweisen. Eine gute Organisation im Krankenhaus in den Bereichen Aufnahme, Station und Entlassung wird demnach vom Patienten vorausgesetzt.

Die Hygiene und die Sauberkeit ist, wie in der Graphik ersichtlich, ein wichtiges Bedürfnis der Patienten. Die Hygiene im Krankenhaus ist demnach 30 Personen sehr wichtig, 17 wichtig, 2 Personen sind zu diesem Punkt neutral eingestellt und eine Personen empfindet die Hygiene als unwichtig. Die Sauberkeit zeigt dabei ähnliche Werte auf. 31 Personen ist diese während eines Krankenhausaufenthaltes sehr wichtig, 16 Personen wichtig, 2 Patienten waren zu diesem Thema neutral eingestellt und einen Befragter war die Sauberkeit eher unwichtig. Es ist interessant zu sehen, dass das

Bedürfnis nach Hygiene und Sauberkeit wichtiger eingestuft wird als die medizinische Leistung an sich. Sie bilden, wie aus der Grafik ersichtlich, die zwei wichtigsten Aspekte für den Patienten während seines Aufenthaltes im Krankenhaus.

Der Service als Nebenleistung in einer Akutklinik der Grund- und Regelversorgung, wird im Vergleich zu den bisherigen Aspekten als neutral eingestuft. 10 Personen ist die Serviceleistung sehr wichtig, 18 Personen stufen diese Leistung als wichtig ein, 16 Patienten sind zu diesem Punkt neutral eingestellt, 3 Personen befinden den Service als eher unwichtig und weitere 3 Befragte sind der Meinung, dass der Service in einem Krankenhaus unwichtig ist. Die Ergebnisse dieses Punkts zeigen, dass Patienten die eigentliche medizinische Leistung im Krankenhaus den Serviceleistungen vorziehen.

Die Verpflegung als ein wichtiges menschliches Bedürfnis zeigt ebenfalls eine eher neutrale Tendenz auf. 15 Personen ist die Verpflegung sehr wichtig, 21 Personen stufen diese Leistung als wichtig ein, 11 Patienten sind zu diesem Punkt neutral eingestellt und 3 Personen befinden diese als eher unwichtig. Auch diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Patienten lieber eine gute medizinische Versorgung erfahren, als in einem Krankenhaus gut essen zu können. Dennoch waren 72% der Befragten der Meinung, dass es ebenfalls einen wichtigen Punkt darstellt.

Der Aspekt der Selbstbestimmung sticht in den Ergebnissen der Werte sowie in der Grafik deutlich hervor. Es ist der Punkt, welchen 3 Personen als sehr unwichtig empfanden. Zudem stufen 40% der Befragten dieses Bedürfnis als eher unwichtig bis sehr unwichtig ein, welches den höchsten Prozentsatz aller Fragen mit dieser Bewertung aufweist. Dennoch empfanden 10 Personen diesen Punkt als sehr wichtig, 15 Personen als wichtig und weitere 5 waren neutral eingestellt. Das Resultat dieser Einstufung zeigt deutlich das Problem der Informationsasymmetrie im Gesundheitswesen, wonach Patienten auf Grund fehlender medizinischer Kenntnisse die Behandlung oder Therapie dem Fachpersonal überlassen.

Ergebnisse Teil 2 Frage 3: Was ist Ihnen während Ihres Krankenhausaufenthaltes wichtig?

Diese Frage konnten die Patienten eigenständig beantworten. Dabei gingen insgesamt 27 Patienten auf diese Frage ein. Die Ergebnisse wurden in verschiedene Kategorien unterteilt:

