

---

# **BACHELORARBEIT**

---

Herr  
**Maurice Neuwirth**

**Selbstzahlermedizin -  
Vermarktungskonzept für  
moderne Arztpraxen**

**2014**

# **BACHELORARBEIT**

---

## **Selbstzahlermedizin - Vermarktungskonzept für moderne Arztpraxen**

Autor:  
**Herr Maurice Neuwirth**

Studiengang:  
**Gesundheitsmanagement**

Seminargruppe:  
**GM11wP1-B**

Erstprüfer:  
**Prof. Dr. Volker Kreyher**

Zweitprüfer:  
**Dr. Robert Fleuter**

Einreichung:  
Mannheim, 20. Juni 2014

# **BACHELOR THESIS**

---

## **Self-pay medical services - Marketing concept for innovative medical practices**

author:

**Mr. Maurice Neuwirth**

course of studies:

**Health Care Management**

seminar group:

**GM11wP1-B**

first examiner:

**Prof. Dr. Volker Kreyher**

second examiner:

**Dr. Robert Fleuter**

submission:

**Mannheim, 20. Juni 2014**

---

## **Bibliografische Angaben**

Neuwirth, Maurice

Selbstzahlermedizin – Vermarktungskonzept für moderne Arztpraxen

Self-payment-medicine – marketingconcept for innovative medical practices

51 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,  
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

## **Abstract**

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Selbstzahlermedizin in Deutschland. Individuelle Gesundheitsleistungen sind sowohl bei Diagnostik, Therapie oder bei präventiven Gesundheitsmaßnahmen ein wichtiger Bestandteil des Praxisangebotes. Arztpraxen müssen ihre Vermarktung ihres Angebotes anpassen und sehen sich sowohl mit moralischen, ökonomischen als auch rechtlichen Problemen konfrontiert.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>VIII</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Aktuelle Gesundheitspolitik .....</b>	<b>4</b>
2.1 Abrechnungssysteme .....	4
2.1.1 Ambulantes Abrechnungssystem .....	4
2.1.2 Stationäres Abrechnungssystem .....	5
2.2 Abrechnung Kassenpatient / Privatpatient .....	6
2.3 Strukturdaten .....	7
2.4 Strukturprinzipien des deutschen Gesundheitssystems .....	8
2.5 Moral Hazard .....	12
2.6 Fehlende Eigenverantwortung .....	12
<b>3 Selbstzahlermedizin in Arztpraxen .....</b>	<b>14</b>
3.1 Definition und Abrechnung .....	14
3.2 Angebote .....	15
3.3 Betriebswirtschaftliche Bedeutung und öffentliche Wahrnehmung .....	16
<b>4 Gesundheitsmarketing .....</b>	<b>18</b>
4.1 Akteure .....	18
4.2 Verständnisperspektiven .....	20
4.3 Marketingansätze .....	21
4.4 Medium Internet .....	23
4.5 Rechtliche Beschränkungen .....	24
<b>5 Vermarktung der Selbstzahlermedizin .....</b>	<b>27</b>
5.1 Wünsche der Patienten und der Ärzte .....	27
5.2 Marketingmix .....	31
5.2.1 Vermarktungsmaßnahmen innerhalb der Praxis .....	33
5.2.2 Vermarktungsmaßnahmen außerhalb der Praxis .....	36
5.2.3 Zusammenfassung .....	38
5.3 Beispiel Sporttherapie .....	40

---

<b>6 Erfolgsfaktoren.....</b>	<b>43</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>46</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>51</b>

---

## Abkürzungsverzeichnis

BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bemessungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
HWG	Heilmittelwerbegesetz
ICD	International Classification of Diseases
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung
PSA	Prostata-spezifischer Antigen
TMG	Telemedizingesetz
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit .....	2
Abbildung 2: Beteiligte am Gesundheitsmarkt .....	19
Abbildung 3: Wünsche der Patienten .....	28
Abbildung 4: Gründe gegen IGeL .....	30
Abbildung 5: Vermarktung der IGeL-Leistungen .....	31
Abbildung 6: Einsatzgebiete für Marketingmaßnahmen einer Praxis .....	33



## 1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in einem Wandel. Die demographische Entwicklung steht dem technologischen Fortschritt gegenüber, was die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems beinahe unmöglich erscheinen lässt.<sup>1</sup> Die sinkende Geburtenrate<sup>2</sup> und die immer älter werdende Bevölkerung lassen Fortschritte und Innovationen in der Medizintechnik und in der Pharmazie aus finanziellen Gesichtspunkten kaum zu.<sup>3</sup> „Dr. Robot“, „Knorpelzüchtung“ oder die „passende Hüfte“ sind nur einige Beispiele, die erahnen lassen was alles in der Medizin möglich ist.<sup>4</sup> Es ist wenig verwunderlich, dass die Krankenkassen Kosten sparen, Leistungen kürzen und die ärztliche Leistung sehr stark regulieren. Die teilweise schlechte Honorierung kassenärztlicher Leistungen führt zwangsläufig zu einem Ärztemangel, vor allem in ländlichen Gebieten Deutschlands, die allerdings auch mit anderen Faktoren, wie fehlender Attraktivität, zusammenhängt.<sup>5</sup> Die deutsche Gesundheitspolitik lässt aber auch die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, die privat abgerechnet werden, besonders attraktiv erscheinen. Die Öffentlichkeit diskutiert meist einseitig negativ über die Selbstzahlermedizin und deren Anbietern, also die Ärzteschaft, was eine Vermarktung dieser Leistungen besonders schwierig erscheinen lässt.<sup>6</sup>

Die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung von 1883 ist der Grundstein des heutigen Gesundheitswesens.<sup>7</sup> Die wesentlichen Strukturprinzipien sind das Sozialstaatsgebot, das Solidarprinzip, das Subsidiaritätsprinzip, das Bedarfsdeckungsprinzip, das Sachleistungsprinzip, die Versicherungspflicht und die Selbstverwaltung.<sup>8</sup> Diese Bestandteile werden in dieser Bachelorarbeit genauer beschrieben. Die zuzahlungsfreie ärztliche Behandlung im Krankheitsfall ist also seit über 100 Jahren fester Bestandteil des deutschen Sozialstaates. Die Gewohnheit und generelle Erwartung, ärztliche Leistung muss ohne Zuzahlung erfolgen, lässt die Selbstzahlermedizin als unnötig erscheinen. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass deutsche Haushalte im Durchschnitt mehr für Haushaltsgeräte und Innenausstattung (5,0% vom Haushaltseinkommen) ausgeben

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2014

<sup>2</sup> Vgl. Siems 2013

<sup>3</sup> Vgl. Neumann 2011

<sup>4</sup> Vgl. Trendmonitor 1999

<sup>5</sup> Vgl. Kade 2013

<sup>6</sup> Vgl. Heier/Marstedt 2012

<sup>7</sup> Vgl. Deutsches historisches Museum 2014

<sup>8</sup> Vgl. Kreyher 2001, 75

als für die private Gesundheitspflege (4,2%).<sup>9</sup> Der Aufbau dieser Bachelorarbeit wird in der folgenden Grafik dargestellt (Abb.1).

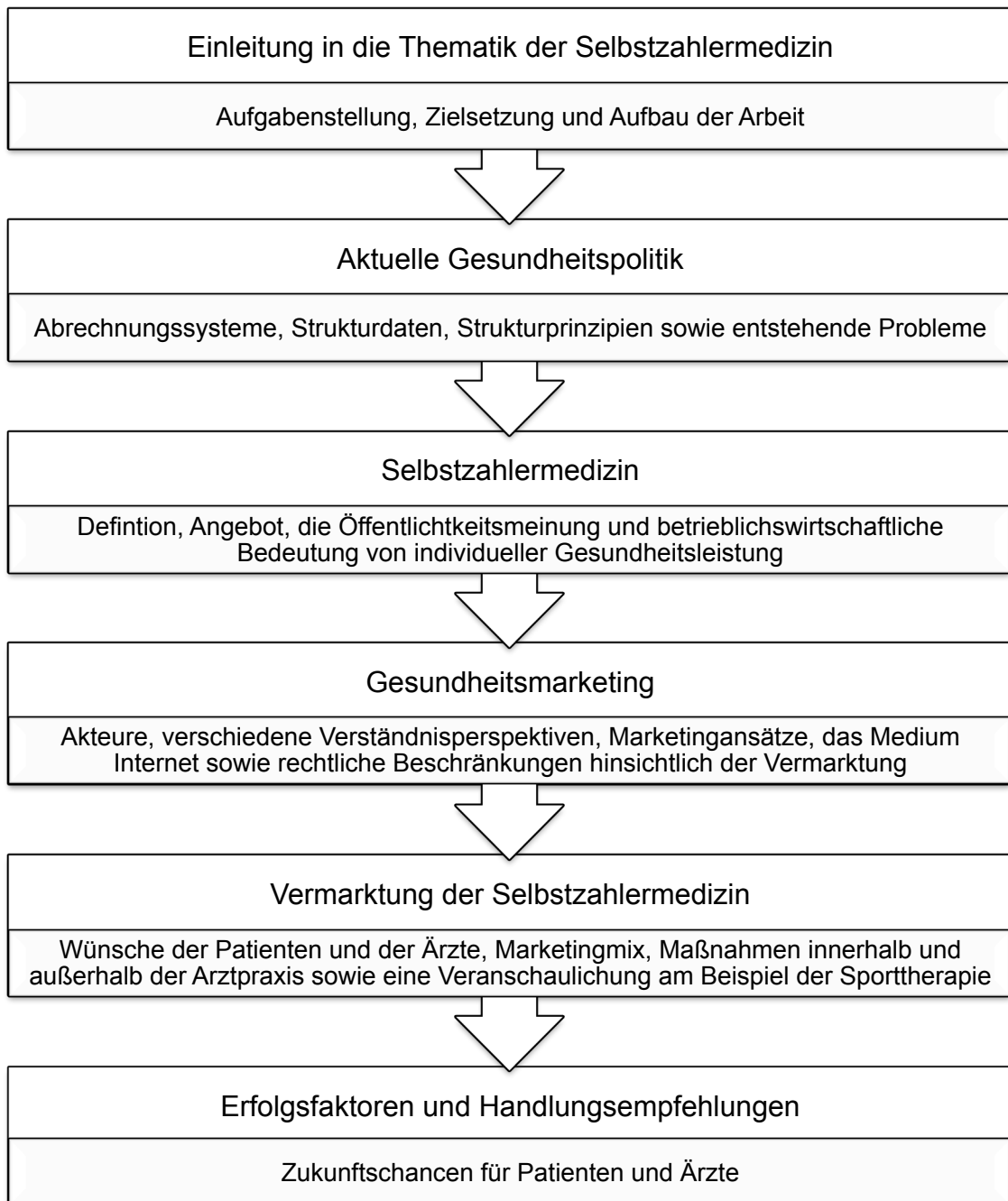


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit

Quelle: Eigene Abbildung

<sup>9</sup> Musterhaushalt.de 2014

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, einen generellen Überblick über das deutsche Gesundheitssystem zu geben und Möglichkeiten für moderne Arztpraxen aufzuzeigen, Selbstzahlermedizin optimal zu vermarkten. Dabei werden Instrumente und Maßnahmen innerhalb und außerhalb der Arztpraxis beschrieben. Bachelorarbeit befasst sich nicht nur mit der Vermarktung der Selbstzahlermedizin, sondern beschreibt auch die Gründe, weshalb man die individuellen Gesundheitsleistungen als Notwendigkeit für eine sichere ärztliche Versorgung der deutschen Bevölkerung ansehen muss.

## 2 Aktuelle Gesundheitspolitik

Um die Selbstzahlermedizin optimal zu vermarkten, ist es notwendig die aktuelle Gesundheitspolitik und den Aufbau des deutschen Gesundheitssystems zu verstehen. Deshalb befasst sich dieses Kapitel mit den verschiedenen Abrechnungssystemen und den aktuellen Strukturdaten sowie die Frage, inwieweit sich das Solidarsystem mit der Selbstzahlermedizin vereinen lässt.

### 2.1 Abrechnungssysteme

Die deutsche Gesundheitspolitik unterscheidet zwei Abrechnungssysteme, welche getrennt von einander betrachtet werden müssen. Man unterscheidet das ambulante Abrechnungssystem, für die Abrechnung ambulanter Leistung und das stationäre Abrechnungssystem, für die Abrechnung der stationär erbrachten medizinischen Leistung. Die unterschiedlichen Vergütungssysteme werden im Folgenden genauer beschrieben.

#### 2.1.1 Ambulantes Abrechnungssystem

Die ambulante medizinische Versorgung wird hauptsächlich von niedergelassenen Vertragsärzten wahrgenommen und umfasst alle Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten, die in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden.<sup>10</sup> Alle Vertragsärzte sind Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, die für die Verteilung der Gesamtvergütung an die einzelnen Leistungserbringer verantwortlich sind.

Grundlage für die Verteilung der Gesamtvergütung ist der sogenannte Honorarverteilungsmaßstab (HVM), den die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen aushandeln.<sup>11</sup> Die Erstattungsfähigkeit und die Höhe der Erstattung wird im Einheitlichen Bemessungsmaßstab (EBM) dokumentiert und wird vom

---

<sup>10</sup> Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2014

<sup>11</sup> Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2014b

Bewertungsausschuss, der aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband besteht, festgelegt.<sup>12</sup>

Medizinische Leistungen, die nicht im EBM dokumentiert sind, können folglich nicht zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden. Der Wert einer medizinischen Leistung wird durch eine Punktzahl wiedergegeben. Der Euro-Wert eines Punktes wird jährlich neu von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen vereinbart. Für das Jahr 2013 wurden pro Punkt 3,5363 Cent erstattet.<sup>13</sup>

### **2.1.2 Stationäres Abrechnungssystem**

Unter den Einrichtungen der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege sowie Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation subsumiert.<sup>14</sup>

Die stationäre Abrechnung erfolgt durch das sogenannte DRG-System (Diagnosis Related Groups). Somit erhält das Krankenhaus pro Patient eine sogenannte Fallpauschale, mit der es wirtschaften muss. Einem Patienten wird nach der Diagnose ein sogenannter ICD-Code, International classification of diseases, zugeteilt. Dieser Code verschlüsselt die Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen, wegen derer ein Patient im Krankenhaus behandelt wird. Durch die Diagnose werden mehrere Möglichkeiten zur Therapie ermöglicht, die als OPS (Operationen- und Prozeduren-Schlüssel) definiert werden. Somit existiert für jeden Eingriff bzw. jede Therapiemöglichkeit ein eigener Operationen- und Prozeduren-Schlüssel. Im DRG-System werden zusätzlich Faktoren wie Alter, Geschlecht, Schweregrad der Krankheit, Ressourcenverbrauch, Komplexität des Falles und Nebendiagnosen miteingerechnet. Somit werden teure Eingriffe, falls der Patient beispielsweise eine Multimorbidität aufweist, abgedeckt. Durch die Kodierung wird schließlich die DRG ermittelt, die im Fallpauschalenkatalog abgebildet wird. Durch die Bewertungsrelation wird nun länderspezifisch das Entgelt des Eingriffes errechnet.

---

<sup>12</sup> Bundesinstitut für Gesundheit 2014

<sup>13</sup> Bundesinstitut für Gesundheit 2014

<sup>14</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013

## 2.2 Abrechnung Kassenpatient / Privatpatient

Die ambulante Abrechnung von Kassenpatienten und Privatpatienten unterliegt unterschiedlichen Regularien. Jeder Vertragsarzt, der ambulant einen gesetzlich versicherten Patienten behandelt, rechnet über den einheitlichen Bemessungsmaßstab, kurz EBM, über die jeweilige Kassenärztlichen Vereinigung ab, vorausgesetzt, die Kosten der Behandlung werden von den Krankenkassen übernommen. Jeder Vertragsarzt erhält ein sogenanntes Regelleistungsvolumen, welches sich durch die Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der Anzahl der Patientenzahlen aus dem Vorjahresquartal errechnet.<sup>15</sup> Somit erhält jede Praxis ein Regelleistungsvolumen als Euro-Betrag, in der auch die Altersstrukturen durch einen Faktor miteingerechnet werden.

