

1 Einführung: Warum ist Kundenorientierung wichtig?

1.1 Rahmenbedingungen: Verschärfter Wettbewerb im Krankensektor

Innerhalb des deutschen Gesundheitssektors hat sich ein beachtlicher Strukturwandel vollzogen. Der kontinuierliche Anstieg der Patientenzahlen bei gleichzeitiger Reduktion der Verweildauer, die Schließung oder Fusion der nicht konkurrenzfähigen Kliniken sowie die Veränderungen in der Trägerschaft, mit einer steigenden Tendenz zu privaten Trägern, sind die Entwicklungen des Krankensektors in den letzten Jahren (vgl. Hodek et al. 2009, S. 254 f.). Die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland ist seit 1991 um 13,6 % auf 2.083 Häuser im Jahr 2008 gesunken. Dabei nahm die Anzahl der öffentlichen Einrichtungen um 40 % ab, während die Zahl der privaten Krankenhäuser um 78 % anstieg. Im gleichen Zeitraum reduzierte sich die Anzahl aufgestellter Betten um 24,4 % und die Zahl der Vollkräfte im Krankenhaus um rund 9 %. Trotz der Reduktion der Bettenzahl und des Personals stieg die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle von 14,6 Millionen im Jahr 1991 auf 17,5 Millionen im Jahr 2008. Eine Ursache der Reduktion der Krankenhauskapazitäten liegt in der Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten. Diese konnte von 14,0 Tagen im Jahr 1991 kontinuierlich gesenkt werden und liegt 2008 nur noch bei 8,1 Tagen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 15 f.; eigene Berechnungen). Trotz dieses Rückgangs nimmt Deutschland im internationalen Vergleich in Bezug auf die Verweildauer der Patienten noch immer eine Spitzenposition ein. Bei einer Reduktion der Verweildauer auf durchschnittlich 6,1 Tage (bedingt durch die Anreize der Diagnosis Related Groups), einer Steigerung der Bettenauslastung auf 95 % und einer Optimierung der Arbeitszeiten kann von einem weiteren signifikanten Rückgang des Bettenbedarfs bis zum Jahr 2020 ausgegangen werden. Die Überkapazitäten dürften unter diesen Annahmen und ohne weitere Anpassungen von momentan 5 % auf über 30 % bis 2020 steigen (vgl. Augurzky 2008, S. 191).

Weiterhin ist davon auszugehen, dass der Bedarf an medizinischer Leistung (unter anderem bedingt durch eine immer älter werdende Gesellschaft) und auch das Leistungspotenzial in Zukunft steigen. Dem gegenüber stehen jedoch wirtschaftlich und politisch bedingte Ausgabenlimits (vgl. Heberer 1998, S. 1305). Als Folge der notwendigen Ausgabengrenzen und Rationalisierungsmaßnahmen resultiert ein stärkerer Wettbewerb für die Anbieter medizinischer

Leistung. Durch die DRG-basierte Vergütung, die zum 1. Januar 2004 verbindlich eingeführt wurde, wurden erstmalig Anreize zu einem wirtschaftlichen Handeln mit diesen knappen finanziellen Ressourcen im Gesetz verankert.

Die verschärfte Wettbewerbssituation wird von einem Großteil der Krankenhäuser bestätigt, die im Rahmen einer Studie der *contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH*, einer Managementberatung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, zur Lage des Zuweisungsmanagements untersucht wurden. Von 71 % der 104 befragten Krankenhäuser wird die Konkurrenzsituation als eher hoch oder sehr hoch empfunden (vgl. Schmidt et al. 2008, S. 13). Um zukünftig in diesem Wettbewerb bestehen zu können, ist eine Dienstleistungs- und Kundenorientierung des Krankenhauses erforderlich. In diesem Zusammenhang gewinnt das Relationship Management im Krankenhaus zunehmend an Bedeutung, denn es setzt sich mit den Beziehungen zu den Anspruchsgruppen auseinander und will diese für alle Beteiligten vorteilhaft gestalten (vgl. Hensen 2009, S. 849). Eine der zentralen Anspruchsgruppen ist der Kunde „niedergelassener Arzt“. Dieser wird im Rahmen des Einweiserbeziehungsmanagements ausführlich betrachtet. Auch in Bezug auf die Beziehungen zu den einweisenden Ärzten haben sich die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in den letzten Jahren folgendermaßen verändert (vgl. Oberreuter 2010, S. 162):