1. Freundlichkeit des Personals
2. Medizinische Qualität
3. Kommunikation
4. Verpflegung
5. Betreuung

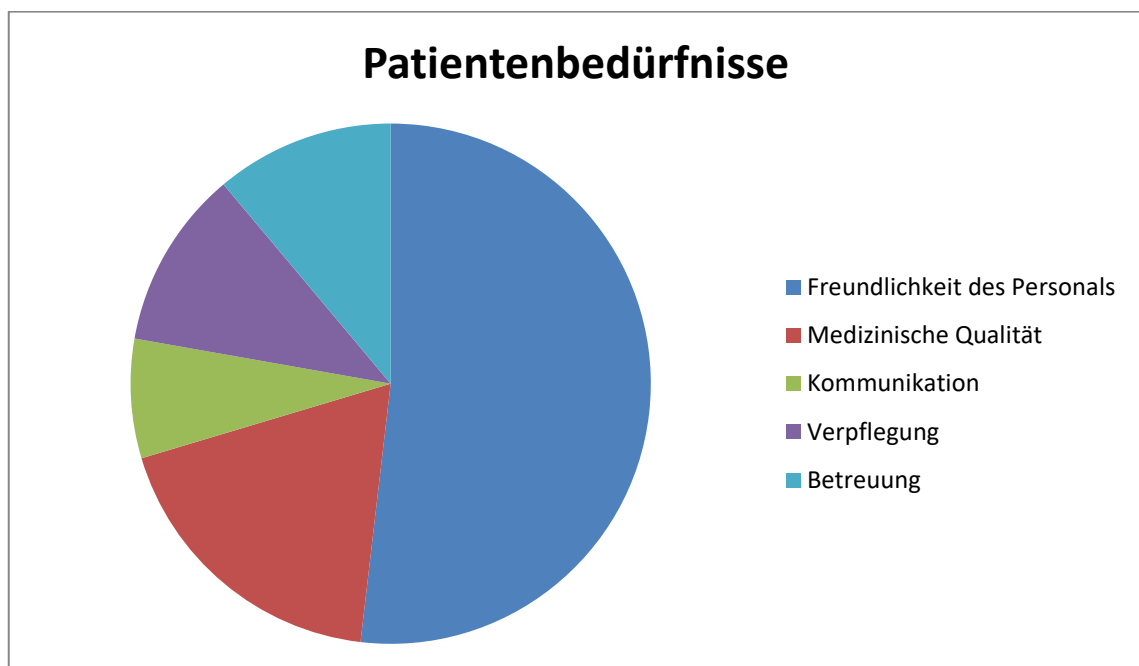


Abbildung 13: Patientenbedürfnisse

Aus der Grafik geht deutlich hervor, dass primär der Wunsch der Patienten ist, einem freundlichen Personal gegenüberzustehen. 14 der 27 Personen sind dieser Meinung. 5 Personen gaben an, dass die medizinische Leistung im Vordergrund stehen muss. Jeweils 3 Patienten ist die Betreuung und die Verpflegung am wichtigsten und 2 Personen gaben an, dass aus Ihrer Sicht die Kommunikation im Vordergrund steht.

4.3 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen

In den Schlussfolgerungen werden die Befragungsergebnisse mit dem theoretischen Teil der Arbeit verglichen, um somit Ansatzpunkte für das Marketing eines Krankenhauses im Sinne des Relationship Marketings auszuarbeiten. Der Vergleich findet dabei zwischen den Bedürfnissen der Patienten und den Marketingmaßnahmen zur Patientengewinnung statt. Zudem soll geklärt werden, ob Anspruchsgruppe der Patienten die wichtigste Gruppe der Stakeholder bei der Akquirierung von Patienten darstellen, oder ob weitere Interessensgruppen von Bedeutung sind.

Die Ergebnisse der ersten Frage der Befragung sind eindeutig. Mit einer Zuweisungsrate von 50% haben zuweisende Ärzte einen erheblichen Anteil an dem wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung mit Akuthilfe. Bezieht man unter diesem Gesichtspunkt die Definition des Relationship Marketings nach Bruhn⁹⁷ oder nach Weinhhammer⁹⁸ ein, so treffen diese nicht optimal auf die Anspruchsgruppenfokussierung zu. Nach den neu gewonnenen Erkenntnissen aus der Befragung nimmt die Anspruchsgruppe der zuweisenden Ärzte eine mindestens genauso große Rolle ein, wie der Patient an sich. Der Grund hierfür liegt in der Funktion der zuweisenden Ärzte als Ratgeber für Patienten, sowie als direkter Zuweiser. Ziel des Krankenhausmarketings um eine Steigerung des Patientenzulaufes zu gewährleisten, muss es nun sein, Maßnahmen zur Steigerung der Zufriedenheit der regional niedergelassenen Ärzte einzuleiten, um folglich die Beziehung zu diesen zu verbessern.

