



Foto: © Jacob Wackerhausen/istock.com

Healthcare Marketing – Eine kritische Reflexion

Mit einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitsbereichs finden auch Konzepte des Healthcare Marketing vermehrt Anwendung. Was aber kann Marketing in einem stark regulierten Markt leisten? Dieser Beitrag erörtert die Möglichkeiten und Grenzen einer marktorientierten Führung von medizinischen Versorgungseinrichtungen aus der Perspektive von Krankenhäusern und Arztpraxen.

HERIBERT MEFFERT | FRIEDERIKE ROHN

Medizinische Dienstleistungen haben sich immer schon an den gesundheitlichen Problemen und Bedürfnissen von Patienten orientiert. „Kundenorientierung“ im Gesundheitsbereich ist insofern nicht neu. Neu ist das in diesem Sektor von der Ökonomisierung ausgelöste Wettbewerbsdenken. Der medizinische Fortschritt, verbunden mit dem demografischen Wandel, führt zu einem wachsenden Kostendruck. Einer aktuellen Studie zufolge droht 200 Krankenhäusern in Deutschland die Schließung (RWI 2011). Hinzu kommen steigende Ansprüche des Patienten, der längst vom unmündigen Nachfrager zum informierten, mitbestimmenden Kunden geworden ist (Bienert 2004, S. 87). Vor diesem Hintergrund gewinnt die marktorientierte Führung vor allem bei Krankenhäusern und Arztpraxen an Bedeutung, d. h. sie müssen ihre strategischen und operativen Entscheidungen stärker an den Markterfordernissen ausrichten (Meffert/Rohn 2011).

Im Gegensatz zu den USA, wo bereits in den 70er Jahren veränderte Rahmenbedingungen zur Entwicklung des sogenannten „Healthcare Marketing“ führten, fand der Marketinggedanke im deutschsprachigen Gesundheitsbereich erst in jüngerer Zeit stärker Eingang (Schreyögg 2010, S. 152; Kotler 1975). Trotz der wachsenden Bedeutung begegnen vor allem Mediziner und Patienten dem „Medizinmarketing“ vielerorts mit großer Skepsis und Vorbehalten. Dies liegt u. a. darin begründet, dass Marketing oft mit manipulativen Methoden der Werbung missverstanden und gleichgesetzt wird (Thomas 2008, S. 2). Folgt man jedoch dem heute vorherrschenden Begriffsverständnis, so ist Marketing auch im Gesundheitsbereich als eine integrierte, marktorientierte Führungskonzeption zu verstehen, die sowohl eine funktionsbezogene (Marketing als nachfragesteuernde Aufgabe) als auch funktionsübergreifende Dimension (Marketing als Management von

Wettbewerbsvorteilen) beinhaltet (Meffert/Burmann/Kirchgeorg 2008, S. 12 ff.).

Healthcare Marketing umfasst ein weites Feld

Healthcare Marketing umfasst ein weites Feld und muss in institutioneller, funktionaler und prozessualer Hinsicht präzisiert werden. Marketing kann sich auf den gesamten Prozess der gesundheitlichen Versorgung beziehen – von der Prävention über die medizinische Behandlung bis zur Rehabilitation und Nachsorge. Es finden Begrifflichkeiten wie „Wellness-Marketing“ ebenso wie Apotheken-, Krankenkassen- oder Pflegemarketing Anwendung. Abbildung 1 stellt den gesundheitlichen Versorgungsprozess sowie die in den jeweiligen Phasen wesentlich beteiligten Leistungserbringer und -finanzierer dar:

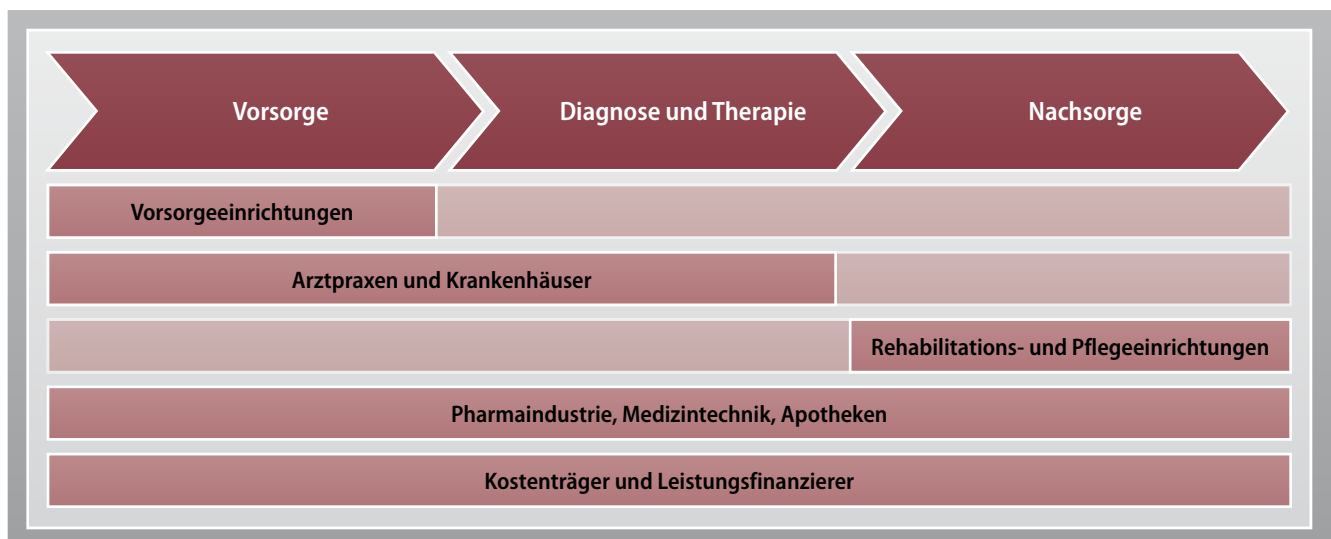
» Insbesondere im Gesundheitsbereich wird Marketing oftmals fehlinterpretiert. «

Im Rahmen dieses Beitrags soll auf den Bereich der eigentlichen stationären und ambulanten medizinischen Versorgung und damit auf Fragestellungen des Marketing von Krankenhäusern und Arztpraxen Bezug genommen werden. Empirische Studien zeigen, dass insbesondere in diesem Bereich Klärungs- und Handlungsbedarf besteht. Die Ausführungen beziehen sich hierbei vor allem auf das deutsche Gesundheitssystem.

Besondere Spielregeln für das Healthcare Marketing

Das im Konsumgüterbereich weit verbreitete Konzept des Marketing kann nur eingeschränkt auf medizinische Versorgungseinrichtungen übertragen werden. Der Markt für medizinische Leistungen unterliegt besonderen Bedingungen. Aus makroökonomischer Sicht liegt Marktversagen vor, d. h. Informationsmängel und verzerrte Präferenzen führen zu einer Fehlallokation von Ressourcen. Dies bedingt ein Eingreifen des Staates in Form gesetzlicher Regulierungen. Darüber hinaus stehen das ärztliche Berufsethos und betriebswirtschaftliche Überlegungen in einem Spannungsverhältnis. Die moralischen Grundsätze eines Arztes, einen Patienten nach bestem Vermögen zu versorgen, sind nicht immer mit dem ökonomischen Prinzip der Wirtschaftlichkeit vereinbar (Adam 1972, S. 8). Gleichzeitig hat aus ethischen Überlegungen „Gesundheit als höchstes Gut“ einen besonderen Wert. Medizinische Leistungen sind so gesehen moralisch sensible Dienstleistungen, die in hohem Maße das Vertrauen des Patienten erfordern. Diese Eigenschaft von Gesundheit als Vertrauensgut wird vor allem dadurch begründet, dass Patienten die Qualität der medizinischen Leistung weder vor noch nach der Behandlung hinreichend beurteilen können. Das Vertrauen des Patienten richtet sich einmal auf die „Medizin als System“ im Sinne der evidenzbasierten Schulmedizin oder zugelassene, nicht schulmedizinische Dienstleister (z. B. Heilpraktiker). Zum anderen ist das Vertrauen in die behandelnden Ärzte im Sinne eines Erfahrungs- und Kompetenzvertrauens angesprochen (Steuerer 2007, S. 111 ff.). Das durch den Patienten entgegengebrachte Vertrauen muss durch das Berufsethos des Arztes gerechtfertigt werden (hypokratischer Eid: Der Arzt muss die Interessen der Patienten über die eigenen, auch finanziellen Interessen, stellen). An dieser moralischen Anforderung der Integrität muss sich das Healthcare Marketing messen lassen. Die Betrachtung eines Patienten als