- Aufbau von fachübergreifenden Ärztenetzen
- Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder MVZ-Ketten
- Intrasektoraler Wettbewerb (insbesondere aufgrund § 115 AGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus) und 116b SGB V (hochspezialisierte Leistungen))
- Institutsübergreifende Zertifizierungen
- Interesse der niedergelassenen Fachärzte, sich eine klinische Kompetenz zu erhalten
- Feminisierung des Arztberufes und die sich damit verändernden Bedarfe (z. B. Bedarf an Teilzeitstellen)
- Forderung der Kostenträger nach sektorübergreifenden Versorgungsmodellen

Viele dieser Rahmenbedingungen führen zu einem hohen Konfliktpotenzial zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, zum Beispiel löst eine Ausweitung der prä- und poststationären Aktivitäten des Krankenhauses bei den Niedergelassenen im Normalfall Unmut aus (vgl. Riegl 2000, S. 143). Gleiches gilt für MVZ, die bei den niedergelassenen Ärzten als Konkurrenz und Substitution für den Niederlassungsbereich angesehen werden. Im Zweifelsfall zählt der einzelne Einweiser jedoch mehr als einzelne lukrative Behandlungsfälle, schließlich ist er insgesamt rund 300 Berufsmonate Großkunde der Klinik (vgl. Riegl 2000, S. 143). Da die niedergelassenen Ärzte nicht nur einen großen Einfluss auf die Auslastung der Klinik haben (vgl. Kapitel 1.4) und dies in der verschärfen Wettbewerbssituation entscheidend für das Überleben der Klinik ist, sondern auch die Beziehungen zu ihnen komplexer werden, ist eine Einweiserorientierung unumgänglich.

1.2 Dienstleistungsmarketing: Welche Besonderheiten sind bei Krankenhausdienstleistungen zu beachten?

„Marketing is an organizational function and a set of processes for creating, communicating, and delivering value to customers and for managing customer relationships in ways that benefit the organization and its stakeholders“ (Kotler und Keller 2009, S. 45). Die Konzeption, Preisgestaltung und Distribution von Waren oder Dienstleistungen dient der Schaffung von Wert für den Kunden mit der Zielsetzung, einen Nutzen für die Unternehmung und ihre Anspruchsgruppen zu kreieren. Dabei soll im besten Fall auch eine (langfristige) Beziehung zum Kunden aufgebaut werden.

Marketing im Krankenhaus bedeutet die Ausrichtung der Krankenhausarbeit auf die Kunden des Krankenhauses – insbesondere auf Patienten und Einweiser – und die Darstellung des Nutzens und der Qualität der eigenen Arbeit gegenüber den Kunden und weiteren Anspruchsgruppen der Klinik (vgl. Thill 1999, S. 25 f.).

Bei den Leistungen eines Krankenhauses handelt es sich um Dienstleistungen, also um selbstständige, marktfähige Leistungen, die mit dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind. Interne (z. B. Krankenhausärzte) und externe Faktoren (also solche, die nicht im Einflussbereich des Dienstleisters liegen) werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert, um an den externen Faktoren (z. B. an Patienten) nutzenstiftende Wirkungen (z. B. Heilung) zu erzielen (vgl. Meffert und Bruhn 2009, S. 33). Krankenhausdienstleistungen weisen besondere Charakteristika auf (vgl. Thill 1999, S. 44 ff.; Riegl 2000, S. 76):