Als zweite Erkenntnis ist zu nennen, dass die Kommunikationspolitik nach Papenhoff und Platzköster⁹⁹ in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung einen weniger großen Stellenwert einnimmt wie bisher angenommen. Mit 66% der 50 befragten Personen, lag der Anteil derer die sich nicht im Vorfeld über das Krankenhaus informiert haben, weit über der Hälfte der Befragten. Dennoch waren mehr als 85% zufrieden mit dieser Situation. Die anderen 44% der Patienten informierten sich hauptsächlich über Freunde und Familie sowie über Veranstaltungen oder Sonstiges. Das Resultat davon für das Krankenhausmarketing und das Beziehungsmanagement ist, sich einerseits weniger auf Printmedien oder das Internet zu fokussieren, um andererseits mehr Ressourcen in die Planung von Veranstaltungen oder Fachvorträgen

⁹⁷ Vgl. Bruhn 2016, S.12

⁹⁸ Vgl. Weinhhammer 2005, S.212

⁹⁹ Vgl. Papenhoff, Platzköster 2010,S.109,110

investieren zu können. So sollten Patienten oder deren Angehörige am leichtesten von der Qualität eines Krankenhauses überzeugt werden können.

Eine weitere Erkenntnis entsteht bei der Betrachtung der Patientenbedürfnisse während des Krankenhausaufenthaltes. Papenhoff und Platzköster erwähnen in Ihrem Werk „Marketing für Krankenhäuser und Rehakliniken“, dass Patienten Bedürfnisse besitzen. Zu diesen gehören die Diskussionsbereitschaft, die Zuwendung, freundliches Personal, Vertrauen, Qualität und die Möglichkeit sich zu beschweren.¹⁰⁰ Einige dieser Bedürfnisse konnte die Befragung ebenfalls feststellen, andere wurden allerdings nicht erwähnt und wiederum andere können hinzugefügt werden. Die Befragung ergab, dass Patienten während Ihres Aufenthaltes Zuwendung, freundliches Personal, Vertrauen, Qualität und das Gefühl von Sauberkeit und Reinheit benötigen, um sich wohl zu fühlen. Die Aspekte der möglichen Diskussionsbereitschaft sowie die Möglichkeit sich beschweren zu können, konnte die Befragung allerdings nicht bestätigen. Für das Marketing bedeutet dies, sich speziell diesen Bedürfnissen der Patienten anzunehmen, um ein gutes Bild sowohl bei den Patienten, als auch bei deren Angehörigen und Freunden zu hinterlassen. Um dies zu erreichen ist es von besonderer Bedeutung, dass gesamte Krankenhauspersonal auf einen freundlichen Umgang mit den Patienten einzustimmen.

Des Weiteren unterstütze das Ergebnis der Patientenbefragung den Verdacht der Informationsasymmetrie im Krankenhausbereich. Besonders bei dem Punkt der Selbstbestimmung während einer Behandlung, gingen die Meinungen der Patienten weit auseinander. Alle Werte zwischen sehr wichtig und sehr unwichtig wurden dabei gewählt. Dies bedeutet, dass viele Patienten auf die Hilfe und auf die Fachkenntnis des ärztlichen Personals angewiesen sind und Ihnen bei der Wahl der Behandlung oder der Medikamente vertrauen müssen. Das Marketing kann sich dieser Unkenntnis insoweit bedienen, dass speziell hierfür gewisse Informationsstandards in die Marketingmaßnahmen aufgenommen werden, um sich das Vertrauen der Patienten zu verdienen und somit eine Beziehung im Sinne eines Relationship Marketings aufzubauen. Hierzu sollten Informationsveranstaltungen genutzt werden, um wiederum persönlich in Kontakt mit den Patienten zu gelangen.