Abb. 1 Prozess der gesundheitlichen Versorgung



„Krankengut“ oder „Kunde“ ist nicht als Herabsetzung des Patienten als reiner Umsatz- oder Kostenträger misszuverstehen, sondern sollte im Rahmen eines Beziehungsmarketing zur Befriedigung seiner individuellen Bedürfnisse beitragen (Wagner et al. 1994). Werden vom Healthcare Marketing finanzielle Interessen wichtiger wahrgenommen als die des Patienten, so schwindet das Vertrauen. Daran sind einige Managed-Care-Organisationen gescheitert, die neben der Einschränkung der freien Arztwahl die medizinische und finanzielle Verantwortung den behandelnden Ärzten zugewiesen haben (Steuerer 2007, S. 114). Unabhängig hiervon gilt zu beachten, dass die Souveränität des Patienten als „Kunde“ eingeschränkt ist. In der Regel ist der Patient krankheitsbedingt auf eine medizinische Leistung angewiesen und bei der Auswahl des Leistungserbringers oftmals von einem einweisenden Arzt abhängig (Tscheulin/Helmig 2000, S. 111; Gorschlüter 1999, S. 49 f.).

- die Öffentlichkeit (Verbände, Politik, Medien) zu betrachten (Ennker/Pietrowski 2009, S. 160 ff.).
- Darüber hinaus sind Beziehungen zu den Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern sowie je nach Trägerschaft eines Krankenhauses zu Shareholdern von privaten Klinikketten oder der Forschungsgemeinschaft von Unikliniken zu pflegen. Ebenso sind medizinische und soziale Versorgungseinrichtungen als mögliche Kooperationspartner sowie Pharmaunternehmen und Medizintechnikerhersteller als Bereitsteller von Arzneimitteln und technischen Geräten zu berücksichtigen.

» Die Zukunftssicherung vieler Krankenhäuser und Arztpraxen hängt mehr denn je von einem erfolgreichen Management der Wettbewerbsvorteile ab. «

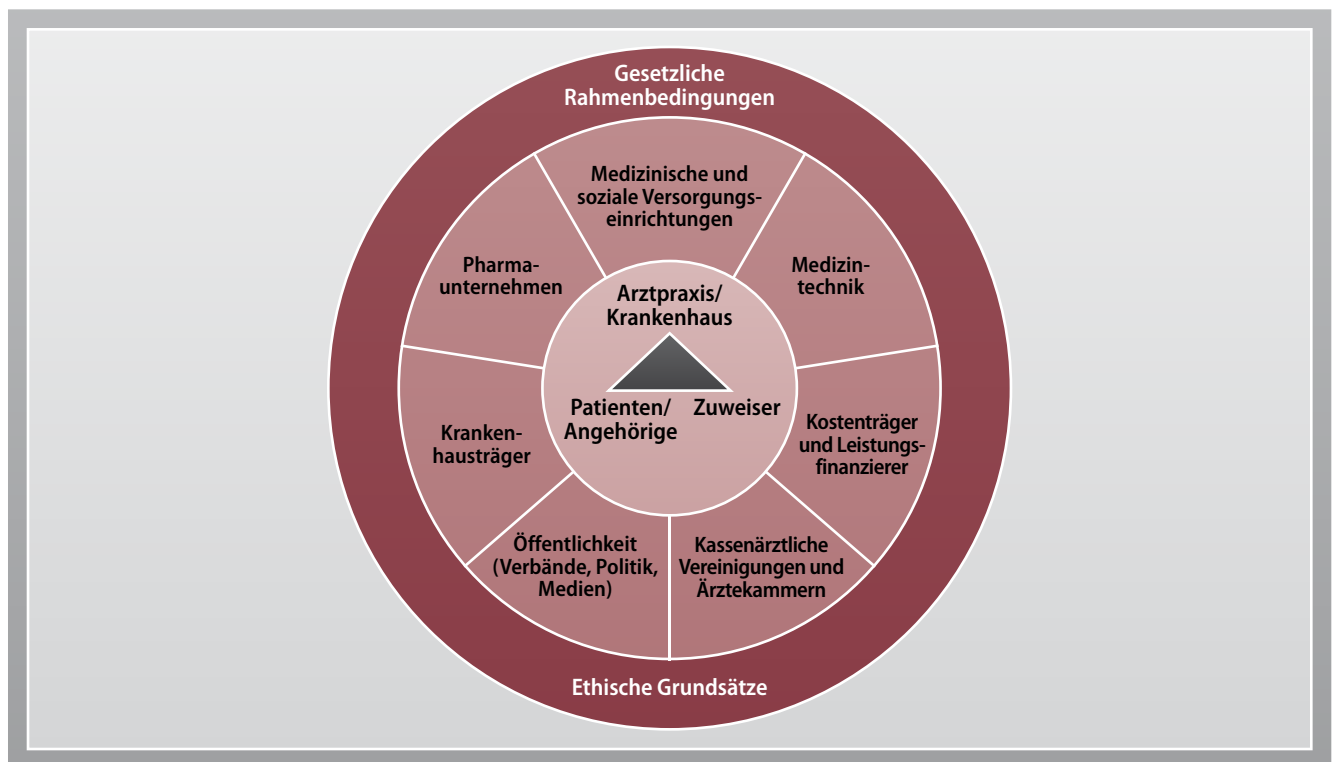
Vielfältiges Spektrum an Anspruchsgruppen