- *Immaterieller Charakter:* Die Dienstleistungen von Kliniken sind abstrakt, stofflich nicht fassbar und zeichnen sich durch eine hohe Erklärungsbedürftigkeit aus. Dienstleistungen des Krankenhauses können kaum vorgeführt oder getestet werden. Daher bringt der Kunde dieser Leistungen demjenigen, der die Leistungen erbringt, ein großes Vertrauen entgegen. Dieses Vertrauen kann unter anderem durch Angaben über die Qualifikation des Dienstleisters, also in der Regel der Mitarbeiter des Unternehmens, aufgebaut werden. Patienten müssen dem Krankenhaus einen „Vertrauensbonus“ gewähren, da beispielsweise die fachliche Kompetenz der Ärzte für sie nicht fassbar ist. Auch niedergelassene Ärzte befinden sich in dieser Situation, falls sie das Krankenhaus, in das sie einweisen, nicht kennen. Daher spielen neben Qualitätsindikatoren Meinungsführer eine wichtige Rolle. Meinungsführer für Patienten sind beispielsweise niedergelassene Ärzte, für die Niedergelassenen sind es z. B. die Kollegen.
- *Fehlende Lagerfähigkeit/geringe Standardisierbarkeit:* Krankenhausdienstleistungen können nicht gelagert werden und somit ist eine ständige Leistungsbereitschaft erforderlich. Aus diesem Grund ist ein planbarer und kontinuierlicher Patientenzustrom zu organisieren, der durch intensive Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten erreicht werden kann.

- *Fehlende Transportfähigkeit*: Die Leistungen des Krankenhauses sind an den Ort der Leistungserbringung, also die Klinik, gebunden. Folglich hat das Einzugsgebiet eine entscheidende Bedeutung und sollte hinsichtlich seiner Einwohner, niedergelassener Ärzte und ansässiger Wettbewerber untersucht werden.
- *Der Kunde als Teil des Produktionsprozesses*: Die Krankenhausdienstleistung wird am Kunden erbracht. Die Qualität der Leistung ist somit abhängig von seiner Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft. Die Patienten sind teilnehmende Augenzeugen für die Krankenhausqualität, gleichzeitig treten ungleiche, subjektive Beurteilungen bei identischen Krankenhausleistungen auf. Darüber hinaus sind die Krankenhausmitarbeiter fester Bestandteil der Leistungserbringung und entscheidend für die Kundenzufriedenheit.
- *Mangelnde Reversibilität*: Die medizinischen Leistungen des Krankenhauses können in der Regel nicht rückgängig gemacht werden. Dies erschwert die Entscheidung des Patienten und führt zu einem hohen Informationsbedarf, um die Risiken abwägen zu können.

Bei der Vermarktung von Dienstleistungen ist zu beachten, dass die traditionellen vier Ps um ein weiteres P ergänzt werden (vgl. Meffert und Bruhn 2009, S. 44):

- *Product*: Welche Dienstleistungen werden angeboten?
- *Place*: An welchem Ort bzw. auf welchen Vertriebswegen werden die Dienstleistungen angeboten?
- *Price*: Was kosten die Dienstleistungen? Welche Preispolitik wird verfolgt?
- *Promotion*: Welche Strategie verfolgt die Kommunikationspolitik? Welche Kommunikationsinstrumente werden eingesetzt, um die Leistungen bekannt zu machen?
- *People*: Wer erbringt die Dienstleistungen? Wie wird die Personalpolitik gestaltet?

Zu beachten ist allerdings, dass die Dimension *Price* bei Krankenhausdienstleistungen bei den Kundengruppen *Patient* und *niedergelassener Arzt* in den Hintergrund tritt. Bei knapp 90 % der Bevölkerung werden die Kosten der Behandlung – abgesehen von einem Eigenanteil – von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Folglich besitzen die Patienten kaum Transparenz über die Kosten der Inanspruchnahme der Leistung. Bei Wahl- oder Zusatzleistungen besteht jedoch für die Krankenhäuser preispolitischer Spielraum (vgl. Janßen und Schmidt 2007, S. 125). Auch für die niedergelassenen Ärzte spielt die Preispolitik der Klinik – sofern das Krankenhaus keine verdeckten Prämien oder unzulässige Patienten-Kopfgelder bezahlt – keine Rolle. Sie erzielen Einnahmen aus der Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus privatärztlicher Tätigkeit (vgl. Bundesministerium für Gesundheit online 2009).