¹⁰⁰ Vgl. Papenhoff, Platzköster, S.27,28,29

5 Fazit

Das Krankenhauswesen sieht sich mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Mit dem größten Ausgabenteil im Gesundheitsbereich, ist im Sinne des Sozialstaatsgebots die Politik gefordert, die Ausgabe der stationären Versorgung zu senken. Krankenhäuser aller Versorgungstufen befinden sich dadurch im Konflikt zwischen ökonomischer Optimierung ihrer Leistungen auf der einen, und der Forderung nach höherer Versorgungsqualität auf der anderen Seite. Im Zuge der Gesundheitsreform und mit Einführung des fallpauschalisierten Vergütungssystems wurden ein Wettbewerb unter den Krankenhäusern und zwischen anderen Anbietern von Gesundheitsleistungen initiiert, der einen Kampf um Marktanteile und Patienten entstehen ließ.

Um diesem Wettbewerb standhalten zu können ist es für Krankenhäuser von entscheidender Bedeutung, die Patienten sowie die zuweisenden Arzt in den Mittelpunkt des medizinischen und wirtschaftlichen Handelns zu stellen. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf der Entwicklung des Krankenhausmarketings, welches mit den Herausforderungen der Charakteristika des Gesundheitsmarktes, sowie dessen Leistungen zu kämpfen hat. Im Marketing der Krankenhäuser entstanden bereits verschiedene Ansätze um Vorteile gegenüber Konkurrenten zu haben. Ein Konzept wird davon als Patienten Relationship Marketing bezeichnet. Dieses beinhaltet Bereiche des Relationship Managements.

Dem Konzept des Relationship Marketings liegt in erster Instanz die Anspruchsgruppenorientierung zu Grunde. Dementsprechend differenziert sich die Ausgestaltungsform an Hand des Anspruchsgruppenkreises, aber auch nach der Art der Leistung. Relationship Marketing im engeren Sinne betrifft sowohl die Kundenbeziehungen, als auch die Beziehung des Unternehmens zu sämtlichen Anspruchsgruppen. Um diesen Marketingansatz in einem Krankenhaus zu integrieren, ist es wichtig in Erfahrung zu bringen, welche Bedürfnisse beziehungsweise Ansprüche die jeweiligen Stakeholder besitzen und diese Mittels empirischen Erhebungsmethoden herauszufinden.

Für den Erfolg einer Akutklinik mit dem Auftrag der Grund- und Regelversorgung konnte so ermittelt werden, dass für das Marketing in erster Linie die Beziehung zu den Patienten und zu den zuweisenden Ärzten entscheidend ist. Die Bedürfnisse konnten allerdings lediglich von der Anspruchsgruppe der Patienten ermittelt werden. Die Befragung ergab, dass Patienten während Ihres Aufenthaltes Zuwendung, freundliches Personal, Vertrauen, Qualität und das Gefühl von Sauberkeit und Reinheit benötigen, um sich wohl zu fühlen.

Die Möglichkeiten die sich für das Krankenhausmarketing in der Auswahl der Maßnahmen im Vorfeld, zur Patientengewinnung, ergeben, sind jedoch durch gesetzliche

Rahmenbedingungen und den Faktor der Informationsasymmetrie begrenzt. Zu bevorzugende Mittel sind unter diesem Aspekt, das Organisieren von Informationsveranstaltungen und Fachvorträgen um bereits im Vorfeld einen persönlichen Kontakt herzustellen, und im Sinne der Patientenakquirierung eine Beziehung aufzubauen.

Möglichkeiten für eine zukünftige, stationsübergreifende und ökonomische Sicherung des Krankenhauses liegen, vor diesem Hintergrund, in der Konzeptionierung eines Einweiserbeziehungsmanagements. Dieses ist allerdings innerhalb des Krankenhaussektors noch wenig bekannt. Den Versuch ein solches Konzept darzustellen findet sich in dem Werk von Andrea Raab und Alexandra Drissner „Einweiserbeziehungsmanagement“, auf welches hier verwiesen werden soll.