Erbringt der Arzt mehr Leistungen als durch sein Regelleistungsvolumen abgedeckt wird, werden diese Leistungen nicht mehr im vollen Umfang von der gesetzlichen Krankenkasse vergütet.<sup>16</sup> Dieses offensichtlich sehr ungerechte System, in dem Leistungen eines Arztes nur noch zum Teil oder gar nicht vergütet werden, begünstigt die positive Position des Privatpatienten und der individuellen Gesundheitsleistungen gegenüber den Kassenpatienten. Zum einen fallen medizinische Leistungen für einen Privatpatienten nicht in das Regelleistungsvolumen des Arztes. Zum anderen können individuelle Gesundheitsleistungen im Vergleich zu Kassenleistungen höher abrechnet werden. Die Gebührenordnung für Ärzte, kurz GOÄ, regelt dabei die Preisfindung des Arztes beim Anbieten von Selbstzahlermedizin.<sup>17</sup> Zudem werden Leistungen, die privat abgerechnet werden, innerhalb einer vom Arzt gewährten Zahlungsfrist bezahlt. Der medizinische Leistungserbringer kann somit schneller mit seiner Vergütung rechnen als bei einem Kassenpatienten, deren Abrechnung nur quartalsweise erfolgt.

Die stationäre Abrechnung mit Fallpauschalen erfolgt durch das DRG-System. Das Krankenhaus, in der die medizinische Leistung erbracht wird, erhält sowohl für die Kassenpatienten als auch für die Privatpatienten die gleiche Fallpauschale. Häufig bezahlen Privatpatienten ihre Leistung, je nach Tarif mit dem Privatversicherer selbst und reichen ihre Rechnung dann bei der privaten Versicherung ein. Dieses Prinzip nennt sich sowohl bei der ambulanten als auch im stationären Versorgung

---

<sup>15</sup> Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2014

<sup>16</sup> Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2014

<sup>17</sup> Bundesärztekammer Baden-Württemberg 2013

Kostenerstattungsprinzip, welches teilweise auch von den gesetzlichen Krankenkassen angewendet wird.<sup>18</sup> Der Patient kommt für die Kosten, die er verursacht hat, selber auf und erhält über die erbrachte medizinische Leistung eine Rechnung. Die Rechnung wird vom Patienten kontrolliert und führt somit zu einer Kostentransparenz. Die Leistungserbringer erhalten unmittelbar den fälligen Betrag vom Patienten. Zudem können privat abgeschlossene Zusatzversicherungen, zum Beispiel Chefarztbehandlung oder Einzelzimmer, zusätzliche Motivationen für die Einrichtung beinhalten.

Es bleibt also festzuhalten, dass eine private Abrechnung mit dem Patienten sowohl einen ökonomischen als auch einen administrativen Vorteil für den Leistungserbringer bietet. Zudem können Patienten Leistungen in Anspruch nehmen, die zwar nicht von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden, aber dennoch einen gesundheitlichen Nutzen für den einzelnen Patienten beinhalten können. Diese Kosten werden allerdings nicht von der Solidargemeinschaft getragen sondern müssen selbst finanziert werden.

### **2.3 Strukturdaten**

In Deutschland sind 17 Kassenärztliche Vereinigungen vertreten, die alle der sogenannten Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angehören. In den Kassenärztlichen Vereinigungen sind insgesamt rund 150.000 Ärzte und Psychotherapeuten als Mitglieder organisiert, die medizinische Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten abrechnen dürfen.<sup>19</sup>

Obwohl die gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen Beitragssatz von gegenwärtigen 15,5 % anwenden und die Leistungen durch das Sozialgesetzbuch V aufgrund des einheitlichen Bemessungsmaßstabes und der Fallpauschalen mehr oder weniger gleich sind, existieren in Deutschland immer noch 132 Krankenkassen.

Rund 86,6% der Bevölkerung in Deutschland, dies entspricht 69,7 Millionen Bundesbürger, ist gesetzlich krankenversichert und bezieht Leistungen aus dem Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Rund 9,0 Millionen Deutsche sind bei einer

---

<sup>18</sup> Vgl. Impuls Finanzmanagement AG 2014

<sup>19</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014

privaten Krankenversicherung versichert.<sup>20</sup> Die größte und wohl einflussreichste gesetzliche Krankenkasse ist die AOK mit rund 25 Millionen Versicherten.<sup>21</sup> Der Verwaltungsapparat verursachte 2010 insgesamt 40,4 Milliarden Euro Kosten.<sup>22</sup> Der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung beträgt derzeit 15,5 %, wobei der Arbeitgeberanteil bei 7,3 % eingefroren wurde. Eine Erhöhung der Beitragssätze müsste daher nach jetziger Gesetzeslage der Versicherte alleine tragen. Das deutsche Gesundheitssystem finanziert sich derzeit über drei Säulen. Der Gesundheitsfonds, Steuereinnahmen und Zusatzbeiträge finanzieren das deutsche Gesundheitssystem.<sup>23</sup> Im Jahre 2012 konnten die gesetzlichen Krankenkassen somit einen Überschuss von rund 5 Milliarden Euro erwirtschaften. Diese Reserven werden aber bei genauerer Betrachtung in den nächsten Jahren schnell wieder aufgebraucht sein, da der demographische Wandel unweigerlich die Gesundheitskosten für die deutsche Bevölkerung in die Höhe treiben wird.

## 2.4 Strukturprinzipien des deutschen Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf wesentlichen Strukturprinzipien, die tief in der Geschichte – und nicht erst seit Gründung der Bundesrepublik – verankert sind. Diese Prinzipien stellen zwar nur für die gesetzliche Krankenversicherung eine zentrale Rolle dar, da aber 90 % der deutschen Bevölkerung gesetzlich krankenversichert ist, sind sie von besonderer Bedeutung für die Bundesrepublik.<sup>24</sup> Grundsätzlich unterscheidet man die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Pflichtversicherte, also hauptsächlich Arbeitnehmer, deren Bruttogehalt unter der Versicherungspflichtgrenze liegt, freiwillig Versicherte wie Selbstständige, wenn sie vorher bereits pflichtversichert waren, beitragsfrei Familienversicherte, beispielsweise unter bestimmten Voraussetzungen Kinder, Ehe- oder Lebenspartner, sowie versicherungsfreie Personen, beispielsweise Selbstständige und Freiberufler, Richter, Lehrer oder Beamte. Im Folgenden werden die Prinzipien des deutschen Gesundheitssystems erörtert.

Das Sozialstaatsgebot ist in Artikel 20 des Grundgesetzes verankert und stellt die Basis der deutschen Sozialversicherungen dar. „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“ besagt mit Blick auf das Gesundheitssystem,

---

<sup>20</sup> Vgl. Die Ersatzkassen 2013

<sup>21</sup> Vgl. Die Ersatzkassen 2014

<sup>22</sup> Vgl. Scheel 2011

<sup>23</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013

<sup>24</sup> Vgl. Kreyher 2001, 75



dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten richten. Daher werden die Beiträge nach einem Prozentsatz vom Gehalt des Versicherten berechnet. Bei den Privatversicherungen berechnen sich die Beiträge – anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung – nach dem sogenannten Äquivalenzprinzip. Unter dem Äquivalenzprinzip versteht man die Gleichwertigkeit von Leistung und Gegenleistung. Deshalb berechnen sich die Beiträge zur privaten Versicherung nach den individuellen Risikofaktoren wie Alter, Gesundheitszustand oder Geschlecht.

Das Solidarprinzip regelt den Anspruch der gesetzlich Versicherten auf medizinische Leistung, unabhängig von seiner individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit. Somit findet im deutschen Gesundheitssystem ein sozialer Ausgleich zwischen schlechter und besser verdienenden Versicherten statt, da durch die Beitragszahlung der Besserverdiener auch die Leistungen für Geringverdiener finanziert werden.<sup>25</sup> Das Solidarprinzip wirkt als zentrales Prinzip des deutschen Gesundheitswesens auf die soziale Sicherung im Krankheitsfall<sup>26</sup>. Diese sichert jedem Mitglied der „Solidargemeinschaft“ eine medizinische Behandlung im Krankheitsfall zu. Die Mitglieder „gewähren“ sich somit gegenseitig Hilfe, unabhängig von sozialer Stellung oder ökonomischer Leistungsfähigkeit. Aus dieser Sicht gesehen sind privatversicherte Patienten kein Teil der „Solidargemeinschaft“, da sie keine Beiträge zahlen und somit auch keine Leistungen beziehen. Da die gesetzlichen Krankenkassen allerdings auch über Steuern finanziert, tragen Privatversicherte dennoch einen Teil zur Finanzierung bei.

Subsidiarität kommt aus dem Lateinischen von „subsidium“ und bedeutet „Hilfe“ oder „Reserve“. Durch das Subsidiaritätsprinzip wird die Pflicht zur Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem gewahrt. Das Subsidiaritätsprinzip sieht die größere Solidargemeinschaft erst dann in der Verantwortung, wenn die kleinere Gemeinschaft oder das Individuum die Belastung nicht selbst tragen kann. Der Staat hilft zur Selbsthilfe bevor eine unmittelbare Aufgabenübernahme stattfindet.<sup>27</sup>

Das Bedarfsdeckungsprinzip regelt den Anspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige Leistungen im Krankheitsfall. Die Leistungen dürfen nach dem SGB V §12 Abs.1 „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ und müssen „ausreichend und

---

<sup>25</sup> Vgl. Kreyher 2001, 78

<sup>26</sup> Vgl. Kreyher 2001, 76

<sup>27</sup> Vgl. Ulrich 2014

zweckmäßig“ sein. Das Bedarfsdeckungsprinzip regelt den Anspruch eines gesetzlich krankenversicherten Patienten, bei Bedarf im Krankheitsfall die medizinischen Leistungen zu erhalten.

Ein weiterer Grundpfeiler des deutschen Gesundheitssystems ist das Sachleistungsprinzip. Durch das Sachleistungsprinzip wird sichergestellt, dass jeder gesetzlich Krankenversicherte ein Anspruch auf medizinische Leistung im Krankheitsfall hat, ohne dafür in Vorleistung treten zu müssen<sup>28</sup>. Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse bezahlen einen Beitrag, der meist direkt als Abzug vom Lohn oder Gehalt an ihre Krankenversicherung abgeführt wird. Dafür erhalten Mitglieder eine Versichertenkarte. Die Krankenkassen wiederum schließen Verträge zur Behandlung oder Versorgung ihrer Versicherten mit den Leistungserbringern ab, wobei die Kassenärztliche Vereinigung zumindest im ambulanten Abrechnungsbereich die Interessen der Ärzteschaft vertritt. Die Krankenkassen honorieren die ärztliche Leistung mit einem Honorar. Die medizinischen Leistungserbringer erhalten vom Patienten die Versichertenkarte, mit der sie die Leistungen mit der zuständigen Krankenkasse abrechnen können. Der Patient empfängt daraufhin die medizinischen Leistungen vom Arzt. Durch das Sachleistungsprinzip müssen somit hohe Arztrechnungen, egal in welcher Höhe, nicht durch einen Patienten übernommen werden. Versicherte müssen außerdem keine Rechnung überprüfen oder in Vorkasse treten<sup>29</sup>:

Das Sachleistungsprinzip steht jedoch auch in der Kritik.<sup>30</sup> Mündige Bürger, die sonst eigenverantwortlich am Wirtschaftsleben teilnehmen und Verträge schließen, werden in ihrer Rolle als Patienten von der üblichen Verantwortung, Rechnungen über Leistungen nach Richtigkeit zu überprüfen, ausgenommen. Daraus entsteht eine gewisse Intransparenz hinsichtlich der verursachten Kosten. Dem Patienten fehlt demzufolge jegliches Kostengefühl für medizinisch erbrachte Leistungen und dafür, wie stark er als Individuum die Sozialgemeinschaft belastet. Diese Problematik spiegelt sich vor allem in „Moral Hazard“ wieder, was die möglichst häufige Inanspruchnahme der Versicherten von Leistungen beinhaltet und wird im folgenden Kapitel näher beschrieben.

Die gesetzliche Krankenversicherung zeichnet sich zudem durch eine „Versicherungspflicht“ aus. Somit werden alle Arbeiter und Angestellten, die eine gewisse Versiche-

---

<sup>28</sup> AOK Bundesverband 2013

<sup>29</sup> Vgl. Kreyher 2001, 201 f

<sup>30</sup> Vgl. Hansen 2013

rungspflichtgrenze nicht überschreiten, gezwungen, an der Solidargemeinschaft teilzunehmen und sich gesetzlich zu versichern. Auch Arbeitslose, Künstler und Publizisten, Studenten sowie teilweise Rentner sind von dieser Pflicht nicht ausgenommen. Alle anderen Bürger, die sich nicht gesetzlich versichern müssen, werden seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 verpflichtet, sich privat für den Krankheitsfall zu versichern. In Deutschland besteht eine Wahlfreiheit hinsichtlich der Krankenkassenwahl. Jeder Versicherte kann selbst wählen, in welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenkasse er oder sie Mitglied werden möchte.<sup>31</sup> Bei einem Versicherungswechsel von einer gesetzlichen Krankenversicherung zu einer privaten Krankenversicherung sind verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen. Studenten oder Selbstständige beispielsweise können sich ohne weitere Bedingungen privat krankenversichern. Bei Arbeitnehmern muss die Versicherungspflichtgrenze überschritten werden, ehe sie die Wahl zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung haben. Durch den Kontrahierungszwang dürfen gesetzliche Krankenkassen keine Versicherten ablehnen, obwohl dies natürlich bei besonders krankheitsanfälligen und teuren Patienten für Krankenkassen günstiger wäre.

Tief verankert in der deutschen Gesundheitspolitik ist auch das Prinzip der Selbstverwaltung. Es besagt, dass die Krankenkassen ihre Belange im Rahmen der bestehenden Gesetze selbst verwalten und regeln. Da bereits alle wichtigen Regelungen durch den Gesetzgeber vorgegeben werden, verbleibt der Selbstverwaltung der Krankenkassen allerdings wenig Bedeutung.<sup>32</sup> Auch nach Gesetzesänderungen werden die Beitragssätze durch den Gesetzgeber geregelt und sind in Deutschland für alle gesetzlichen Krankenversicherungen gleich. Lediglich können sogenannte Zusatzbeiträge durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen durchgesetzt werden<sup>33</sup>. Somit können finanzielle Engpässe der Krankenkassen ausgeglichen werden. Das fördert teilweise den Konkurrenzkampf der Krankenkassen untereinander. Im Gegenzug haben die Krankenkassen auch die Möglichkeit, Überschüsse in Form von Prämien an ihre Versicherten auszuzahlen.

---

<sup>31</sup> Vgl. Kreyher 2001, 21 f

<sup>32</sup> Vgl. Kreyher 2001, 22 f

<sup>33</sup> Vgl. Kreyher 2001, 22

## 2.5 Moral Hazard

Das Phänomen „Moral Hazard“, was auf deutsch “moralisches Risiko” bedeutet, findet sich häufig bei Mitgliedern einer Versicherung wieder. Versicherten nutzen möglichst viel Leistung, wenn sie in eine Versicherung einzahlen. Dieses Problem betrifft Versicherungen allgemein in verschiedenen Sektoren, also nicht nur die Krankenversicherung. Moral Hazard wird vor allem durch die Unabhängigkeit der bezogenen Leistungen von der Höhe der Beiträge begünstigt. Als Verhaltensweise folgt daraus, dass im deutschen Gesundheitssystem medizinische Leistungen häufiger und intensiver in Anspruch genommen werden als dies im Einzelfall nötig wäre<sup>34</sup>. Ein weiterer begünstigender Faktor ist die Intransparenz des deutschen Gesundheitssystems. Der Patient kann die finanzielle Höhe der bezogenen Leistungen abschätzen und hat deshalb auch keinerlei Bezug oder Bewusstsein für die Kosten, die verursacht werden. Da eine Mehrbeanspruchung keine Mehrkosten für den Patienten verursacht, wird dieses Verhalten allerdings nicht als unmoralisch, sondern als nur ökonomisch rational beschrieben<sup>35</sup>. Außerdem würde ein eigener Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen die Anspruchsmentalität der anderen Versicherten mitfinanzieren, welches im Bewusstsein des Patienten als Benachteiligung empfunden werden kann. Viele Gesundheitsökonomien diskutieren, ob eine Selbstbeteiligung an medizinischen Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten Moral Hazard abschwächen könnte.<sup>36</sup>

## 2.6 Fehlende Eigenverantwortung

Die aufgeführten Prinzipien bergen auch die Gefahr, dass Mitglieder der Solidargemeinschaft, also Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen, nicht mehr eigenverantwortlich auf ihre Gesundheit achten. Die Gemeinschaft kommt schließlich für die gesundheitlichen Folgen auf. Dieses Phänomen der fehlenden Eigenverantwortung wird vor allem durch das Sachleistungsprinzip begünstigt, welches jedem Versicherten einen Anspruch auf medizinische Leistung garantiert. Es besteht also ein Spannungsverhältnis zwischen kollektiver Solidarität und der Eigenverantwortung.<sup>37</sup> Dieses Problem begünstigt zudem die fehlende Bereitschaft, für

---

<sup>34</sup> AOK Bundesverband 2013

<sup>35</sup> Vgl. Bröcken/Braun 2006, 7 f

<sup>36</sup> Vgl. Bröcken/Braun 2006, 7 f

<sup>37</sup> Vgl. Lang

medizinische Leistungen eigentverantwortlich finanzielle Mittel aufzuwenden, da Versicherte dies in der Vergangenheit nie mussten und zudem keine Anreize sehen und sehen werden, dies zu ändern. Doch aufgrund der jetzigen demographischen Entwicklung wird das deutsche Gesundheitssystem Zusatzbeiträge oder finanzielle Beteiligungen der Versicherten an der medizinisch erbrachten Leistung nicht vermeiden können.