Auch die logistische Komponente der Dimension *Place* kann von den Krankenhäusern kaum gestaltet werden, da die Nachfrage der Leistung direkt am

Standort stattfindet. Wichtig sind jedoch Maßnahmen, welche die optimale Erreichbarkeit des Standortes sicherstellen, beispielsweise eine gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln und ausreichend Parkplätze (vgl. Deutz 1999, S. 46).

1.3 Relationship Marketing: Welche Anspruchsgruppen sind im Krankenhaus zu berücksichtigen?

Gegenstand des Relationship Marketings sind die Stakeholder des Unternehmens (Anspruchsgruppenorientierung). „Stakeholder sind alle internen und externen Individuen und Institutionen, die von den unternehmerischen Tätigkeiten gegenwärtig oder in Zukunft direkt oder indirekt betroffen sind“ (Gabler Verlag (Hrsg.), online). Dies betrifft insbesondere die Beziehungen zu den Kunden, da sie die zentrale Anspruchsgruppe des Unternehmens darstellen, welche die Wertschöpfungskette direkt beeinflusst oder unmittelbar an ihr beteiligt ist. Das Relationship Marketing umfasst alle Maßnahmen der Analyse, Planung, Durchführung und Kontrolle (Entscheidungsorientierung), die dazu dienen, Beziehungen zu den Anspruchsgruppen zu initiieren, zu stabilisieren, zu intensivieren und wiederaufzunehmen (Zeitraumorientierung). Das Ziel dieser Maßnahmen ist der gegenseitige Nutzen der Beziehungspartner (Nutzenorientierung). Für den Kunden liegt der Nutzen in der Erfüllung seiner Bedürfnisse. Für das Unternehmen liegt der Nutzen der Kundenbindung in Weiterempfehlung, erneuter Inanspruchnahme (Wiederkauf) und Zusatzkauf (Cross Buying) (vgl. Bruhn 2001, S. 9 ff.).

Das Relationship Marketing ist im Krankenhaus mit einem Perspektivenwechsel von der reinen Bereitstellung der Leistungsangebote hin zu Aufbau, Pflege und Gestaltung individueller und langfristiger Kundenbeziehungen verbunden (Abb. 1.1). Weiterhin ist die konsequente Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Kunden in allen Hierarchieebenen zu verankern – nicht nur bei den Mitarbeitern mit direktem Kundenkontakt.

Im Krankenhaus zählen drei Anspruchsgruppen zu den Kunden: Der Patient als Empfänger der Leistung, die Krankenversicherung als Kostenträger, der die Kaufkraft besitzt, und der Einweiser, der die „Kaufentscheidung“ des Patienten wesentlich beeinflusst. In Abb. 1.2 sind neben den Kunden weitere Stakeholder des Krankenhauses dargestellt. Im Folgenden werden die drei Kundengruppen und die Anspruchsgruppen „Mitarbeiter“ und „Besucher“ kurz beschrieben.

„Wir verstehen uns als kundenorientiertes Unternehmen, Patienten, Einweiser und Krankenkassen sind unsere Kunden. Insbesondere mit den Einweisern steht und fällt ein Krankenhausbetrieb, da brauche ich natürlich eine enge Beziehung.“
(Krankenhausvertreter im Interview)