Die Besonderheiten des Gesundheitsbereiches bedingen ein vielfältiges Spektrum an Anspruchsgruppen des Marketing von Krankenhäusern und Arztpraxen. Als wesentliche Zielgruppen sind

- aktuelle und potenzielle Kunden (d.h. Patienten, Angehörige und zuweisende Ärzte),
- Mitarbeitende, Kostenträger und Leistungsfinanzierer sowie

Es ist Aufgabe des Healthcare Marketing, relevante Informationen über die verschiedenen Anspruchsgruppen und Rahmenbedingungen zu erlangen (Meffert 2009, S. 13). Sie bilden die Grundlage für Markt- und Absatzprognosen und die Ausrichtung der

Abb. 2 Anspruchsgruppen des Healthcare Marketing



Marketingmaßnahmen auf die Zielgruppen. Hierzu können vielfältige Messinstrumente eingesetzt werden: So dienen Befragungen von Patienten und zuweisenden Ärzten über Bekanntheit, Einstellungen, Image, Zufriedenheit und Weiterempfehlungsverhalten bspw. dazu, Verbesserungspotenziale des Krankenhauses oder der Arztpraxis aufzudecken. Die Segmentierung der Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten (z. B. nach Gesundheitsorientierung, Informationsverhalten und Risikobewusstsein) ermöglicht eine zielgruppengerechte Ansprache.

Anspruch vs. Wirklichkeit auf strategischer Ebene

Ausgangspunkt für die Sicherung und den Ausbau von Wettbewerbsvorteilen ist eine langfristig ausgerichtete strategische Positionierung. Aufgrund öffentlicher Versorgungsaufträge und vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen sind dem Großteil medizinischer Leistungserbringer hierbei allerdings Grenzen gesetzt (Gibis 2010, S. 76 ff.; Tiemann et al. 2010, S. 64 ff.). Krankenhäusern privater Trägerschaften sowie Privatarztpraxen sind in diesem Zusammenhang weitreichendere Positionierungsmöglichkeiten geboten.

*» Eine starke Marke ist für
medizinische Dienstleister
von hohem Wert. «*

Innerhalb der Freiräume sind neben einer Gesamtmarktdeckung zur Sicherung von Wettbewerbsvorteilen vor allem Nischenstrategien (Konzentration auf spezifische Zielgruppen oder Leistungen, wie z. B. Kinderkrankheiten oder Sportverletzungen) von Bedeutung. Ebenfalls relevant ist die Erschließung neuer Märkte durch regionale, nationale oder internationale Ausdehnung. Ein Trend ist hierbei in der zunehmenden Anwerbung von Patienten aus dem Ausland zu sehen. Durch die Gewinnung dieser Patientengruppe können nicht genutzte Kapazitäten ausgeschöpft und zusätzliche Finanzmittel akquiriert werden (Lüthy/Buchmann 2009, S. 174.). Besonderen Spielraum für die strategische Positionierung bietet darüber hinaus das Angebot von sogenannten Wahl- und Zusatzleistungen (z. B. Zahnbleaching durch eine Zahnarztpraxis).

Die Umsetzung von Wettbewerbsvorteilsstrategien im Sinne einer Kosten- oder Qualitätsführerschaft ist in medizinischen Versorgungseinrichtungen kritisch zu reflektieren. Kostenvorteile können insbesondere durch Größen- und Spezialisierungsvorteile erzielt werden, die Degressions- und Lerneffekte im Bereich fixer und variabler Kosten bewirken können. Diese bieten eine gute Ausgangsposition für Budgetverhandlungen mit Krankenkassen. Allerdings können sich aufgrund gesundheitspolitischer Preisbestimmungen für medizinische Leistungen Kos-

tenvorteile nicht ohne weiteres in Preisvorteilen für den Patienten niederschlagen (Neubauer/Ujlaky/Beivers 2010, S. 235 ff.; Greiner/Hodek 2010, S. 249 ff.). Hinzu kommt, dass Patienten ein fehlendes Preisbewusstsein aufweisen, da die in Anspruch genommene Leistungen in der Regel nicht direkt, sondern über eine Krankenkasse bzw. -versicherung vergütet werden (Hildebrandt/Martini 1999, S. 29).