### 3 Selbstzahlermedizin in Arztpraxen

Immer häufiger werden in deutschen Arztpraxen individuelle Gesundheitsleistungen, kurz „IGeL“, angeboten. Dieses Kapitel befasst sich mit der Definition von individueller Gesundheitsleistung, einigen Angebotsbeispielen, die betriebswirtschaftliche Bedeutung für Praxen sowie der Meinung der Öffentlichkeit zu dem Thema.

#### 3.1 Definition und Abrechnung

Als individuelle Gesundheitsleistungen werden medizinische Leistungen definiert, die nicht im Erstattungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgeführt sind. Der Patient muss demnach die Kosten der erbrachten Leistung selbst tragen. Private Krankenversicherungen kommen, je nach Versicherung und Tarif, teilweise für die Kosten von Leistungen, die das Maß des Notwendigen übersteigen, auf. Selbstzahlermedizin ist in Deutschland weit verbreitet und wird kontrovers diskutiert, da Patienten es gewohnt sind, Gesundheitsleistungen jederzeit ohne weitere Kosten zur Verfügung gestellt zu bekommen.

Bei der Selbstzahlermedizin schließt ein Patient mit einem behandelnden Arzt einen individuellen Vertrag ab. Gegenstand dieses Vertrages ist eine medizinische Leistung. Der Patient vergütet direkt an den Leistungserbringer und ihm wird eine ärztliche Behandlung ermöglicht, die außerhalb des Erstattungsrahmens der gesetzlichen Krankenkassen steht. Der Arzt hat keinen freien Spielraum für die Preisfindung sondern muss sich an die sogenannte „GOÄ“, Gebührenordnung für Ärzte, halten. In der GOÄ wird jeder individuellen Gesundheitsleistung ein Preis zugeordnet. Ärzte können je nach Aufwand zudem einen einfachen oder 2,3fachen Satz berechnen. Beim 3,5fachen Satz (Höchstsatz) wird eine schriftliche Erklärung verlangt, welche die Gründe für die Nutzung des Höchstsatzes beinhaltet. Als Voraussetzung zur Abrechnung von individueller Gesundheitsleistung gilt die Angabe der entsprechenden Kennziffer der GOÄ und des angewandten Steigerungssatzes. Außerdem ist die voraussichtliche Höhe des Honorars anzugeben und die ausdrückliche Erklärung des Patienten, dass die Behandlung auf eigenen Wunsch erfolgt, einzuholen. Zudem muss der Patient darauf hingewiesen werden, dass die individuelle Gesundheitsleistung nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse fällt. Denn laut Sozialgesetzbuch V sind die Krankenkassen nur verpflichtet, eine „ausreichende, zweckmäßige und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende“ medizinische Behandlung zu bezahlen. Dieser Satz beinhaltet nicht nur, dass jeder Bundesbürger den Anspruch auf eine notwendige medizinische Behandlung hat, sondern lässt auch erkennen, dass der Patientenkomfort oder Innovationen in der Medizin eine

untergeordnete Rolle bei den Krankenkassen spielen. Es stellt sich zudem die Frage, ob ein Patient immer dann Selbstzahler werden muss, wenn er mehr als eine "notwendige" Leistung erhalten möchte. Durch die bessere Honorierung bei der Erbringung von IGeL für den Arzt, stehen individuelle Gesundheitsleistungen in der Öffentlichkeit in Verruf. Es wird befürchtet, der Arzt würde seinen wirtschaftlichen Interessen nachgehen und das Patientenwohl stünde demzufolge nicht mehr im Vordergrund.<sup>38</sup>

Ökonomisch betrachtet bedeutet eine private Abrechnung mit dem gesetzlich versicherten Patienten, ähnlich wie bei einem Privatpatienten, immer eine schnelle Honorierung der ärztlichen Leistung. Leistungen, die also privat abgerechnet werden, werden meist sofort bar oder innerhalb der vertraglich vereinbarten Zahlungsfrist bezahlt. Zudem sind die privat abgerechneten Leistungen nicht gedeckelt. Die Leistungen wirken sich demnach nicht auf das Regelleistungsvolumen des Arztes aus und die Praxis bekommt die Vergütung, wie vertraglich festgehalten, voll ausbezahlt.

### **3.2 Angebote**

Das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen ist groß, da alle medizinischen Leistungen, deren Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, als individuelle Gesundheitsleistungen definiert werden. Besonders häufig werden Vorsorgeuntersuchungen im Bereich der Selbstzahlermedizin angeboten. Beispiele für Vorsorgeuntersuchen sind die jährliche Gesundheitsuntersuchung („Intervall-Check“), sonographischer Check-Up der inneren Organe („Sono-Check“) oder Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA)<sup>39</sup>. Akupunktur oder Akupressur sowie die Homöopathie erfreuen sich immer größerer Beliebtheit und werden zum Bereich der alternativen Heilverfahren gezählt. Die ärztliche Serviceleistung, wie eine Diät-Beratung oder eine Raucherentwöhnung, werden ebenfalls als individuelle Gesundheitsleistungen angeboten. Ebenfalls zur Selbstzahlermedizin zählen die reisemedizinische Impfung oder die berufsbezogenen Maßnahmen zur Beratung über die Körperhaltung am Arbeitsplatz.

Diese Angebote zählen zu individuellen Gesundheitsleistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlen. Dennoch gibt es inzwischen Krankenkassen, die auch

---

<sup>38</sup> Vgl. Heier/Marstedt 2014

<sup>39</sup> Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2014

Leistungen erstatten, die ursprünglich nicht zu ihrem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen zählen. Berühmtes Beispiel ist hierbei die Homöopathie die inzwischen von rund 70 % der Krankenkassen übernommen wird.<sup>40</sup> Der Grund hierfür ist sicherlich die Möglichkeit, sich von anderen Krankenkassen positiv abzugrenzen. Aufgrund gleicher Beitragssätze und geregelter Behandlungsmethoden ist eine solche Leistungserweiterung nahezu das einzige Instrument der Krankenkassen, um weitere Mitglieder zu gewinnen.

### 3.3 Betriebswirtschaftliche Bedeutung und öffentliche Wahrnehmung

Unstrittig ist die wirtschaftliche Lage einer Arztpraxis auch von der Anzahl an Privatzahlern oder Privatpatienten, da beide über GOÄ abgerechnet werden, abhängig. Durch IGeL konnten Ärzte im Jahr 2012 rund 1,3 Milliarden Euro Umsatz erzielen.<sup>41</sup> Die sogenannte „GOUDA“-Gruppe, also Gynäkologen, Orthopäden, Urologen, Dermatologen und Augenärzte, rechnen besonders häufig sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen ab. Die GOUDA-Gruppe profitiert stark von ihrer Patientengruppe. Das Patientenklimentel dieser Fachrichtungen stehen individueller Gesundheitsleistung sehr aufgeschlossen gegenüber.<sup>42</sup> Es ist also nicht verwunderlich, wieso die Ultraschalluntersuchung und die Glaukomvorsorge insgesamt über 36 % aller individuellen Gesundheitsleistungen ausmachen.<sup>43</sup>

Behandelt eine Praxis ausschließlich Kassenpatienten, konnte ein Arzt im Durchschnitt mit 323.000 Euro Jahresumsatz<sup>44</sup> rechnen. Kamen Privatpatienten oder Selbstzahler hinzu, waren es im Vergleich rund 398.000 Euro, also knapp 80.000 Euro mehr Umsatz im Jahr. Je nach Ausrichtung kann durch eine starke Fokussierung der Praxen auf Privatzahler sogar mehr als das Doppelte umgesetzt werden.

Da eine Praxis auch ein Unternehmen im wirtschaftlichen und juristischen Sinne ist, welches seine Betriebskosten in Form von Ausgaben für medizinische Fachangestellte, Miete und Einrichtung mit seinen Einnahmen decken muss, ist es nur konsequent, dass die Selbstzahlermedizin bei medizinischen Leistungserbringern von großer Be-

---

<sup>40</sup> Vgl. Dpa/Ärzteblatt 2013

<sup>41</sup> Vgl. Steden 2013

<sup>42</sup> Vgl. Zok/Schuldzinski 2005

<sup>43</sup> Vgl. Zok/Schuldzinski 2005

<sup>44</sup> Vgl. Kratz 2013



deutung ist. Denn durch die Einnahmen, die über die Privatzahler eingenommen werden können, werden auch medizinische Geräte, deren Anschaffung schnell einige Tausend Euro betragen, finanziert. Und eine qualitativ höherwertige Ausstattung kommt wiederum auch den gesetzlichen Krankenversicherten zugute. Dennoch wird die Selbstzahlermedizin (IGeL) bei Patienten eher kritisch betrachtet:

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist auch aufgrund von individueller Gesundheitsleistung gestört.<sup>45</sup> Der zunehmende Vertrauensverlust der Patienten ist eine Folge verschiedener Faktoren. In den Medien veröffentlichte Abrechnungsbetrügereien und die zunehmend unterschiedliche und unfairen Bevorzugung von Privatpatienten gegenüber gesetzlich Krankenversicherten wurden als Gründe aufgeführt, ebenso wie das Verkaufen von Selbstzahlermedizin in den Praxen. Die Patienten befürchten, nicht mehr ihr Wohl stehe im Mittelpunkt, sondern der Verdienst des Arztes. Dabei bedeutet Selbstzahlermedizin lediglich, dass die Kosten der medizinischen Leistung nicht durch die Krankenkassen übernommen werden. Da der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen jedoch nur ausreichende Leistungen bietet, bedeutet dies daher nicht im Umkehrschluss, individuelle Gesundheitsleistungen seien nicht wirksam, nicht gesundheitsfördernd oder gar gefährlich für den Patienten. Diese skurrile Situation beschreibt recht deutlich, wie sensibel eine Praxis Selbstzahler-Leistungen anbieten sollte um das „Arzt-Patienten-Verhältnis“ nicht zu stören.

Die individuellen Gesundheitsleistungen ermöglichen Praxen teure Anschaffungen im Bereich der Medizinprodukte und führen zu einem finanziellen Ausgleich der schlecht honorierten Leistungen, die an gesetzlich Krankenversicherten durchgeführt werden. In den folgenden Kapiteln wird nun das Gesundheitsmarketing allgemein beschrieben und Strategien für erfolgreiches Marketing im Bereich der Selbstzahlermedizin aufgezeigt.

---

<sup>45</sup> Vgl. Heier/Marstedt 2014

## 4 Gesundheitsmarketing

Gesundheitsmarketing im Allgemeinen beschreibt die Anwendung von Marketing auf den Gesundheits- und Medizinbereich<sup>46</sup>. In Deutschland, wo sich der Gesundheitsmarkt zwar immer mehr den marktwirtschaftlichen Prinzipien von Angebot und Nachfrage öffnet, wird Gesundheitsmarketing dennoch immer noch sehr zurückhaltend praktiziert. Dies gilt besonders im Praxisbereich. Im Vergleich zu den USA, wo jedoch auch andere Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen anzutreffen sind, befindet sich das Gesundheitsmarketing daher noch in der Anfangsphase<sup>47</sup> und wird zusätzlich gesetzlich sehr eingeschränkt.

Da die Arzt-Patienten-Bindung auf Vertrauen aufbaut, spricht man auch vom sogenannten Vertrauensmarketing. Dieses Kapitel befasst sich mit den verschiedenen Akteuren im Gesundheitsmarkt, deren Perspektiven sowie den rechtlichen Einschränkungen für das Gesundheitsmarketing.

### 4.1 Akteure

Das deutsche Gesundheitssystem besteht aus verschiedenen Akteuren mit jeweils verschiedenen Interessen, die je nach Zielsetzung bei einem erfolgreichen Gesundheitsmarketing beachtet werden sollten. Aufgrund der immer stärker werdenden marktwirtschaftlichen Ausrichtung des Gesundheitsmarktes, sollten Beteiligte aktiv mit den Partnern kommunizieren, um die Beziehungen bewusst zu gestalten.<sup>48</sup>

Zu den Akteuren im Gesundheitswesen zählen die Patienten, die die medizinischen Leistungen empfangen. Als Leitungserbringer zählen sowohl Ärzte und Krankenhäuser als auch Apotheken und sonstige Anbieter gesundheitsbezogener Leistungen. Die beteiligten Unternehmen, die Medizinprodukte oder pharmazeutische Produkte herstellen und/oder vertreiben treten ebenfalls als Akteur im Gesundheitsmarkt auf. Die privaten und gesetzlichen Krankenkassen sind als Kostenträger zusätzlich am Gesundheitsmarkt beteiligt. Die interessierte Öffentlichkeit treten als fünfter Akteur im

---

<sup>46</sup> Vgl. Kreyher 2001, 3

<sup>47</sup> Vgl. Kreyher 2001, 3

<sup>48</sup> Vgl. Kreyher 2001, 5

Gesundheitsmarkt auf. Zur interessierten Öffentlichkeit zählen die Medien, die Politik sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die folgende Grafik veranschaulicht, die fünf verschiedenen Akteure im Gesundheitsmarkt.