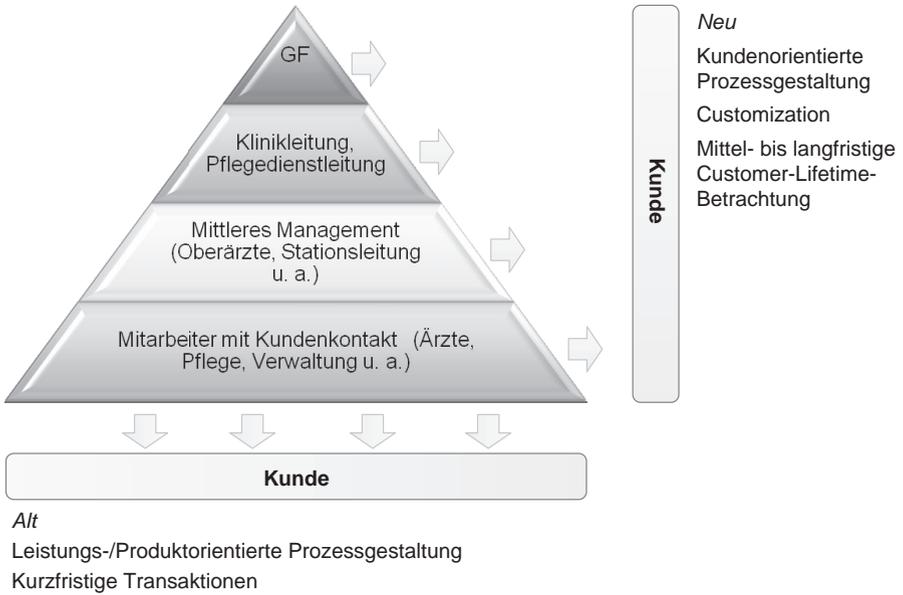


Abb. 1.1: Perspektivenwechsel des Relationship Marketings (vgl. Hensen 2009, S. 850)

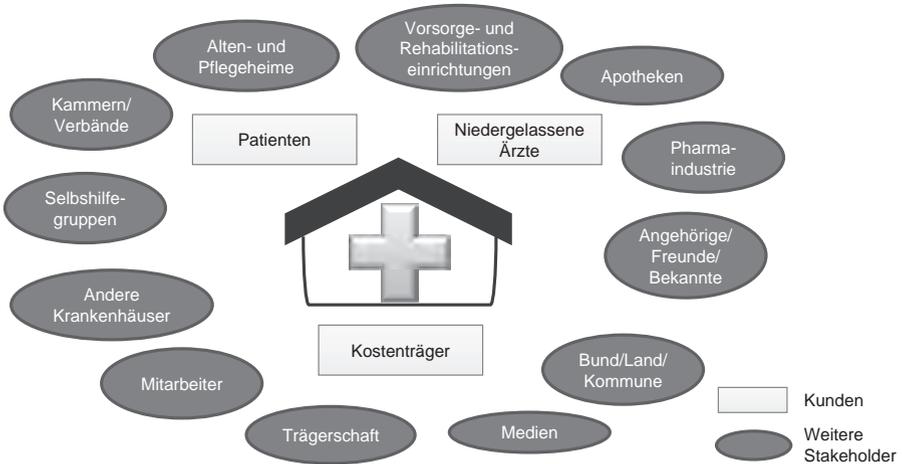


Abb. 1.2: Kunden- und Stakeholderkreis eines Krankenhauses (Auswahl) (vgl. Hensen 2009, S. 851)

Patienten

Der lateinische Begriff „patiens“ bedeutet wörtlich übersetzt „erduhend“, „erleidend“. Ein Patient ist eine Person, die sich in ärztlicher Behandlung befindet. Ein Patient im weiteren Sinne ist ein Mensch, der gesund ist und ärztliche Be-

treuung in Anspruch nimmt, beispielsweise durch eine Impfung oder Vorsorgeuntersuchung (vgl. Brockhaus 2006, Stichwort „Patient“).