Auch das Erreichen von Qualitätsvorteilen bedarf aufgrund der begrenzten Fähigkeit von Patienten, die Qualität medizinischer Dienstleistungen hinreichend zu beurteilen, einer spezifischen Betrachtung. Wie empirische Studien zeigen, werden von dem nicht fachkundigen Leistungsempfänger nicht-medizinische Ersatzkriterien wie die Freundlichkeit des Personals oder die Gestaltung von Räumlichkeiten als Qualitätsindikatoren herangezogen (von Eiff/Echterhoff/Stachel 2008, S. 147 ff.). Demgegenüber können zuweisende Ärzte die Leistungspotenziale und -prozesse von Krankenhäusern und Arztpraxen auf einer objektiveren Grundlage beurteilen.

In diesem Zusammenhang wird die Profilierung gegenüber Wettbewerbern in Form von Markierungsvorteilen immer bedeutender. Eine starke Marke ist für Krankenhäuser und Arztpraxen von hohem Wert. Medizinische Versorgungseinrichtungen mit einem klaren Markenprofil wirken wie ein Magnet (von Eiff 2003, S. 823). Marken dienen Patienten und zuweisenden Ärzten als Orientierungs- und Vertrauensanker und können so langfristig Wettbewerbsvorteile sichern. Dies gelingt umso mehr, je mehr das Selbstbild (Identität) und das Fremdbild (Image) der Versorgungseinrichtungen übereinstimmen (Welling 2006, S. 70) und die Markenführung den Prinzipien der Integrität und Integration der Kommunikation folgt. Das Berliner Krankenhaus „Charité“ sowie die „Mayo-Clinic“ in den USA sind hierfür die besten Beispiele (Käckenhoff 2007, S. 10).

Kooperationen und Netzwerke gewinnen an strategischer Relevanz

Über eine systematische Markenführung hinaus kommt Kooperationen und Netzwerken im Gesundheitsbereich eine zunehmende strategische Bedeutung zu. So erfordern kostenintensive technische Geräte (z. B. Einsatz von Computertomografen) Nutzungskooperationen zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern – oder Qualitätszirkel dienen dazu, in einem gemeinsamen Erfahrungsaustausch Qualitätsstandards zu entwickeln (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008). Neben derartigen horizontalen Kooperationen wächst angesichts jüngster Entwicklungen im Gesundheitsbereich die Zahl an sektorübergreifenden Kooperationen mit dem Ziel einer integrierten Versorgung (§§ 140 a-d SGB V). Diese beinhaltet die Zusammenarbeit von Versorgern aus dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor zum Zweck einer besseren Patientenbetreuung und Effizienzsteigerung (Bauer/Böcker 2001, S. 7 f.). Darüber hinaus kooperieren Mediziner unterschiedlicher Fachrichtungen vermehrt in sogenannten „medizinischen Versorgungszentren“ (MVZ) (§ 95 SGB V). Im Rahmen von Disease-

Management-Programmen (DMP), d. h. strukturierten Behandlungsprogrammen, erfolgt demgegenüber eine sektorübergreifende Versorgung chronisch Kranker (§§ 137 f-g SGB V; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009). Noch vergleichsweise selten sind allerdings Netzwerke, in denen medizinische Versorger mit sozialen Versorgern, z.B. Selbsthilfegruppen, kooperieren, um eine ganzheitliche Patientenversorgung sicherzustellen. Beispiele für solche intersektoralen Netzwerke sind das „Diabetes Netzwerk Deutschland“ und das „AMD-Netz NRW“.

Anspruch vs. Wirklichkeit auf operativer Ebene

Aus operativer Sicht ist der klassische Marketing-Mix (product, price, promotion und place) um die drei im Dienstleistungsbereich relevanten „P’s“ personnel, processes and physical facilities zu erweitern. Diese sieben Instrumente nehmen aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitsmarkts allerdings einen unterschiedlichen Stellenwert für Krankenhäuser und Arztpraxen ein und unterliegen mehr oder weniger gesetzlichen Bestimmungen.