Insgesamt ist festzuhalten, dass Krankenhäuser zukünftig höhere Anstrengungen für die Patientengewinnung in Kauf nehmen müssen. Dabei ist es wichtig ein Fundament zu schaffen, welches flexibel ist, um auf zukünftige, gesellschaftliche und politische Veränderungen schnellstmöglich reagieren zu können. Die Bedürfnisse und Ansprüche der verschiedenen Stakeholder, sowie deren Ermittlung und Auslegung auf die eigenen Leistungsprozesse, werden für das Überleben deutscher Krankenhäuser existenzieller denn je werden.

Literaturverzeichnis

Brosius, H-B., Haas, A., Koschel, F., 2016: Methoden der empirischen Kommunikationsforschung, Springer VS.

Bruhn, M., 2016: Relationship Marketing: Das Management von Kundenbeziehungen, Verlag Franz Vahlen München.

Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T., 2013: Management im Gesundheitswesen, Springer Medizin.

Freiling, J., Reckenfelderbäumer, M., 2013: Markt und Unternehmung: Eine marktorientierte Einführung in die Betriebswirtschaft, Springer Verlag.

Frodl, A., 2017: Gesundheitsbetriebslehre: Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen, Springer Verlag.

Gericke, C., Wörz, M., Busse, R., 2006: Leistungsmanagement in Krankenhäusern, Springer Medizin.

Gigerenzer, G., Gray, M., 2013: Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Hajen, L., Paetow, H., Schuhmacher, H., 2010: Gesundheitsökonomie: Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele, Verlag W. Kohlhammer.

Hennings, S., 2012: Patientenbefragung als Chance für Qualitätsmanagement und Parxismarketing, Diplomica Verlag.

Homburg, C., 2016: Grundlagen des Marketingmanagement: Einführung in Strategie, Instrumente, Umsetzung und Unternehmensführung, Springer Verlag.

Jurisch, C., 2003: Der Fragebogen als Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in Einrichtungen des Gesundheitswesens, GRIN Verlag.

Koch, J., Riedmüller, F., Gebhard, P., 2016: Marktforschung: Grundlagen und praktische Anwendung, Walter de Gruyter.

Meffert, H., Bruhn, M., 2009: Dienstleistungsmarketing-Grundlagen-Konzepte-Methoden, Gabler.

Papenhoff, M., Platzköster, C., 2010: Marketing für Krankenhäuser und Rehakliniken, Springer Medizin.

Preusker, U., 2015: Das deutsche Gesundheitssystem verstehen: Strukturen und Funktionen im Wandel, medhochzwei Verlag.

Raab, A., Drissner, A., 2011: Einweiserbeziehungsmanagement: Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen, Verlag W.Kohlhammer.

Riegel, G.F., 2000: Krankenhaus-Marketing & Qualitäts-Management, Verlag Prof. Riegel & Partner.

Simon, M., 2013: Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Verlag Hans Huber.

Thill, K.D., 1999: Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser, Verlag W. Kohlhammer.

Weilhammer, U., 2005: Patienten Relationship Management: Möglichkeiten und Grenzen der Wettbewerbsorientierung von Krankenhäuser am Beispiel des Patientenbeziehungsmanagement, Logos-Verlag.

Internet Quellen:

Destatis, Statistisches Bundesamt, Url: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheit.html;jsessionid=B7C7695E62CC4307182A6D1E0C6DE4DA.cae1>, (Stand 07.12.2016).

Gesetze-im-Internet, Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz, Url: https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_2.html, (Stand 07.12.2016).

Zeq, Qualität und Wirtschaftlichkeit, Url: <http://www.zeq.de/leistungen/befragungen/patientenbefragung.html>, (Stand 03.11.2016).

Sananet, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Url: http://www.sananet.com/files/muster_vorlage_fragebogen_patientenbefragung_klinik.pdf, (Stand 03.11.2016).

Sana Kliniken des Landkreises Cham, Url: <https://www.diekliniken.de/ihr-aufenthalt/patientenzufriedenheit.html>, (Stand 01.11.2016).

Gesetzesbücher:

Fünftes Sozialgesetzbuch

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.

Ort, Datum

Vorname Nachname