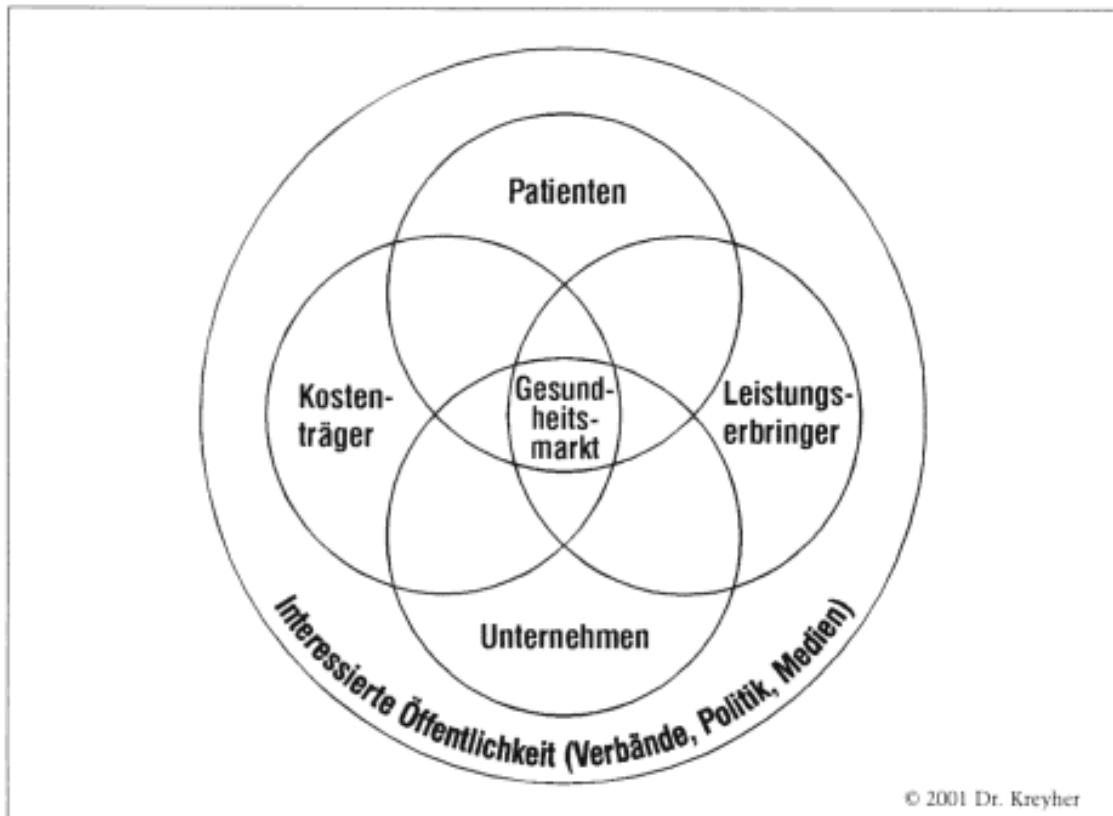


Abbildung 2: Beteiligte am Gesundheitsmarkt

Quelle: Kreyher 2001, 5

Die vier inneren Akteure, also die Kostenträger, die Leistungserbringer, die Unternehmen und die Patienten, agieren miteinander und beeinflussen sich gegenseitig. Somit bilden sie den Kern des Gesundheitsmarktes, die von der Öffentlichkeit als Ganzes geprägt und beeinflusst wird. Früher bestand dieser Gesundheitsmarkt aus wenigen Akteuren, wie beispielsweise Krankenhäuser und Pharmafirmen. Heute spielen sowohl kommerzielle als auch nicht kommerzielle Akteure, beispielsweise das Deutsche Krebsforschungsinstitut, eine wichtige Rolle. Eine große Chance für Anbieter von Gesundheitsleistungen stellt das Segment der „LOHAS“ (Lifestyle of Health and Sustainability) dar. Dieses Segment ist an „Nachhaltigkeit“ interessiert. Diese Zielgruppe scheint besonders für individuelle Gesundheitsleistungen interessant, da sie mehr als eine

„ausreichende“ Behandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherungen nachfragt.

Besonders für Praxen und Krankenhäuser ist es immer wichtiger, wettbewerbsfähig zu bleiben. Gesundheitsmarketing, im Sinne von Dienstleistungsmarketing (siehe unten), ist daher ein wichtiger Aspekt für eine erfolgreiche Einrichtung.

## 4.2 Verständnisperspektiven

An das kommerzielle Marketing haben sich die Endverbraucher gewöhnt. Von Freiberuflern, wie beispielsweise Ärzten, erwarten Patienten keine Beeinflussung<sup>49</sup>. Um nicht negative Reaktionen hervorzurufen sollten im Gesundheitsmarketing verschiedene Perspektiven berücksichtigt werden. Es wird die produktorientierte, die institutionelle und die problemorientierte Perspektive unterschieden<sup>50</sup>.

Die Produktorientierte Perspektive umfasst neben den Medizinprodukten auch die Dienstleistung an sich, also auch die ärztliche Leistung an einem Patienten. Diese werden unterschieden in therapeutische, diagnostische, präventive und rehabilitative Leistungen, die nicht vom Leistungserbringer, wie beispielsweise einem Arzt, zu trennen sind. Durch sogenannte Value-added-Services können sich Anbieter von Medizinprodukten zu sogenannten Gesundheitsanbieter weiterentwickeln<sup>51</sup>. So könnten Unternehmen und Versicherungen teilweise direkt zum Patienten kommunizieren, wobei sich vor allem das Internet als hervorragendes Medium anbietet.

Die institutionelle Perspektive beschreibt die Sichtweise der Institutionen, an denen medizinische Leistungen angeboten werden, also Praxen und Krankenhäuser. In Zukunft müssen Leistungserbringer die Bedürfnisse, Erwartungen und Ansprüche der Patienten verstehen und das Angebot dementsprechend ausrichten. Man spricht hierbei von der kundenorientierten Qualität. Der Patient wird zum Verbraucher und der Arzt zum Absatzmittler. Da medizinische Leistungen nie außerhalb der Institutionen stattfinden, ist die institutionelle Perspektive nicht von der produktorientierten Perspektive zu

---

<sup>49</sup> Vgl. Barth 1999, 404

<sup>50</sup> Vgl. Kreyher 2001, 6 f

<sup>51</sup> Vgl. Wahler/Hildebrandt, 290-307

trennen. Die medizinische Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistung stehen also auch aus dieser Sicht im Mittelpunkt und sollten optimiert werden.

Bei der problemorientierten Perspektive steht die Strategieentwicklung zur Problemlösung im Vordergrund und soll ein Umdenken in der Bevölkerung hervorrufen. Als Kerngebiet ist hier die Gesundheitsprävention zu nennen<sup>52</sup>, wie zum Beispiel Kampagnen gegen Rauchen.

Durch die Änderungen des Gesundheitsmarktes hin zu einer marktwirtschaftlichen Ausrichtung, sollten zusätzlich die Sicht des Arztes und die Sicht der Patienten einbezogen werden. Aus der arztorientierten Perspektive wird das deutsche Gesundheitssystem durch die medizinischen Leistungserbringer sowohl organisiert als auch gelenkt. Der Arzt lotst den Patienten durch verschiedene Versorgungsstufen. Die dadurch gegebene Ausweitung der medizinischen Leistung nennt man daher auch angebotsinduzierte Nachfrage. Aus der patientenorientierten Perspektive steht der Patient im Mittelpunkt. Somit sollte der Nutzen einer Behandlung immer nach dem Nutzen des Patienten beurteilt werden.<sup>53</sup> Diese Perspektive findet bereits immer häufiger Einzug, beispielsweise in der Onkologie, wo Behandlungen neben der reinen medizinischen Wirksamkeit auch nach Lebensqualität des Patienten bewertet werden.

### 4.3 Marketingansätze

Ein erfolgreiches Medizinmarketing zeichnet sich durch passende Marketingansätze aus, um die Austauschbeziehung und Problemstellungen im Gesundheitswesen zu lenken und zu gestalten<sup>54</sup>. Man unterscheidet den dienstleistungsorientierten, den beziehungsorientierten und den gesellschaftsorientierten Marketingansatz<sup>55</sup>.

Beim dienstleistungsorientierten Ansatz stehen der Patient und dessen Interaktion mit dem Arzt im Mittelpunkt. Die Integration des Patienten während der Behandlung sind von zentraler Bedeutung bei der „personendominanten Leistung“, also Leistungen die personell erbracht werden<sup>56</sup>. Dabei wird die Qualität der Leistung optimiert, um den

---

<sup>52</sup> Vgl. Kreyher 2001

<sup>53</sup> Vgl. Oberender: Wachstumsmarkt Gesundheit, Seite 346

<sup>54</sup> Vgl. Kreyher 2001, 3 f

<sup>55</sup> Vgl. Kreyher 2001, 11 ff.

<sup>56</sup> Vgl. Bieberstein 1995, 39, 44, 202 ff

Patienten zufrieden zu stellen. Zudem sollte versucht werden, den Patienten bei der Leistungserbringung miteinzubeziehen und zu integrieren. Durch eine verbesserte Patientenzufriedenheit lässt sich dann auch die Qualitätswahrnehmung, beispielsweise durch freundliches Fachpersonal, steigern. Durch die beschriebenen Gestaltungsmöglichkeiten, können Patienten auf bestimmte Leistungen innerhalb der Praxis oder des Krankenhauses hingeleitet werden.

Beim beziehungsorientierten Ansatz steht die vertrauensvolle Gestaltung der Beziehung zwischen Arzt und Patient im Vordergrund und wird daher auch als Relationship-Marketing bezeichnet. Hierbei werden bereits bestehende Arzt-Patienten Beziehungen gepflegt und ausgebaut. Kundenakquisition wird hier nicht berücksichtigt. Eine zielgerichtete Koordination<sup>57</sup> der Leistungen, die das Patientenwohl sichern soll, ist bei diesem Ansatz wichtiger als die einzelne Leistung an sich. Ziel des beziehungsorientierten Ansatzes ist die dauerhafte und zukünftige Nachfrage des Patienten beim Leistungserbringer.

Die Beziehung zur Gesellschaft im Allgemeinen wird beim gesellschaftsorientierten Marketingansatz berücksichtigt. Denn Gesundheit ist nicht nur das persönliche Wohl, sondern auch ein gesellschaftlicher, kollektiver Aspekt. Praxen und Kliniken sollten sich hierbei aktiv beteiligen. Das Thema „Gesundheit“ erfreut sich in den Medien ohnehin großer Beliebtheit. Dies kann durch Kooperationen mit anderen Ärzten und Fachkreisen oder durch Besetzung von bestimmten Themenfeldern erreicht werden.

Ärzte bewegen sich zwischen ökonomischen Interessen und humanitären Versorgungszielen. Dies führt zu einem Identitätsbruch und führt zur Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.<sup>58</sup> Leistungserbringer und Institutionen müssen daher einen Spagat zwischen den beiden Interessensfeldern meistern, um nicht an Glaubwürdigkeit zu verlieren. Akzeptanz wird jedoch nur durch Vertrauensmarketing hervorgerufen und stellt damit die Voraussetzung eines erfolgreichen Gesundheitsmarketings dar.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Vgl. Kreyher (2001), 11 f

<sup>58</sup> Vgl. Kreyher (2001), 14 f

<sup>59</sup> Vgl. Barth (1999), 425

#### 4.4 Medium Internet

Arztpraxen und Krankenhäuser haben über das Internet die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und Kommunikation mit ihren Patienten. Allerdings sind die Maßnahmen, die sie anwenden dürfen, eingeschränkt und die Leistungserbringer müssen eine Art „Spagat zwischen Patienteninformationen und Werbeverbot“<sup>60</sup> meistern. Verschiedene Bereiche im Gesundheitswesen werden durch das Internet berührt<sup>61</sup>. Das Internet wird heute im Gesundheitsbereich für die Informationsbeschaffung von Arzt oder Patient, für die Kommunikation zwischen Arzt und Arzt, Arzt und Patient, Patient und Patient, für das Marketing, für Telelearning sowie für Telemonitoring genutzt. Durch die beinahe ständige Aktualisierung von Fachinformationen trägt das Internet einen erheblichen Beitrag zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bei<sup>62</sup>. Das Medium Internet spielt im Gesundheitswesen eine immer wichtigere Rolle. Die Bedeutung der Website einer Arztpraxis oder eines Krankenhauses ist bereits heute sehr hoch.

Durch das Heilmittelwerbegesetz (HWG) werden Ärzte zwar hinsichtlich der Gestaltung der Website eingeschränkt, aber durch Änderungen aus dem Jahre 2012 wurden die Regelungen etwas gelockert. Somit dürfen beispielsweise Krankengeschichten anonymisiert veröffentlicht werden, das Kittelverbot bei Werbebildern oder Videos entfällt sowie Bilder und Fachsprache sind teilweise erlaubt.<sup>63</sup> Grundsätzlich gibt es verschiedene Gesetze, die ein Arztpraxis oder eine Klinik bei der Website-Erstellung beachten müssen. Deshalb sollte ein Arzt vor der Schaltung seiner Internetseite die Berufsordnung der Landesärztekammer, das Telemediengesetz, das Heilmittelwerbegesetz sowie das Bundesdatenschutzgesetz einhalten. Ferner sind die Vorgaben Rundfunkstaatsverträge sowie die Regelungen des Namensrechtes und des Urheberrechtes zu erfüllen. Zur Absicherung wird die Kontaktaufnahme mit der zuständigen Landesärztekammer des Arztes im Vorfeld der Freischaltung einer Website empfohlen. Der Gesetzgeber teilt zudem die Inhalte einer Website für Ärzte in „Pflichtangaben“ und „Freiwillige Angaben“ ein.

Die Pflichtangaben für die Website bestehen aus Name sowie die Praxisanschrift und die Praxisart. Die Bezeichnung des Arztes, die Sprechstundenzeiten sowie der medizi-

---

<sup>60</sup> Vgl. Elste/Thomas 2002

<sup>61</sup> Vgl. Kreyher 2001, 135 f

<sup>62</sup> Vgl. Kreyher 2001, 135 f

<sup>63</sup> Vgl. Stebner 2012

nische akademische Grad mit Titel sind ebenfalls Angaben, die auf der Website veröffentlicht werden müssen. Handelt es sich bei dem Arzt um einen Belegarzt, ist auch gegebenenfalls der Name des Krankenhauses zu nennen.

Freiwillig können Ärzte zusätzlich ihre Qualifikationen, die Anschrift oder Ihre Tätigkeitsschwerpunkte veröffentlichen. Auch die medizinischen Informationen über ärztliche Leistungen sind zulässig. Ebenfalls ist die Schaltung von Suchmaschinen-Kampagnen zulässig.<sup>64</sup> Die Veröffentlichung von IGeL auf der Website ist somit rechens. Besonders interessant ist „Google Adwords“, welches Praxen sogar die Möglichkeit bietet, in der Online-Suchmaschine „Google“ Anzeigen zu schalten, die bei bestimmten Keywords ausgelöst werden.

Natürlich ist unter dem Begriff „Internet“ nicht nur die reine Websitepräsenz definiert, auf denen Arztpraxen ihr Angebot und das Team vorstellen können, sondern beinhaltet auch die sogenannten „Sozialen Medien“ wie „Facebook“, „Xing“ oder „Twitter“, die ebenfalls eine Möglichkeit für Arztpraxen oder Krankenhäuser bietet, mit dem Patienten in Kontakt zu treten und Leistungen zu bewerben.

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient über das Internet spielt für die Vermarktung von IGeL eine zentrale Rolle und werden in den folgenden Kapiteln näher beschrieben.

#### **4.5 Rechtliche Beschränkungen**

Die Berufsfreiheit, also die freie Wahl der Berufsausübung, die im Artikel 12 im Grundgesetz aufgeführt ist, beinhaltet auch jede Tätigkeit, die mit der Berufsausübung zusammenhängt und dieser dient.<sup>65</sup>

Das Recht auf Werbung ist somit auch für Ärzte, Praxen und Krankenhäuser Bestandteil des Grundrechtes der Berufsfreiheit. Dennoch ist Gesundheitsmarketing reglementiert und verschiedene Gesetze regeln das Werben im Gesundheitswesen. So wurde bis vor einiger Zeit sogar die maximale Größe eines Praxisschildes auf 35 x 50 cm festgeschrieben. Zwar haben sich einige Regelungen und Gesetze etwas gelockert,

---

<sup>64</sup> Vgl. Ärztekammer Baden-Württemberg 2013

<sup>65</sup> Vgl. Bahner 2004, 174



dennoch ist der Handlungsspielraum für Marketingmaßnahmen sehr begrenzt. Die Berufsordnung für Ärzte und das Heilmittelwerbeengesetz regeln den rechtlichen Rahmen.

Laut der Berufsordnung für Ärzte dürfen Werbemaßnahmen von Ärzten weder anpreisend, irreführend noch vergleichend sein und lässt eine optimale Vermarktung von ärztlicher Leistung nur begrenzt zu. Dennoch gibt es einige zulässige Maßnahmen, um die Außendarstellung einer Arztpraxis oder eines Krankenhauses zu optimieren. Als anpreisend werden beispielsweise Superlative wie „der beste Arzt auf dem Gebiet“ oder besonders hervorhebende Wörter wie „Superarzt“ oder „Toparzt“ angesehen. Auch die Irreführung des Patienten ist laut der Berufsordnung streng untersagt. Häufig werden unklare Angaben zur Größe der Praxis bemängelt, die dem Patienten eine falsche Praxisgröße vermittelt. Somit sind für Einzelpraxen beispielsweise die Begriffe „Zentrum für...“ oder „Institut für...“ untersagt<sup>66</sup>. Als vergleichend werden bestimmte Slogans wie beispielsweise „Kürzere Wartezeiten als bei...“, oder Kommentare angesehen, die eine Behandlungsmethode unwissenschaftlich bewerten. Das Heilmittelwerbeengesetz, also das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens, definiert unter anderem verbindliche Regeln für die Werbung für Heilmittel bzw. Heilverfahren in Deutschland. Das Heilmittelwerbeengesetz bezieht sich sowohl auf Arzneimittel, §2 des Arzneimittelgesetzes, auf Medizinprodukte, § 3 des Medizinproduktegesetzes als auch auf alle anderen Behandlungen oder Gegenstände, mit denen eine Beseitigung, Erkennung oder Linderungen von Krankheiten oder Leiden bei Mensch oder Tier angepriesen wird.