Die Frage, wie der „Nutzer“ von Gesundheitsleistungen am besten bezeichnet werden sollte, gibt Anlass für Diskussionen (vgl. im Folgenden auch Hensen 2009, S. 851; Leebov 1988, S. 25; Thill 1999, S. 49). Der Begriff Patient unterstellt, dass der Nutzer abhängig von einer Institution ist, beispielsweise dem Krankenhaus. Das Abhängigkeitsverhältnis beruht heutzutage jedoch vielmehr auf Gegenseitigkeit. Um zu bestehen, sind Krankenhäuser auf die Patienten im gleichen Maße angewiesen, wie Patienten die Krankenhäuser benötigen. Andererseits wird der Patient von der Medizin nur ungern als *Kunde* bezeichnet, da der Begriff nicht angemessen erscheint für eine Leistung, der im Normalfall kein Kundenwunsch vorausgeht und auf die der Patient zwangsweise angewiesen ist. Jedoch ist der Gebrauch des Begriffes „Kunde“ sinnvoll, um den erforderlichen Perspektivenwechsels hin zum kundenorientierten Denken zu fördern; er stellt eine Erweiterung des bestehenden Begriffes „Patient“ dar, weg von dem Erduldenden und hin zu einem Empfänger von Gesundheitsleistungen, der mit Rechten und Ansprüchen ausgestattet ist. Weiterhin verdeutlicht dieser Begriff die Bedeutung des Patienten für den Krankenhauserfolg und seine veränderten Anforderungen an die Krankenhausleistung, welche sich in den letzten Jahren stark gewandelt haben. Patienten wollen selbst zunehmend mehr eine aktive Rolle im Prozess übernehmen, sind selbstständiger, fragen kritisch nach, informieren sich im Internet und holen Zweit- und Drittmeinungen ein. In der Vergangenheit gestaltete es sich für den Patienten eher schwer, sich über die Qualität des zur Auswahl stehenden medizinischen Angebots zu informieren. Vom Gesetzgeber vorgeschriebene Qualitätsberichte und zunehmende Möglichkeiten, die Einrichtungen anhand definierter Kriterien im Internet zu vergleichen, z. B. mithilfe des Klinikführers der Techniker Krankenkasse oder Focus-Listen (vgl. Techniker Krankenkasse; Focus online Gesundheit; Focus, 2010), stärken jedoch heute den Informationsgrad der Kunden.

Kostenträger

Der Kostenträger, also im Normalfall die gesetzliche oder private Krankenversicherung, besitzt die finanziellen Mittel, um den Bedarf des Patienten nach den Dienstleistungen eines Krankenhauses zu erfüllen, und zählt somit auch zu den Kunden des Krankenhauses. Die gesetzlichen Krankenversicherungen versichern nahezu 90 % der Bevölkerung in Deutschland. Berücksichtigt man auch die private Krankenversicherung sowie die 2,2 % Heilfürsorgeberechtigten (Angehörige der Polizei, des Bundesgrenzschutzes, der Bundeswehr und der Feuerwehr), so besitzen über 98 % der Bevölkerung in Deutschland einen Versicherungsschutz im Krankheitsfall (vgl. Greiling 2000, S. 76).

Aufgrund der wachsenden Ausgaben bei vergleichsweise geringer ansteigenden Einnahmen und einer Verstärkung des Wettbewerbs üben die Krankenkassen vermehrt Einfluss auf die Gestaltung des Leistungsangebots der Krankenhäuser aus. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Nachfragemacht der

gesetzlichen Krankenversicherung in den nächsten Jahren noch zunehmen wird (vgl. Hansen 2004, S. 125). Auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen wird zunehmend das Problem der selektiven Kontrahierung zukommen. Kostenträger sind dann in der Lage, die Leistungserbringer, mit denen sie zusammenarbeiten möchten, zu selektieren und sich nur die besten auszusuchen (vgl. Tecklenburg 2010, S. 46). Krankenkassen sehen sich folglich zunehmend in der Rolle des kritischen Einkäufers und Controllers, der unter Umständen auch nach Prüfung bereits erstellte Leistungen, z. B. wegen Fehlbelegung, nicht vergütet. Der Kostenträger wird mehr und mehr zum aktiven Mitgestalter der stationären Versorgung.

Niedergelassene Ärzte

Ein niedergelassener Arzt, der seinen Patient in ein bestimmtes Krankenhaus einweist, wird als Einweiser oder Zuweiser bezeichnet. Unter einer Einweisung ist ein formales Ersuchen des behandelnden Arztes zur Aufnahme eines Patienten in stationäre medizinische Betreuung zu verstehen. Der Einweisungsgrund ist die gewünschte stationäre Leistung, die durch die Einweisungsdiagnose gestützt wird (vgl. Zetkin und Schaldach (2005); Stichwort „Einweisung“). Bei einer Überweisung handelt es sich zwar auch um eine temporäre oder