Durch das Heilmittelwerbeengesetz, soll irreführende Werbung oder Werbung für nicht zugelassene Arzneimittel unterdrückt werden. Ebenfalls ist das Verbot von Laienwerbung oder die Werbung für bestimmte Indikationen, wie beispielsweise Krebs, durch das Heilmittelwerbeengesetz untersagt.<sup>67</sup> Bildliche Darstellung, die in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise Veränderungen des menschlichen Körpers auf Grund von Krankheiten oder Schädigungen oder die Wirkung eines Arzneimittels im menschlichen Körper oder in Körperteilen verwendet, sind verboten. Mit Aussagen, die nahelegen, dass die Gesundheit durch die Nichtverwendung des Arzneimittels beeinträchtigt oder durch die Verwendung verbessert werden könnte, darf nicht geworben werden.

---

<sup>66</sup> Vgl. Schmitz/Büll 2007

<sup>67</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz 2014

Die Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf, wenn diese in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten können, ist nicht gestattet. So sind auch unverständliche fremd- oder fachsprachliche Bezeichnungen, Aussagen, die geeignet sind, Angstgefühle hervorzurufen oder auszunutzen oder Maßnahmen, die sich ausschließlich oder überwiegend an Kinder unter 14 Jahre richten, ebenfalls durch das Heilmittelwerbegesetz verboten.

Durch die Änderung im Heilmittelwerbegesetz im Jahr 2013 wurden einige Regeln und Gesetze geändert und ermöglichen einen größeren Spielraum für Werbemaßnahmen. Darunter fallen das Wegfallen des Kittelverbotes, Praxen dürfen nun Empfehlungsmarketing sowie Bilder und Fachsprache nutzen. Auch die Lockerung der Darstellung von Krankheitsgeschichten ermöglicht Praxen neue Maßnahmen, Behandlungsmethoden und die Praxis im Allgemeinen zu bewerben.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Vgl. Bahner 2004

## 5 Vermarktung der Selbstzahlermedizin

Im folgenden Kapitel werden Mittel und Wege beschrieben, ein optimales Vermarktungskonzept für individuelle Gesundheitsleistungen in Arztpraxen aufzubauen. Hierbei werden die Wünsche der Patienten, als auch die Sichtweise der Ärzte genauer beschrieben. Der Marketingmix mit den sogenannten „4 P's“ wird dann auf die Vermarktung der Selbstzahlermedizin angewandt und wird schließlich bei der Vermarktung innerhalb und außerhalb der Praxis eingebaut. Am Beispiel der Sporttherapie, die beispielsweise die Knochendichtemessung, die Akkupunktur und den sportmedizinischen Test als individuelle Gesundheitsleistung anbieten kann, wird eine Vermarktungsstruktur aufgezeigt.

### 5.1 Wünsche der Patienten und der Ärzte

Individuelle Gesundheitsleistungen sind sowohl aus Sicht des Patienten als auch aus Sicht des Arztes ein kontroverses Thema. Um das „Arzt-Patienten-Verhältnis“ nicht zu gefährden, sollten die verschiedenen Wünsche und Sichtweisen betrachtet werden. Patienten haben die Möglichkeit über individuelle Gesundheitsleistungen medizinische Behandlungen, die mehr als nur notwendig sind, zu erhalten. Diese Leistungen fallen somit nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Der Patient tritt also als Selbstzahler auf und übernimmt die anfallenden Kosten. Dem Arzt ergeben sich über Selbstzahlermedizin neue Wege, medizinische Leistungen anzubieten, die nach sorgfältiger Beurteilung durch den Arzt für den einzelnen Patienten empfehlenswert sind. Diese Kosten werden allerdings nicht von der Krankenkasse erstattet und die Praxis erhält die Honorierung direkt vom Patienten.

Sowohl für den Arzt als auch für den Patient tritt somit eine ungewohnte Situation ein. Zum einen honoriert der Patient die ärztliche Leistung. Zum anderen erhält die Praxis die Zahlung vom Patienten direkt und nicht, wie bei der Abrechnung mit Kassenpatienten üblich, über die gesetzliche Krankenkasse.

Immer öfter individuelle Gesundheitsleistungen angeboten. 29,9 %<sup>69</sup> aller Patienten gaben an, in den letzten 12 Monaten IGeL-Leistungen angeboten bekommen zu haben. Die Tatsache, dass rund die Hälfte<sup>70</sup> aller Patienten angeben, es ginge dem Arzt dabei rein um den finanziellen Aspekt als um das Patientenwohl, führt zwangsläufig zu

---

<sup>69</sup> Heier/Marstedt 2014

<sup>70</sup> Vgl. Heier/Marstedt 2014

einem gestörten Verhältnis zwischen Arzt und Patienten, welches auch aufgrund fehlender Aufklärung verstärkt wird.<sup>71</sup> Daher sollte im Hinblick auf einem optimalen Vermarktungskonzeptes für Selbstzahlermedizin die Transparenz im Mittelpunkt stehen.<sup>72</sup> Arztpraxen sollten darauf achten, die anfallenden Kosten durch eine Inanspruchnahme von individueller Gesundheitsleistung offen zu kommunizieren.

Die Wünsche der Patienten lässt sich im folgenden Schaubild darstellen.

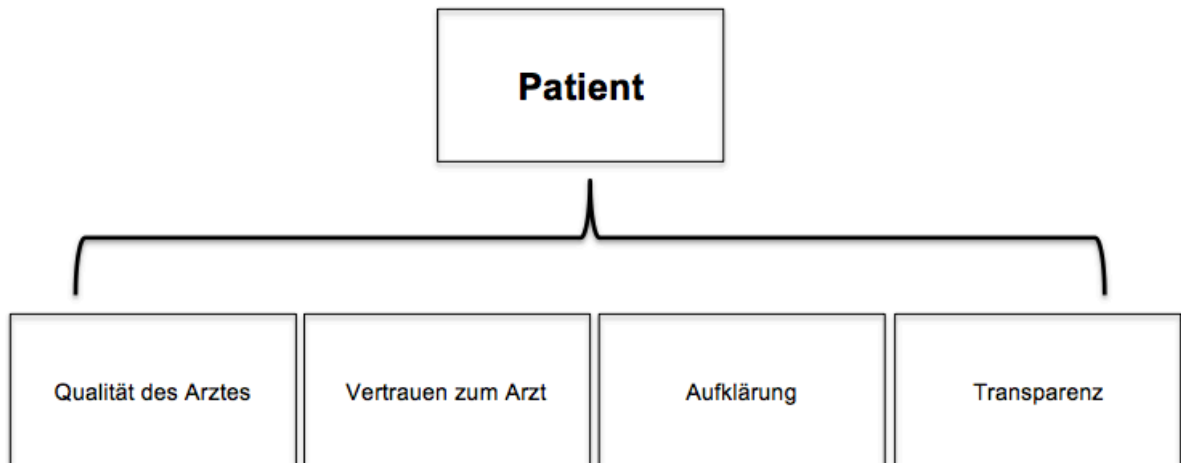


Abbildung 3: Wünsche der Patienten

Quelle: Eigene Abbildung nach Barth 1999, 404

Die Qualität der medizinischen Leistung und das Vertrauen des Arztes sind die Grundlagen eines guten Verhältnisses zwischen Arzt und Patienten. „Ein optimaler Behandlungsverlauf mit optimalen Ergebnis“<sup>73</sup> ist das stärkste Bedürfnis der Patienten. Außerdem empfinden es Patienten als äußerst belastend, wenn sie keine Aufklärung vor der Behandlung erhalten oder eine Intransparenz bezüglich anfallender Kosten herrscht.<sup>74</sup> Eine Intransparenz bezüglich der Kosten kann Patienten verunsichern und sollte daher bei der Vermarktung von Selbstzahlermedizin beachtet werden.

Gerade bei Freiberuflern wie Ärzten verlangen Patienten Kompetenz, Seriosität und Vertrauen. Das Gesundheitsmarketing wird daher auch mit dem Begriff des „Vertrau-

<sup>71</sup> Vgl. Kleinke/Wille 2004

<sup>72</sup> Vgl. Barth 1999, 404

<sup>73</sup> Vgl. Barth 1999, 315

<sup>74</sup> Vgl. Kleinke/Wille 2004

ensmarketing“ umschrieben<sup>75</sup>. Vertrauensmarketing ist nur dann erfolgreich, wenn Qualität sichtbar gemacht wird, also eine Transparenz vorliegt<sup>76</sup>. Die Qualität der medizinischen Leistung steht also auch bei der Vermarktung der Selbstzahlermedizin im Mittelpunkt und stellt somit eine wesentliche Voraussetzung dar, um individuelle Gesundheitsleistungen optimal zu vermarkten.

Durch die verschiedenen Krankenkassen, die nicht alle dieselben Leistungen erstatten, werden Patienten zusätzlich verunsichert.<sup>77</sup> Als Beispiel kann hierbei die Behandlung mit Akkupunktur angeführt werden, für die einige Krankenkassen die Kosten übernehmen, einige jedoch nicht. Als besonderer Service für Patienten kann daher eine übersichtliche Auflistung der Krankenkassen und die Kostenerstattungen beispielsweise im Wartezimmer aufgefasst werden um Missverständnisse zu vermeiden. Dabei ist auf die Aktualität der Auflistung zu achten, da sich der Leistungsumfang einer Krankenkasse ändern kann. Aus Sicht des Arztes wird ein Problem aufgefasst, welches sich als Identitätsbruch beschreiben lässt.<sup>78</sup> Durch die Behandlung mit individuellen Gesundheitsleistungen, erhält der Arzt die Honorierung vom Patienten und nicht von der Krankenkasse. Viele Ärzte sehen darin ein moralisches Problem und verweigern individuelle Gesundheitsleistung gänzlich, da Selbstzahlermedizin als Belastung der Beziehung zwischen Arzt und Patient aufgefasst wird. Neben dem moralischen Problem, sehen viele Ärzte keinen Mehrnutzen für Patienten durch individuelle Gesundheitsleistung.<sup>79</sup> Auch fehlt den Ärzten oft die Zeit sich mit individueller Gesundheitsleistung auseinanderzusetzen oder ist Teil eines Arztkreises, die sich nicht auf ein gemeinsames Vorgehen zum Thema Selbstzahlermedizin einigen können.

Folgende Grafik veranschaulicht Faktoren, warum individuelle Gesundheitsleistung von vielen Arztpraxen nicht vermarktet oder angeboten werden.

---

<sup>75</sup> Vgl. Barth 1999, 403

<sup>76</sup> Vgl. Barth 1999, 404

<sup>77</sup> Vgl. Finanzen.de 2014

<sup>78</sup> Vgl. Kreyher 2001, 15

<sup>79</sup> Vgl. Harder 2005, 19

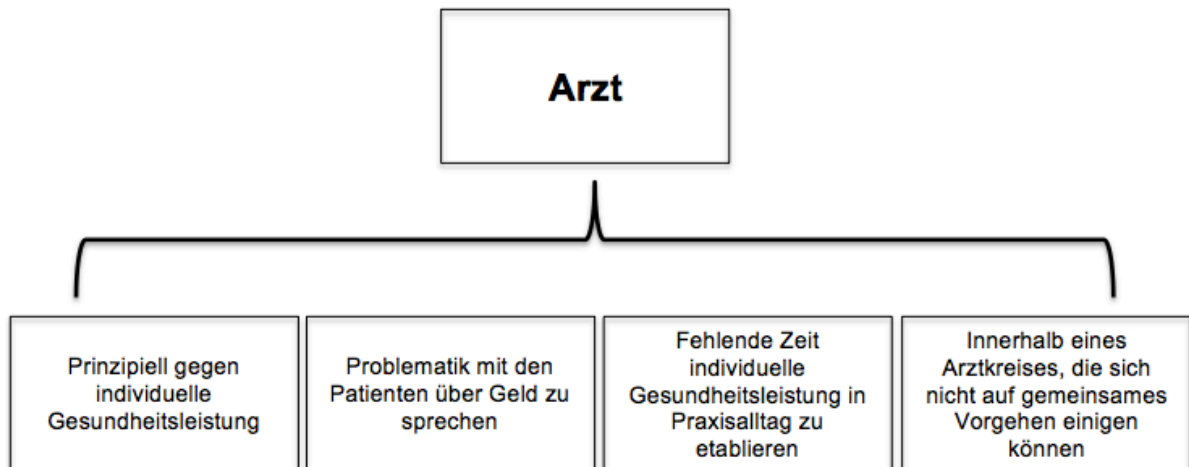


Abbildung 4: Gründe gegen IGeL

Quelle: Eigene Abbildung nach Harder 2005, 19

Die Problematik über Honorierung zu sprechen sollte jedoch zukünftig aufgrund der marktwirtschaftlichen Öffnung des Gesundheitsmarktes abgebaut werden. Die fehlende Zeit individuelle Gesundheitsleistungen anzubieten macht es für viele Ärzte schwer, sich überhaupt mit dem Thema aktiv auseinanderzusetzen. Zudem wehren sich viele Arztkreise allgemein gegen Selbstzahlermedizin oder treten nicht geschlossen auf. Anhänger dieses Arztkreises verweigern individuelle Gesundheitsleistungen.<sup>80</sup>

Sind Ärzte individueller Gesundheitsleistung positiv aufgeschlossen, muss das Leistungsangebot schließlich auch vermarktet werden. Das Vertrauensmarketing ist nur dann erfolgreich, wenn Qualität sichtbar gemacht wird, also eine Transparenz vorliegt<sup>81</sup>. Durch die Einteilung der individuellen Gesundheitsleistungen in sinnvolle und überflüssige Leistungen für einen individuellen Patienten, lässt sich der Identitätsbruch vermeiden. Im folgenden Schaubild werden die Voraussetzungen für das Anbieten von individuellen Gesundheitsleistungen aufgezeigt. Bei der Kommunikation von Arzt zu Patient spricht man außerdem von Laienkommunikation.<sup>82</sup> Die Praxis sollte daher auf eine verständliche Kommunikation achten. Die Vermarktung sollte nicht nur verständlich kommuniziert werden, sondern auch nicht aufdringlich sein und sich innerhalb der rechtlichen Einschränkungen bewegen. Ein Verständnis des Patienten hinsichtlich der anfallenden Kosten ist die Grundlage für ein optimales Marketing.

<sup>80</sup> Vgl. Harder 2005, 19

<sup>81</sup> Vgl. Barth 1999, 404

<sup>82</sup> Vgl. Kreyher 2001, 75

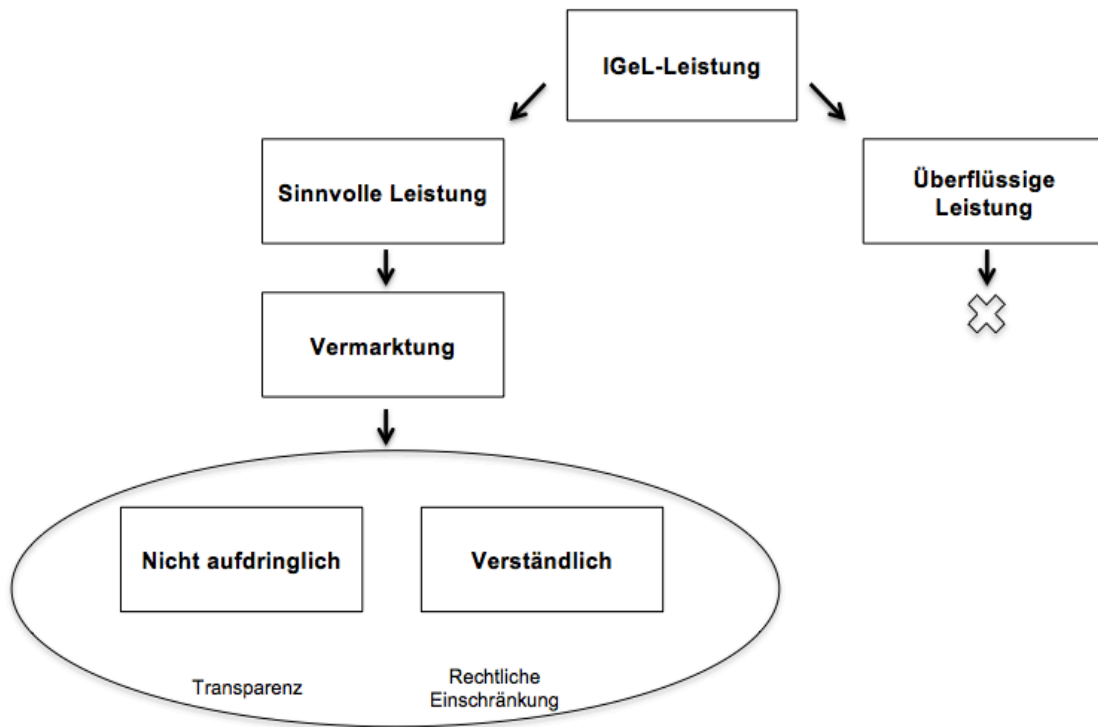


Abbildung 5: Vermarktung der IGeL-Leistungen

Quelle: Eigene Abbildung

Das Schaubild veranschaulicht die Grundlagen zur optimalen Vermarktung von individuellen Gesundheitsleistungen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für Ärzte nach einer sinnvollen Einstufung der Leistung, eine Vermarktungsstrategie unumgänglich ist und zum Erfolg der Praxis beiträgt. Ist Vermarktung der individuellen Gesundheitsleistung nicht aufdringlich und verständlich, wird diese von Patienten toleriert und erfüllen deren Wünsche nach einer optimalen Behandlung.

## 5.2 Marketingmix

Zum klassischen Marketingmix gehören die sogenannten „4 P’s“.<sup>83</sup> Diese sind unmittelbar von der Festlegung des angebotenen Leistungsspektrums betroffen.

Diese 4 Instrumente werden im Folgenden erläutert<sup>84</sup>.

<sup>83</sup> Vgl. Kreyher 2001, 331 f

Die Produktpolitik beziehungsweise Gestaltung der Behandlungsleistung beinhaltet die Qualitätspolitik der Leistungen, die Positionierung im Markt oder auch das Angebot einer Praxis. Man unterscheidet hier zwischen neuen Behandlungsmethoden, die stetig an den Markt und an die Zielgruppe angepasst werden sollen. Dies beinhaltet neue Innovationen in das Praxisangebot einzuführen, die Veränderung bereits bestehender Angebote, beispielsweise Variation von bereits bestehenden Behandlungen und die Reduzierung des Leistungsangebotes, also die Eliminierung.

Patientenkommunikation gehört zu der Kommunikationspolitik und zielt auf eine Erhöhung der Bereitschaft beim Patienten ab, die Praxis für die Behandlung auszuwählen. Sie beinhaltet alle Maßnahmen zur Positionierung der Praxis im Markt oder den Bekanntheitsgrad bei der Patientenzielgruppe zu erhöhen. Ebenso greift die Patientenkommunikation die Thematik der Patientenaufklärung auf.

Patientenbetreuung und Patientenbindung als Teil der Distributionspolitik beinhaltet alle Maßnahmen, den Patienten langfristig und dauerhaft an eine Praxis zu binden. Dies kann beispielsweise durch ein zielgerichtetes Angebot oder eine patientenindividuelle Betreuung, die einen Mehrwert für den Patienten darstellt, erreicht werden. Aber auch die Gewinnung neuer Patienten durch das Wecken von Interessen an bestimmten Leistungen wird durch die Distributionspolitik abgedeckt.

In der Kontrahierungspolitik findet die Preisfestlegung der Honorierung statt. Die Kontrahierungspolitik im deutschen Gesundheitswesen wird sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenkasse reglementiert und vorgegeben. Bei dem Anbieten von individuellen Gesundheitsleistungen, wird über die Gebührenordnung der Ärzte (GÖÄ) der Preis festgelegt. Fühlt sich ein Patient wohl und nimmt die Transparenz der Praxis wahr, indem er über alle Leistungen aufgeklärt wurde, kann man auch bei individuellen Gesundheitsleistungen entspannt über Honorare sprechen<sup>85</sup>.

Die oben aufgeführten Instrumente, lassen sich sowohl innerhalb als auch außerhalb der Arztpraxis realisieren. Im folgenden Schaubild werden die unterschiedlichen Einsatzgebiete für Marketingmaßnahmen einer Praxis aufgezeigt.

---

<sup>84</sup> Vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai 2012, 340 f

<sup>85</sup> Vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai 2012, 340 f





Abbildung 6: Einsatzgebiete für Marketingmaßnahmen einer Praxis

Quelle: Eigene Abbildung

Außerhalb der Arztpraxis lässt sich zusätzlich eine Unterteilung in Offline und Online durchführen. Offline bieten sich hierbei Kooperationen mit Apotheken an, wo Arztpraxen auf bestimmte individuelle Gesundheitsleistungen aufmerksam machen können. Hinsichtlich der Online-Maßnahmen wäre der Bereich „Online-Marketing“ zu nennen, wie beispielsweise Website und Social Media. Innerhalb der Praxis lassen sich Marketingmaßnahmen an der Anmeldung, im Wartezimmer und im Behandlungszimmer realisieren. Innerhalb des Behandlungszimmers steht das Gespräch zwischen Arzt und Patient im Mittelpunkt.

Im Folgenden werden Maßnahmen zur Vermarktung von individuellen Gesundheitsleistungen aufgezeigt.

### 5.2.1 Vermarktungsmaßnahmen innerhalb der Praxis

Die Vermarktungsmaßnahmen innerhalb der Arztpraxis lassen sich in Anmeldung bei der medizinischen Fachangestellte, Wartezimmer und dem Behandlungszimmer unterteilen.<sup>86</sup> Auch beim Anmeldungsbereich einer Praxis, also der erste Anlaufpunkt eines Patienten, können verschiedene Maßnahmen zur Vermarktung eingesetzt werden. Der medizinischen Fachangestellten, die häufig als Instrument für das Vermarkten von Selbstzahlermedizin genutzt wird, kommt einer ganz besonderen Bedeutung zu.<sup>87</sup> Sie entscheidet über Wohl- oder Unwohlfühlen der Patienten und kann eine Vertrauensba-

<sup>86</sup> Vgl. Medical Text 2014

<sup>87</sup> Vgl. Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2014

sis schaffen. Durch den Praxis-Computer hat die medizinische Fachangestellte zudem die Möglichkeit, Daten wie bereits durchgeführte Diagnosen oder Therapie einzusehen. Somit kann sie auch individuell auf aktuelle Themen oder Leistungen hinweisen, die für den Patienten interessant sein könnte. Visuelle Darstellungen in Form von Aufstellern können im Anmeldungsbereich besonders gut platziert werden und sollen die Aufmerksamkeit der Patienten auf eine bestimmte Indikation lenken. Ebenso erleichtern sie den Einstieg zur Beratung für das Fachpersonal. Die aufgeführten Maßnahmen können im Marketingmix der Patientenbindung und der Patientenkommunikation zugeordnet werden.<sup>88</sup>

Eine Auflistung der IGeL fördert die Transparenz. Zudem erstatten einige Kassen teilweise bestimmte Leistungen wie beispielsweise die Akkupunktur. Eine Darstellung verschiedener Krankenkassen mit den verschiedenen Leistungsspektren kann als Service für die Patienten wahrgenommen werden. Auch kann ein Vergleich zwischen der Leistung, die die Krankenkassen erstatten und der individuellen Gesundheitsleistung gezogen werden. Häufig wissen Versicherte nicht, welche Alternativen die Praxis zur GKV-Leistung anbietet. Ein Aufzeigen dieser Vorteile für den Patienten, kann zu Erhöhung der Nachfrage von individuellen Gesundheitsleistungen führen. Dieses Instrument lässt sich der Patientenkommunikation hinsichtlich des Marketingmixes zuordnen.<sup>89</sup>

Im Wartezimmer gibt es verschiedene Vermarktungsmaßnahmen. Eine kurze Wartezeit wirkt sich grundsätzlich immer positiv auf den Eindruck der Praxis aus. In dieser Zeit, in der der Patient auf die Behandlung wartet, können dennoch verschiedene Maßnahmen zur Vermarktung der individuellen Gesundheitsleistungen realisiert werden.

Als erste Maßnahme kann eine Bibliothek dienen, denn diese verkürzt die gefühlte Wartezeit des Patienten. Dabei können medizinische Bücher über Indikationen den Patienten helfen, die Krankheit zu verstehen und gegebenenfalls Anreize schaffen, Leistungen in der Praxis nachzufragen. Zeitschriften, die relevante Themen aufgreifen, auf die sich die Praxis besonders spezialisiert, sind sinnvoll für das Wartezimmer. So können in einer Praxis, die sich auf Sporttherapie spezialisiert hat, Zeitschriften wie die „Fit for Fun“ besonders beliebt sein.

---

<sup>88</sup> Vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai 2012, 340 f

<sup>89</sup> Vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai 2012, 340 f

Eine weitere Maßnahme ist die Einführung von Wartezimmer-TV. Durch Wartezimmer-TV können allgemeine Gesundheitsthemen aufgegriffen werden. Die Indikationen sollten auf das Angebot der Praxis zugeschnitten sein. Einige Dienstleister bieten bereits praxisorientierte Standardprogramme an, die zusätzlich mit individuellen Inhalten ergänzt werden können. Durch gezielte Aufklärung können somit Patienten für bestimmte individuelle Gesundheitsleistungen gewonnen werden. Hinsichtlich des Marketingmix lassen sich die oben aufgeführten Maßnahmen zur Patientenbetreuung und der Patientenbindung einstufen.<sup>90</sup>

Eine sinnvolle Maßnahme stellen akustische Aufnahmen dar. Der Arzt kann eine eigene Audioaufnahme im Wartezimmer abspielen, in der er aktuelle Gesundheitsthemen bespricht. Hierbei kann allgemein auf Themen eingegangen werden oder auf spezifische Krankheiten. So könnte er beispielsweise die Osteopathie erklären, aktuelle Behandlungsmethoden beschreiben und auf eine individuelle Gesundheitsleistung hinweisen, die er für eine bestimmte Patienten Klientel für sinnvoll erachtet. Zudem kann er auf im Wartezimmer ausliegende Flyer oder aktuell relevante Themen wie Reiseimpfung zur Sommerzeit aufmerksam machen.

Der klassische Flyer könnte effektiver genutzt werden. Häufig finden sie keine Beachtung durch die Patienten. Sie sollten daher sichtbar platziert werden, bestenfalls in Aufstellern, die bereits auf die Indikation ausgerichtet sind. Auf eine Stapelung verschiedener Flyer untereinander ist abzuraten. Besonders effektiv sind Flyer durch Aushändigung durch die medizinische Fachangestellte oder des Arztes direkt, da somit der individuelle Charakter gefördert wird. Sowohl der Flyer auch als die akustische Audioaufnahme im Wartezimmer können der Patientenkommunikation zugeordnet werden.<sup>91</sup>

Im Behandlungszimmer ergibt sich mit dem Arzt-Patienten Gespräch noch einmal die Möglichkeit, durch Patientenkommunikation und Patientenbetreuung die Möglichkeit, über individuelle Gesundheitsleistung der Praxis aufmerksam zu machen. Im Behandlungszimmer bleibt allerdings wenig Zeit für Vermarktung von Selbstzahlermedizin. Der Arzt kann, aufgrund von Daten, die ihm die medizinische Fachangestellte vorbereitet, dennoch verbal auf einige sinnvolle Leistungen für den Patienten eingehen. Trotz des Zeitdruckes in einer Praxis, sollte sich der Arzt genügend Zeit für das Gespräch mit dem Patienten nehmen.

---

<sup>90</sup> Vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai 2012, 340 f

<sup>91</sup> Vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai 2012, 340 f

### 5.2.2 Vermarktungsmaßnahmen außerhalb der Praxis

Außerhalb der Praxis können einige Instrumente für die Vermarktung der Selbstzahlermedizin genutzt werden. Man unterscheidet hierbei zwischen Online und Offline-Maßnahmen (siehe Abbildung 6). Neben Internetkampagnen können Kooperationen mit Apotheken eine Möglichkeit für die Vermarktung von individuellen Gesundheitsleistungen sein.

Durch Kooperationen mit Apotheken können sich Ärzte im Offline-Bereich als unabhängige Spezialisten präsentieren, die sich auf bestimmte Indikationen besonders eingestellt haben. So könnte ein Arzt, der individuelle Gesundheitsleistungen im Bereich der Ernährung anbietet, kurze Vorträge in einer von der Apotheke veranstalteten Beratungsaktion zu halten. Der Apotheker profitiert ebenfalls als Ansprechpartner für Arzneimittel direkt an der Veranstaltung. Diese Bildung einer Kooperation hat sowohl für den Arzt auch als für den Apotheker einen langfristigen Nutzen.

Da dem Medium Internet besondere Bedeutung zukommt, werden Kampagnen mit „Google Adwords“ und „Facebook“ genauer beschrieben. Beide Kampagnen fallen in den Bereich Patientenkommunikation und Patientenbetreuung und Bindung. Google-Adwords bezeichnet die Anzeigenschaltung bei der größten Suchmaschine weltweit. Ähnlich wie bei der Facebook-Anzeige, können in Google sogenannte Kampagnen erstellt werden. Google-Anzeigen werden als solche in den Suchergebnissen gekennzeichnet. Über die Eingabe von Suchbegriffen, den sogenannten „Keywords“, wird die Anzeige bei Suchenden angezeigt. Passen die Suchbegriffe, die der Suchmaschinennutzer in die Suchmaschine eingibt mit den voreingestellten Keywords der Anzeige überein, kann die Anzeige geschaltet werden. Hierbei stehen Anzeigenschalter mit anderen Kampagnen im „Wettstreit“ um den besten Platz unter den Anzeigen. Je höher eine Anzeige im Bildschirm unter den Suchbegriffen angezeigt wird, desto größer ist die Chance, dass die Anzeige von Suchenden wahrgenommen wird. Über ein sogenanntes „Gebot pro Klick“ und dem Inhalt der Website, der von Google nach einem Zahlenschema bewertet wird, vergibt Google die Plätze der Anzeige. Google-Adwords wurde ausdrücklich als Marketingtool in der Berufsordnung bewilligt und stellt eine geeignete Möglichkeit dar, Praxismarketing zu betreiben. Der Aufwand und die Kosten sind verhältnismäßig gering. Der Adwords-Kunde überweist auf ein Google-Konto einen Geld-Betrag, legt Kosten-pro-Klick fest und die Anzeige wird so lange geschaltet, bis das festgelegte Limit ausgeschöpft wurde. Zusätzlich bietet Google die Möglichkeit an, relevante Suchbegriffe, sowie Trends und Chancen für neue Anzeigen aufzuzeigen. Dieses Browser-basierte Programm nennt sich „Google-Trends“. Im Vorfeld kann die Praxis also Trends in der Region ermitteln, gegebenenfalls Konkurrenten identifizieren und die Anzeige nach den Wünschen der Suchenden optimieren. Der Anzeigentext sollte kein spezielles Verfahren oder keine spezielle Behandlung nennen, sondern

allgemein verständlich auf suchende Patienten angepasst werden. Dadurch lässt sich der Verkaufscharakter einer Leistung beheben und der Patient erfährt nur indirekt, nach Aufklärung über die Krankheit, über die individuellen Gesundheitsleistungen der Praxis. Die gesundheitlichen Leistungen einer Praxis können durch Verlinkung auf die Praxiswebsite aufgelistet werden. Hierbei ist, wie bei allen Anzeigen, die Berufsordnung, das Heilmittelwerbegesetz sowie das Verbot des unlauteren Wettbewerbes zu beachten. Neben den Kampagnenanzeigen auf Google, empfiehlt sich auch die Kampagnenschaltung auf Facebook, die nach einem ähnlichen Prinzip aufgebaut ist.