„40 % der Patienten kommen über elektive Einweisungen ins Haus.“
(Krankenhausvertreter im Interview)

„Früher mussten sich die Krankenhäuser nicht um ihre Einweiser bemühen. Heute im DRG-System werden Einweiser von den Krankenhäusern umworben. Es geht darum, attraktive Patienten (attraktive DRG-Fälle) von den Einweisern zu bekommen. Daraus ergibt sich eine Machtposition für die Zuweiser.“
(Experte im Interview)

permanente Abgabe von Verantwortung für die Therapie des Patienten an einen oder mehrere Ärzte, jedoch ohne stationäre Unterbringung des Patienten. Davon kann die Konsultation abgegrenzt werden, bei der die Verantwortung bei dem behandelnden Arzt bleibt, dieser aber weitere Ärzte zu Rate zieht oder Untersuchungen in Auftrag gibt (vgl. Rost 2002, S. 87 f.).

Als Zugangswege der stationären Versorgung eines Krankenhauses lassen sich unterscheiden (vgl. Behar und Wichels 2009, S. 350):

- Elektive Einweisungen von niedergelassenen Ärzten (Zugangsweg für ca. 45 % aller stationär aufgenommenen Patienten in einer typischen städtischen Klinik)
- „Selbsteinweiser“ über Ambulanz/Nothilfe (ca. 30 %)
- Notfalleinweisungen des Rettungswesens und der Notfallversorgung (ca. 15 %)
- Verlegungen von anderen Häusern/Institutionen (ca. 10 %)

Elektivzuweiser stellen also den wichtigsten Zugangsweg von Patienten in die stationäre Versorgung dar.

Mitarbeiter

Die Mitarbeiter spielen insbesondere bei Krankenhausdienstleistungen eine große Rolle, denn sie sind wesentlich an der Erbringung der Dienstleistung beteiligt (vgl. Kapitel 1.2). Sie erbringen die Krankenhausleistung direkt am Patienten und die Qualität der Leistung wird unmittelbar durch den Patienten erlebt und beurteilt. Über das Auftreten der Mitarbeiter wird Qualität assoziiert, die Mitarbeiter haben somit einen großen Einfluss auf das Image eines Hauses. Außerdem stellen die Ärzte und die Mitarbeiter der Pflege und Verwaltung die entscheidende Schnittstelle zu den niedergelassenen Ärzten dar. Es ist entscheidend, wie sie den Einweisenden z. B. am Telefon begegnen. Insbesondere die Freundlichkeit der Ansprechpartner und das kooperative Miteinander von Niedergelassenen und Krankenhausärzten wurde von *Dobbelstein* als wichtig nachgewiesen (vgl. Kapitel 3.4 bzw. Dobbelstein 2008, S. 213). Außerdem spielt die Ausrichtung aller Mitarbeiter und Tätigkeiten am Wohl des Patienten (1,76), die Motivation der Mitarbeiter (1,92) und das Arbeitsklima im Krankenhaus (2,24) eine Rolle (vgl. Dobbelstein 2008, S. 213)¹. Darüber hinaus stellte die *INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit* fest, dass der betriebswirtschaftliche Erfolg eines Unternehmens eng mit einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur zusammenhängt (vgl. Lüthy und Buchmann 2009, S. 59). Die Kombination verschiedener Kulturdimensionen, wie das Erleben von Zugehörigkeit zum Unternehmen, die Wertschätzung und das Interesse, das den Mitarbeitern gegenüber gezeigt wird, sowie die Schaffung von Teamgeist, resultieren in bis zu einem Drittel des Finanzerfolges des Unternehmens. Dies liegt darin begründet, dass Mitarbeiter, die sich in einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur befinden, leistungsbereiter und motivierter sind und auch gegenüber externen Kunden besser auftreten (vgl. Dobbelstein 2008, S. 59). Eine hohe Kundenorientierung kann unter anderem durch die richtige Personalauswahl, Schulungen, gute (bzw. verbesserte) Arbeitsbedingungen und Corporate-Identity-Maßnahmen erreicht werden (vgl. Riegl 2000, S. 18). Anständig geführte, kompetente, motivierte und freundliche Mitarbeiter sind somit eine Voraussetzung für zufriedene Patienten und Einweiser und letztlich damit für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses.