Ohne großen Aufwand kann eine Arztpraxis im Rahmen von Facebook-Kampagnen sowohl neue Patienten erreichen als auch bestehende Patienten binden. Es gelten dieselben rechtlichen Beschränkungen wie bei einem Patientenflyer beispielsweise auch, also das Heilmittelwerbegesetz, Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb und die Berufsordnung sind zu beachten. Eine sinnvolle und einfache Variante ist eine Anzeigenschaltung auf Facebook. Diese ermöglicht es, einen Anzeigentext mit einem Bild oder Video zu kombinieren. Die Veröffentlichung der Kampagne ist kostenpflichtig und wird nach Beitragsinteraktionen berechnet. Beitragsinteraktionen sind entweder das Weiterleiten der Anzeige an befreundete Facebook-User, das Kommentieren der Anzeige oder der Klick auf den „Gefällt-mir-Button“. Erst bei einer Beitragsinteraktion entstehen für den Betreiber der Werbekampagne Kosten. Durch ein im Vorfeld festgelegtes Budget wird eine Kostenkontrolle gewährleistet. Außerdem besteht die Möglichkeit, eine Eingrenzung der Zielgruppe durchzuführen, sodass die Anzeige direkt bei der gewünschten Leserschaft erscheint. Möchte ein Arzt beispielsweise die individuelle Gesundheitsleistung „PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs“ anbieten, könnte er die Anzeige bei allen männlichen Facebook-Nutzern im Alter von 40-50 Jahren schalten, die ihren Wohnsitz in der Nähe der Praxis haben. Grundsätzlich ist eine indirekte Ansprache zu wählen. Es sollte keine Werbung für die individuelle Gesundheitsleistung erfolgen, sondern allgemein über die Indikation aufgeklärt werden. Der mündige Patient kann sich dann selbst, beispielsweise über die Verlinkung auf die Praxiswebsite, über alternative, individuelle Gesundheitsleistungen informieren. Der Patient hat somit das Gefühl, Teil am Prozess der optimalen, individuellen Behandlung teilzunehmen.

Da eine Anzeigenschaltung einen Facebook-Account benötigt, die den Namen der Praxis tragen sollte, können auch allgemeine Informationen wie Öffnungszeiten oder Titel des Arztes sowie die Fachrichtung, ähnlich wie auf der Website, veröffentlicht werden. Zudem können Praxen einen Blog in Facebook einführen, in dem der Arzt beispielsweise wöchentlich eine neue Krankheit erklärt und deren Symptome aufzeigt. Die Verlinkung der eigenen Facebook-Seite auf der eigenen Website und umgekehrt macht Sinn, um eine Interaktivität zu erreichen. Die Besucher können auf der Website somit einfach über den „Gefällt-mir-Button“ der Facebook-Seite der Praxis folgen. Durch die

zusätzliche Werbung auf den Praxisflyern kann zusätzlich für die Facebook-Seite der Praxis geworben werden.

Grundsätzlich sollte bei der Erstellung der Facebook-Seite für Arztpraxen im Vorfeld hinterfragen, welche Themen sowohl fachlich als auch allgemein interessant sind und zur Praxis passen.<sup>92</sup> Auch sollte im Vorfeld geklärt werden, wie viel interner Einblick die Praxis gewährleisten will und welche Themen tabu sind, wie beispielsweise politische Themen. Die Ansprache und der Auftritt der Praxis sollten in den Facebook-Kampagnen durchgängig gleich sein. Die rechtlichen Aspekte bei der Vermarktung sollte vor Kampagnenschaltung mit der Landesärztekammer, die für die Praxis zuständig ist, abgeklärt werden. Die oben aufgeführten Maßnahmen können der Patientenkommunikation und der Patientenbetreuung bzw. Patientenbindung zugeordnet werden.

### **5.2.3 Zusammenfassung**

Durch die Kombination von klassischen Offline Marketinginstrumenten mit Online-Marketing kann somit ein optimales Vermarktungskonzept für individuelle Gesundheitsleistungen entstehen. Grundsätzlich sollte bei der Online-Schaltung von Kampagnen die zuständige Landesärztekammer informiert werden, um gegebenenfalls rechtliche Aspekte abzuklären. Google-Adwords und Facebook-Kampagnen sind für die Vermarktung von individueller Gesundheitsleistung in Form von Aufklärungsarbeit und Verweis auf die Praxiswebsite eine effektive Maßnahme. Die medizinische Fachangestellte kann durch bestehende Praxisdaten bereits im Vorfeld eine Auswahl passender Gesundheitsleistungen für den Patienten treffen. Durch die individuelle Ausgabe von passenden Flyern an die Patienten, können diese sich im Wartezimmer über die angebotenen Leistungen informieren.

Im Folgenden werden im Schaubild die oben aufgeführten Instrumente grafisch den einzelnen Instrumenten des Marketingmix eingeteilt.

---

<sup>92</sup> Vgl. Sander/Boche 2013

Maßnahmen	Produktpolitik: Gestaltung der Be- handlungsleistung		Patienten- kommunikation		Patientenbetreuung und Patientenbindung	
Bibliothek					x	
Zeitschriften					x	
Akustisch			x			
Flyer			x			
Medizinische Fachangestell- te			x		x	
Aufsteller			x			
Liste IGeL			x			
Arzt-Gespräch			x		x	
Kooperation Apotheke				x		x
Facebook und Google Kam- pagnen				x		x
Festlegung des IGeL- Angebotes	x			x		x
Einsatzort	Innerhalb der Arztpra- xis	Außerhalb der Arztpra- xis	Innerhalb der Arztpraxis	Außerhalb der Arztpra- xis	Innerhalb der Arztpra- xis	Außerhalb der Arztpraxis

Abbildung 6: Einteilung der Marketingmaßnahmen

Quelle: Eigene Abbildung

Am Beispiel der Sporttherapie soll nun aufgezeigt werden, wie man die Instrumente sinnvoll miteinander verknüpfen kann, um ein optimales Vermarktungskonzept für individuelle Gesundheitsleistungen umzusetzen.

### 5.3 Beispiel Sporttherapie

Im Rahmen der Sportmedizin gibt es verschiedene Möglichkeiten, individuelle Gesundheitsleistungen anzubieten. Häufig werden die Knochendichtemessung, die Akupunktur sowie der sportmedizinische Test als individuelle Gesundheitsleistungen angeboten und sollen hier als Beispiel dienen.

Alle diese Leistungen werden grundsätzlich von Krankenkassen nicht übernommen. Die Akupunktur übernimmt die Kasse nur dann, wenn chronische Rücken- und Kniebeschmerzen vorliegen.

Für ein besseres Verständnis, werden die oben aufgeführten Selbstzahler-Leistungen kurz beschrieben. Durch die Knochendichtemessung, auch Osteodensitometrie genannt, wird die Dichte bzw. der Kalksalzgehalt der Knochen bestimmt, um somit die Diagnose der Osteoporose zu sichern bzw. den Krankheitsverlauf zu überwachen oder rechtzeitig vorzubeugen.<sup>93</sup> Die Akupunktur ist eine alternative Heilmethode aus der traditionellen chinesischen Medizin und ist weitgehend nebenwirkungsfrei<sup>94</sup>. Die Akupunktur soll den Energiefluss im Körper regulieren und kann u. a. bei Atemwegserkrankungen, Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates oder bei Stoffwechselerkrankungen angewandt werden. Der sportmedizinische Test verfolgt das Ziel, Krankheiten und Risikofaktoren festzustellen, die für einen körperlich aktiven Menschen gefährlich werden könnten<sup>95</sup>. Sie besteht meist aus der Befragung, auch Anamnese genannt, einer Belastungsprüfung und der Untersuchung der Gesundheitsvorsorge. Nach der Beurteilung des Trainingszustandes kann der Arzt die Qualität des bisherigen Trainings beurteilen und einen individuellen Trainingsplan mit dem Patienten zusammen ausarbeiten.

Wie bereits erläutert, gibt es für die Praxis verschiedene Ansatzpunkte für die Vermarktung der Leistung. Im Vorfeld sollte die Praxis eine Analyse über die Zielgruppe, den Markt und das Spektrum der Dienstleistungen durchführen, um die Bedürfnisse und Wünsche sowie die Strukturen der potentiellen Patientengruppe zu erfassen. Durch diese Erfassung lassen sich dann unterschiedliche Maßnahmen zur Vermarktung ermitteln. Hierbei wird zwischen innerhalb der Arztpraxis und außerhalb der Arztpraxis

---

<sup>93</sup> Vgl. DocCheck Medical Services GmbH 2014

<sup>94</sup> Vgl. Deutsche Akademie für Akupunktur 2013

<sup>95</sup> Vgl. Haber 2010



unterschieden. Durch die Eingrenzung der Patientengruppen, werden unterschiedlichen Maßnahmen bei der Vermarktung der individuellen Gesundheitsleistung ausgewählt. Bei der Knochendichtemessung lassen sich Menschen im Alter zwischen 45-60 Jahren, die gesundheitsbewusst leben und Interesse an präventiven Maßnahmen zur Krankheitsverhütung haben ansprechen. Die Akkupunktur spricht Patienten im Alter zwischen 45-60 Jahren an, die offen für Alternativmedizin sind und eventuell schon länger Verspannungen im Schulterbereich oder Rückenbereich verspüren. Ein sportmedizinischer Test ist für Menschen im Alter zwischen 25-40 Jahren interessant, die sich besonders für Sport interessieren und überdurchschnittliches Interesse an sportlichen Aktivitäten mit dem Ziel der Leistungssteigerung haben. Diese Patientengruppen lassen sich nun sowohl im Offline-Bereich als auch Online erreichen.

Im Online-Marketing, also außerhalb der Arztpraxis, kann die Website allgemein, Google- und Facebook-Kampagnen für den „Sportmedizinischen Test“ und der „Akkupunktur“ genutzt werden. Bei den Online-Kampagnen könnte durch Aufklärungskampagnen Aufmerksamkeit erregt werden. Eine Verlinkung in Facebook oder Google auf die Praxis-Website, die über die Krankheit Osteoporose oder die geschichtlichen Hintergründe von Akupunktur aufklärt, könnte somit ein gezieltes Instrument zur Aufklärung sein, die dann indirekt auf die Leistungen der Praxis hinweisen. Für den Anzeigentext in Facebook könnte man beispielsweise „Was Sie noch nie über Akupunktur gewusst haben“ oder „Osteoporose rechtzeitig erkennen“ nutzen. Vor der Online-Schaltung der Kampagnen empfiehlt sich eine Absprache mit der zuständigen Landesärztekammer, um auftretende rechtliche Fragen abzuklären.

Im Offline-Bereich ist eine Kooperation mit Apotheken ratsam. Somit könnte man in Apotheken einen Vortrag über die verschiedenen Indikationen, also beispielsweise Osteoporose, halten. Für den sportmedizinischen Test könnte man eine Kooperation mit den örtlichen Vereinen eingehen und beispielsweise einen kostenlosen Gesundheitscheck anbieten. Durch Auswertungen der einzelnen Daten, könnte der Arzt ein optimales Trainingsprogramm für die Sportler entwickeln.

Innerhalb der Arztpraxis sollte ein Zusammenspiel verschiedener Instrumente in folgenden Bereichen erfolgen. Bei der Anmeldung können bereits Flyer für die individuellen Gesundheitsleistungen ausgelegt sein, die durch die medizinische Fachangestellte individuell je nach Patient, ausgehändigt werden. Durch Theken-Aufsteller, also visuelles Anschauungsmaterial lässt sich zudem ein Beratungseinstieg für die Fachkraft herstellen. Eine Auflistung aller individuellen Gesundheitsleistungen, die die Praxis anbietet sowie die spezifischen Kostenübernahmen der Krankenkassen oder Alternativen zur Standardbehandlung, werden von Patienten positiv aufgefasst. Im Wartezimmer können Wartezimmer-TV und klassische Flyer, die zu den individuellen Gesundheitsleistungen passen, kombiniert werden. Das Wartezimmer-TV sollte dabei

aktuelle gesundheitliche Themen aufgreifen. Durch die passenden Flyer, kann der Patient über verschiedene Indikationen zusätzlich aufgeklärt werden.

Alternativ zu Wartezimmer-TV, können auch akustische Aufnahmen des Arztes abgespielt werden, der ebenfalls über aktuelle Themen im Gesundheitsbereich berichtet. Die Aufnahmen sollten jedoch klar hörbar sein und auf die richtige Lautstärke eingestellt werden. Auf die Aktualität der Aufnahmen ist ebenfalls zu achten. Zeitschriften, die zur Thematik Sport passen, sollten ebenfalls gesondert ausgelegt werden und getrennt von Aufklärungsflyern Verfügbar sein. Aufsteller zu gesundheitlichen Themen, die visuell die Aufmerksamkeit der Patienten gewinnen sollen, runden die Marketingmaßnahmen im Wartezimmer ab. Zu dem Thema Osteoporose kann beispielsweise durch das Aufstellen eines Plastikskeletts mit „löchrigen“ Knochen, der den Zerfall des Knochens darstellt, die Krankheit symbolisiert werden. Über die passenden Flyer, die über die Knochendichtemessung aufklären, kann sich der Patient dann über die individuelle Gesundheitsleistung informieren. Innerhalb des Beratungszimmers bleibt wenig Zeit für den Arzt über Leistungsangebote der Praxis zu sprechen. Dennoch sollte genügend Zeit für das Gespräch zwischen Arzt und Patient verbleiben, um gegebenenfalls auftretende Fragen zu diskutieren.

Durch die Verknüpfung klassischer Marketinginstrumente wie Flyer und Aufsteller mit „modernen“ Instrumenten wie Marketing-TV, Facebook und Google können somit Vermarktungsstrategien entstehen, die sehr erfolgsversprechend sind. Durch Aufklärungsmaßnahmen, die eine gewisse Transparenz suggerieren, wird die Kommunikation auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt.

## 6 Erfolgsfaktoren

Bei einer optimalen Vermarktung von Selbstzahlermedizin müssen verschiedene Sichtweisen berücksichtigt werden. Der Wunsch der Patienten nach einer optimalen Behandlung geht einher mit dem Wunsch nach Transparenz und einem vertrauensvollen Verhältnis zwischen Arzt und Patient.

Nach der langsamen Annäherung des deutschen Gesundheitsmarktes hin zu marktwirtschaftlichen Bedingungen, werden sowohl die Angebote als auch die Nachfrage nach individuellen Gesundheitsleistungen in der Zukunft steigen.<sup>96</sup> Dies beinhaltet Zukunftschancen für jene Praxen, die sich dem Wettbewerb mit anderen Praxen stellen. Praxismarketing im Allgemeinen wird daher zukünftig zu einer wichtigen Voraussetzung für den Erfolg einer gesundheitlichen Einrichtung.<sup>97</sup> Der zukünftig wachsende Wettbewerb und die damit einhergehenden aufklärenden Marketingmaßnahmen, stellen auch für Patienten einen Vorteil dar.

Praxen sollten das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen als eine sinnvolle Ergänzung von kassenärztlicher Leistung sehen und müssen dies kommunizieren, um die Leistung an den Patienten zu bringen. Als Voraussetzung für den Erfolg der Vermarktungsstrategie ist eine transparente und verständliche Kommunikation, die sich innerhalb des rechtlichen Rahmens bewegt.<sup>98</sup> Dabei können sich Praxen sowohl den klassischen Instrumenten zur Patientenkommunikation, Patientenbindung oder Patientenbetreuung als auch modernen Instrumenten wie Online-Marketing bedienen. Die einzelnen Marketingmaßnahmen unterscheidet man je nach Einsatzort innerhalb der Arztpraxis, also Anmeldungsbereich, Wartezimmer oder Behandlungszimmer und außerhalb der Arztpraxis.

Obwohl sich die rechtlichen Rahmenbedingungen geändert haben und Praxen mehr Auswahl bei Marketinginstrumenten zugesprochen wird, sind die Reglementierungen immer noch stark vorhanden. Dennoch sollten sich Arztpraxen rechtzeitig für eine sinnvolle Positionierung im Markt entscheiden und vorbereiten. Außerdem sollten sie Praxismarketing betreiben, wobei die Qualität der ärztlichen Leistung den Grundstein einer

---

<sup>96</sup> Vgl. Kreyher 2001, 3

<sup>97</sup> Vgl. Kreyher 2001, 7

<sup>98</sup> Vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai 2012

langfristigen Bindung zwischen Arzt und Patient legt.<sup>99</sup> Marketing ist ein fortlaufender Prozess und die Auswahl passender Behandlungsmethoden Teil der Produktpolitik einer Praxis. Die Vermarktung der Leistungen kann dann sowohl innerhalb als auch außerhalb erfolgen und wird schließlich sowohl zu neuen Patienten, die eine bestimmte Leistung in der Praxis nachfragen, als auch zur Bindung der bereits bestehenden Patientengruppe beitragen. Somit wird sowohl das Praxismarketing als auch die Vermarktung von Selbstzahlermedizin über den zukünftigen Erfolg einer Arztpraxis mitentscheiden.

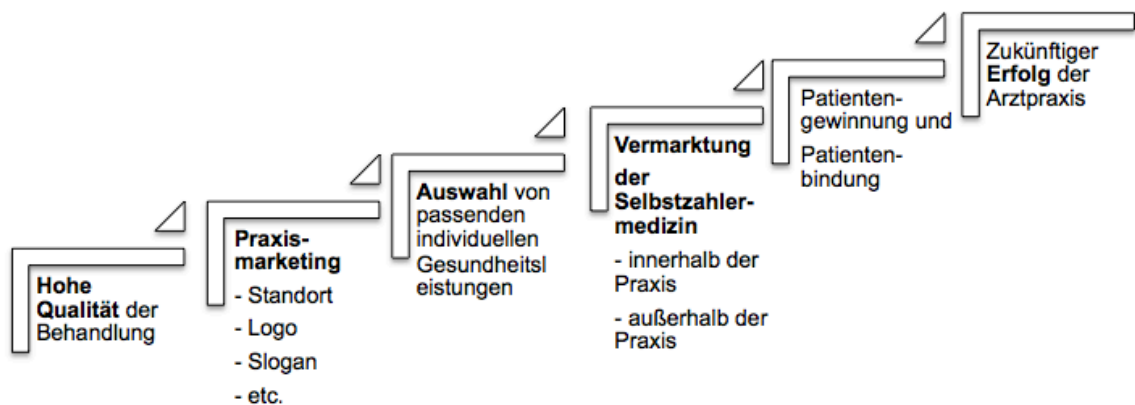


Abbildung 7: Grundlagen und Auswirkungen der Vermarktung der Selbstzahlermedizin

Quelle: Eigene Abbildung

Auch wenn es bereits einige Möglichkeiten zur Vermarktung von Selbstzahlermedizin gibt, sollten die Rahmenbedingungen verbessert werden. Viele Arztpraxen sind noch unsicher mit Vermarktungsaktivitäten. Der Grund darin liegt auch teilweise an den unklaren rechtlichen Beschränkungen, die für Praxen ein enormes Risiko darstellen. Denn Sanktionen können mit hohen Bußgeldern einhergehen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung kann es nur im Sinne des Staates sein, die eigenverantwortliche Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen der Patienten zu fördern. Daher sollte auch den Anbietern der Selbstzahlermedizin durch eine Lockerung bestehender Gesetze dringend geholfen werden, damit eine

<sup>99</sup> Vgl. Kreyher 2001, 37

---

Anpassung an marktwirtschaftliche Strukturen zumindest bei individuellen Gesundheitsleistungen stattfinden kann.

Obwohl die deutsche Bevölkerung an die zuzahlungsfreie ärztliche Behandlung in Deutschland seit über 100 Jahren gewöhnt wurde, werden künftig auch aufgrund des medizinischen Fortschrittes immer mehr individuelle Gesundheitsleistungen angeboten.<sup>100</sup> Die Patientengruppen, die sich für ihre nachhaltige Gesundheit interessieren, wird größer und fragt gesundheitliche Leistungen, die über das Maß des notwendigen hinaus gehen, gehäuft nach. Besonders die Gruppe der LOHAS, also besonders gesundheitsbewusste Menschen mit einem starken Interesse an Gesundheitsvorsorge, ist eine geeignete Zielgruppe für die Vermarktung von individuellen Gesundheitsleistungen.

Praxen sollten sich daher rechtzeitig auf ein Vermarktungskonzept der individuellen Gesundheitsleistungen einstellen, um ihre Patienten langfristig an die Praxis zu binden.

---

<sup>100</sup> Vgl. Peter 2013

---

## Literaturverzeichnis

AOK Bundesverband (2002): Moral Hazard.

URL: [http://www.aok-bv.de/lexikon/m/index\\_06433.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/m/index_06433.html) (28.04.2014)

AOK Bundesverband (2014): Sachleistungsprinzip.

URL: [http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/reformglossar/index\\_00676.html](http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/reformglossar/index_00676.html) (28.04.2014)

Ärzttekammer Baden-Württemberg (2014): Internetpräsentation.

URL: <http://www.aerztekammerbw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/internetpraesentation.pdf> (24.04.2014)

Bahner, Beate (2004): Das neue Werberecht für Ärzte: Auch Ärzte dürfen werben.

Springer Verlag. Heidelberg

Barth, Dieter (1999): Mediziner Marketing: Vom Werbeverbot zur Patienteninformation.

Springer Verlag. Heidelberg.

Bieberstein, Ingo (1995): Dienstleistungsmarketing: Theorie und Praxis. Neue Wirtschafts-Briefe Verlag. Ludwigshafen

Böcken, Braun/Jan, Bernhard (2006): Anreize zur Verhaltenssteuerung im deutschen Gesundheitswesen. Bertelsmann Stiftung. Bremen

Bundesärztekammer Baden-Württemberg (2014): Gebührenordnung für Ärzte.

URL: <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/42goae/index.html> (28.04.2014)

Bundesinstitut für Gesundheit (2014): Ärztliche Versorgung.

URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html> (15.05.2014)

Bundesinstitut für Gesundheit (2014): Einheitlicher Bemessungsmaßstab.

URL: <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm.html> (15.05.2014)

Bundesinstitut für gesundheitliche Aufklärung (2014): Demographischer Wandel in Deutschland.

URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel> (15.05.2014)

Bundesministerium für Justiz (2014): Gesetze über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens.

URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heimwerbg/gesamt.pdf> (20.06.2014)

Bundeszentrale für politische Bildung (2014): Demografischer Wandel.  
URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel> (15.05.2014)

Deutsche Akademie für Akupunktur (2014): Akupunktur Patienten.  
URL: <http://www.akupunktur-patienten.de> (27.05.2014)

Deutsches historisches Museum (2014): Die Sozialgesetzgebung.  
URL: <http://www.dhm.de/lemo/html/kaiserreich/innenpolitik/sozialgesetze/index.html>  
(15.05.2014)

Die Ersatzkassen (2013): Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung.  
URL: [http://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/b\\_versicherte/B1\\_versicherung\\_erte\\_krankenversicherungsschutz\\_20130517.jpg](http://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/b_versicherte/B1_versicherung_erte_krankenversicherungsschutz_20130517.jpg) (28.04.2014)

Die Ersatzkassen (2014): Marktanteile nach Kassenarten.  
URL: [http://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/b\\_versicherte/B2a\\_versicherung\\_te\\_marktanteile\\_kassenarten\\_versicherte\\_saeulen.jpg/\\_jcr\\_content/renditions/cq5dam.thumbnail.700.1400.png](http://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/b_versicherte/B2a_versicherung_te_marktanteile_kassenarten_versicherte_saeulen.jpg/_jcr_content/renditions/cq5dam.thumbnail.700.1400.png) (28.04.2014)

DocCheck Medical Services GmbH (2014): Osteoporose.  
URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/osteoporose#Symptome> (09.05.2014)

Dpa/Ärzteblatt (2013): Krankenkassen bezahlen Homöopathie.  
URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54343/Mehrheit-der-Krankenkassen-bezahlt-Homoeopathie> (27.04.2014)

Elste, Thomas/Frank, Diepgen (2002): Arztpraxis im Internet.  
URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/30534/Die-Arztpraxis-im-Internet-Werbung-und-Marketing-in-den-neuen-Medien> (25.04.2014)

finanzen.de Vermittlungsgesellschaft (2014): Was bieten gesetzliche Krankenkassen.  
URL: <http://www.finanzen.de/krankenversicherung/krankenkassen> (19.06.2014)

Gesetze im Internet (2014): Heilmittelwerbegesetz:  
URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/heilmwerb/BjNR006049965.html>  
(24.04.2014)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014): Stationäre und teilstationäre Einrichtungen.  
URL: [http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasts&p\\_a id=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=9908::gar](http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_a id=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9908::gar) (15.05.2014)

Haber, Paul (2010): Sportmedizinischer Test.  
URL: <http://www.netdokter.de/Diagnostik+Behandlungen/Vorsorgechecks/Sportmedizinischer-Check-2226.html> (27.05.2014)

Harder, Bernd (2005): Der große IGeL-Check. Knaur Ratgeber Verlag. München.

Heier, Marstedt / Magnus, Gerd (2012): Ärzteimage in der Bevölkerung.  
URL: [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-021B7EF5-AA45ABD9/bst/Abstract\\_Marstedt-Heier\\_GeMo-HP.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-021B7EF5-AA45ABD9/bst/Abstract_Marstedt-Heier_GeMo-HP.pdf) (15.05.2014)

Hoffmann, Schwarz/Uta, Mai/Robert, Stefan (2012): Angewandtes Gesundheitsmarketing, Springer Gabler, Wiesbaden.

Impuls Finanzmanagement AG (2014): Kostenerstattungsprinzip.  
<http://www.private-krankenversicherung.de/pkv-ratgeber/kostenerstattungsprinzip/>  
(28.04.2014)

Kade, Claudia (2013): Ärztemangel wird zum Versorgungsrisiko: URL:  
<http://www.welt.de/politik/deutschland/article123312623/Aerztemangel-wird-zum-Versorgungsrisiko.html> (15.05.2014)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014): Arztzahlen.  
URL: <http://www.kbv.de/html/421.php> (28.04.2014)

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2014): Regelleistungsvolumen.  
URL: <http://www.kvbawue.de/abrechnung-honorar/honorarverteilung/arzthonorare/rlv/>  
(28.04.2014)

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2014a): Arzthonorare.  
URL: [http://www.kvbawue.de/abrechnung\\_honorar/honorarverteilung/arzthonorare/](http://www.kvbawue.de/abrechnung_honorar/honorarverteilung/arzthonorare/)  
(28.04.2014)

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2014b): Die aktuelle Honorarverteilung in Baden-Württemberg.  
URL: [http://www.kvbawue.de/abrechnung\\_honorar/honorarverteilung/arzthonorare/](http://www.kvbawue.de/abrechnung_honorar/honorarverteilung/arzthonorare/)  
(15.05.2014)

Klaus-Dieter Thill (2001): Marketing in der Arztpraxis: Analyse, Strategie, Instrumente. Apollon Verlag. Bremen.

Kratz, Claudia (2013): Privatpatienten: Lukrative Kunden für Arztpraxen.  
URL: <http://arbeitskreis-krankenversicherungen.de/privatpatienten-lukrative-kunden-fuer-arztpraxen-15087/> (27.04.2014)



Kreyher, Volker J. (2001): Gesundheits- und Medizinmarketing, R. v. Decker's Verlag, Hüthig GmbH & Co. KG. Heidelberg

Lang, Peter (2009): Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung. Peter Lang GmbH, Frankfurt

Medical Text (2014): Vermarktung von individueller Gesundheitsleistung:  
<http://www.medical-text.de/inhalte/igel/pdfs/Igel-Liste%2092-141.pdf> (12.06.2014)

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (2014a): Medizinische Fachangestellte.  
URL: [http://www.igel-monitor.de/IGeL-Praxis\\_Medizinische\\_Fachangestellte.htm](http://www.igel-monitor.de/IGeL-Praxis_Medizinische_Fachangestellte.htm)  
(19.06.2014)

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (2014b): Arztgespräch.  
URL: [http://www.igel-monitor.de/IGeL-Praxis\\_Arztgesprach.htm](http://www.igel-monitor.de/IGeL-Praxis_Arztgesprach.htm) (19.06.2014)

Meier, Florian (2014a): IGeL-Leistungen.  
URL: [http://www.igel-verzeichnis.de/index.php/artikel/view/igel\\_leistungen](http://www.igel-verzeichnis.de/index.php/artikel/view/igel_leistungen) (28.04.2014)

Meier, Florian (2014b): Preisregeln.  
URL: [http://www.igel-verzeichnis.de/index.php/artikel/view/preis\\_regeln](http://www.igel-verzeichnis.de/index.php/artikel/view/preis_regeln) (28.04.2014)

Musterhaushalt.de (2014): Eingaben und Ausgaben im Durchschnitt.  
URL: <http://www.musterhaushalt.de/durchschnitt/einkommen-und-ausgaben/2>  
(15.05.2014)

Neumann, Philipp (2011): Der Fortschritt lässt Medizin Kosten explodieren.  
URL: <http://www.welt.de/wirtschaft/article12409353/Der-Fortschritt-laesst-Medizin-Kosten-explodieren.html> (15.05.2014)

Peter (2013): Selbstzahlermedizin wird in Zukunft auch in der ambulanten Humanmedizin eine größere Rolle spielen.  
URL: <http://www.aeggp.de/778/selbstbeteiligung-wird-in-zukunft-auch-in-der-ambulanten-humanmedizin-eine-groessere-rolle-spielen/> (15.06.2014)

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2014): Ambulante medizinische Versorgung.  
URL: <http://www.gesunde.sachsen.de/57.html> (15.05.2014)

Sander, Boche/Thomas, Christoph (2013): Zukunft Facebook für das Praxismarketing:  
URL: <http://www.zwp-online.info/de/zwpnews/wirtschaft-und-recht/marketing/zukunft-facebook-fuer-das-praxismarketing> (03.06.2014)

Scheel, Oliver (2011): Deutsches Gesundheitssystem auf dem Prüfstand. Kostenfalle Komplexität.  
URL: [http://www.atkearney.de/documents/856314/1214640/Deutsches\\_Gesundheitssystem\\_auf\\_dem\\_Pruefstand.pdf/b5ca045a-128e-40cb-9763-e73d35647279](http://www.atkearney.de/documents/856314/1214640/Deutsches_Gesundheitssystem_auf_dem_Pruefstand.pdf/b5ca045a-128e-40cb-9763-e73d35647279)  
(19.06.2014)

Schmitz, Büll/Christopher, Udo (2007): Werbung in der Arztpraxis.  
URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/54428/Werbung-in-der-Arztpraxis-Marketing-hat-Grenzen> (24.04.2014)

Siems, Dorothea (2013): Deutschland droht 2020 Einbruch der Geburtenzahl.  
URL: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article121657126/Deutschland-droht-2020-Einbruch-der-Geburtenzahl.html> (17.06.2014)

Stebner, Frank (2012): Neue Regeln.  
URL: [http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/praxisfuehrung/article/824622/arztwerbung-jetzt-gelten-neue-regeln.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/article/824622/arztwerbung-jetzt-gelten-neue-regeln.html) (24.04.2014)

Steden, Karl-Josef (2013): Ihre Vorsorge.  
URL: <https://www.ihre-vorsorge.de/magazin/aktuell-beleuchtet/igel-leistungen-checken.html> (27.04.2014)

Trendmonitor (1999): Die Medizin von morgen – gesund durch technischen Fortschritt.  
URL: <https://www.trendmonitor.biz/kategorie/gesundheit/artikel/die-medizin-von-morgen-gesund-durch-technischen-fortschritt.html> (15.05.2014)

Ulrich, Uwe (2014): Subsidiarität.  
<http://www.versicherung-in.de/subsidiaritaet-6012> (12.06.2014)

Wahler, Hildebrand (1999): Kooperation Krankenhaus – Pharmaindustrie. In: Braun

Zok, Schuldzinski/Klaus, Wolfgang (2005): Zusatzleistungen in der Arztpraxis.  
[http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ambulaten\\_versorg/wido\\_amb\\_pub-igel2005\\_0807.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-igel2005_0807.pdf) (04.06.2014)

## **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