Besucher (Angehörige, Freunde und Bekannte)

Bei den Besuchern handelt es sich entweder um ehemalige oder potenzielle Patienten. Waren die Freunde oder Angehörigen selbst schon einmal Patienten in einer (bzw. dieser) stationären Einrichtung, sind sie für den zu behandelnden Patienten eine Informationsquelle und beeinflussen ihn in seiner Krankenauswahl mit ihrer Empfehlung bzw. Rückmeldung (Abb. 1.3). Falls die Bekannten selbst noch keinen Krankenhausaufenthalt wahrzunehmen hatten, werden

1 n = 111 niedergelassene Ärzte, Mittelwerte, Skala von 1 (= sehr wichtig) bis 5 (= völlig unwichtig).

sie durch die Rückmeldung des Patienten und ihren eigenen Eindruck bei dessen Besuch in ihrer zukünftigen Krankenhauswahl beeinflusst. Bei der Bewertung von Krankenhäusern spielen die eigenen Erfahrungen aus der Besucherperspektive eine wichtige Rolle. Insbesondere der Umgang mit älteren Menschen wird von den Besuchern deutlich wahrgenommen (vgl. Jaeger und Bovelet 2007, S. 8). Angehörige, Freunde und Bekannte sind somit eine wichtige Zielgruppe im Krankenhausmarketing, die jedoch im Einweiserbeziehungsmanagement eine untergeordnete Rolle spielt.

1.4 Kundengruppe „niedergelassener Arzt“: Warum ist diese Kundengruppe entscheidend?

Um im Wettbewerb bestehen zu können, muss ein Krankenhaus mit einer hohen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungsqualität überzeugen – und zwar nicht nur den Patienten, sondern vor allem den niedergelassenen Arzt. Zielsetzung ist es, dem Niedergelassenen die Kompetenzen des Krankenhauses optimal zu vermitteln und ihn von einer besseren Leistung im Vergleich zu konkurrierenden Häusern zu überzeugen. Warum ist dieses Ziel von höchster Wichtigkeit? Der niedergelassene Arzt bekleidet für den Patienten die Rolle des Beraters und Meinungsführers, für das Krankenhaus ist er Lenker von Patientenströmen und somit Einflussgröße auf die Auslastung eines Krankenhauses (vgl. Brinkmann 2007, S. 11 f.; Thill 2010, S. 16 f.).

„Die Akquisition und Steuerung der Patienten läuft hauptsächlich über unsere Zuweiser.“
(Krankenhausvertreter im Interview)

Nach Meinung von 24 niedergelassenen Ärzten, die in einer Region Bayerns im Rahmen von teilstandardisierten Interviews befragt wurden, folgen mindestens zwei Drittel der Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses der Empfehlung ihres Arztes

(vgl. Drissner 2010, S. 95)². Auch von den Patienten wird die hohe Bedeutung des Arztes bei der Entscheidung über ein Krankenhaus bestätigt. Im Rahmen einer Befragung durch TNS Healthcare im Auftrag der Bertelsmann Stiftung wurden die Versicherten nach ihrem theoretischen Vorgehen bei der Auswahl eines Krankenhauses für einen planbaren Eingriff befragt (vgl. Geraedts 2008, S. 175). Die große Mehrheit der Versicherten würde sich gemeinsam mit dem behandelnden Arzt entscheiden (91 %) oder aber die Entscheidung ganz dem Arzt überlassen (81 %) (Abb. 1.3).

2 Teilstandardisierte Befragung mithilfe eines Leitfadens von n = 24 niedergelassenen Ärzten (davon 20 Fachärzte für Allgemeinmedizin, 2 praktische Ärzte, 2 Fachärzte für Innere Medizin) der bayerischen Planungsregion 10. Untersuchungszeitraum: 25. März 2010 bis 5. April 2010 (unveröffentlichte Quelle).