Der Großteil leistungspolitischer Maßnahmen ist stark reglementiert. Für das Angebot und die Gestaltung von medizinischen Kernleistungen, die von der Krankenversicherung abgedeckt werden, liegen gesetzliche Bestimmungen vor, sodass hier der Spielraum für Marketingmaßnahmen begrenzt ist. Im Bereich der Zusatzleistungen, also Leistungen, die nicht zum Spektrum der gesetzlichen Krankenversicherung zählen und vom Patienten selbst zu tragen sind, eröffnen sich dagegen vielfältige Möglichkeiten. Vor allem prophylaktische Leistungen, d. h. Beratungsleistungen und für den Erhalt der Gesundheit erforderliche Maßnahmen (z. B. Stressbewältigungstherapien oder Ernährungsberatungen) bieten Ansätze, um sich Vorteile gegenüber dem Wettbewerb zu verschaffen (Oehme/

Oehme 2001, S. 379 ff.). Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund einer steigenden Gesundheitsorientierung in der Bevölkerung (Reinecke et al. 2011, S. 28). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich durch das Angebot von besonderen Serviceleistungen, bspw. das Freizeitangebot in einem Krankenhaus oder ein Patientenabholservice einer Arztpraxis, von der Konkurrenz abzugrenzen.

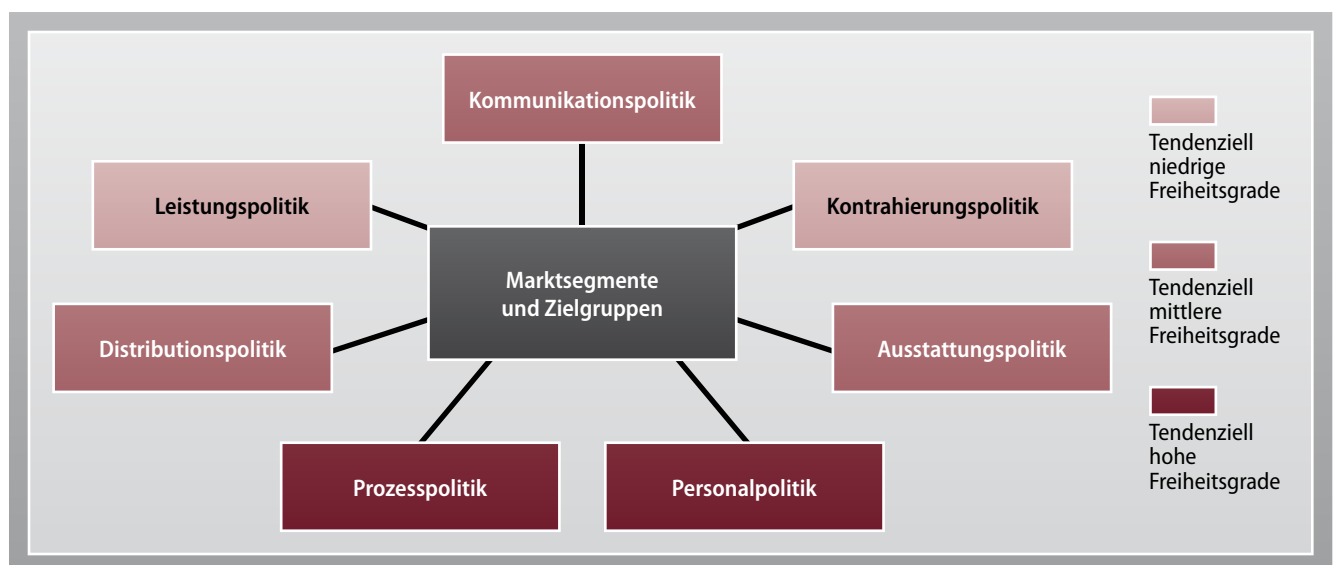
Preispolitik

Auch im Rahmen der Preispolitik sind medizinischen Versorgern aufgrund der gesetzlichen Preisbestimmungen tendenziell niedrige Freiheitsgrade gegeben. Der Schwerpunkt kontrahierungspolitischer Maßnahmen liegt daher in den Budgetverhandlungen mit Krankenkassen. Einen größeren Spielraum für preispolitische Entscheidungen bieten Selbstzahlerleistungen. Hierzu zählen Serviceleistungen sowie die sogenannten „IGeL-Leistungen“ (individuelle Gesundheitsleistungen), auch wenn Letztere ebenfalls der ärztlichen Gebührenordnung unterliegen (Ennker/Pietrowski 2009, S. 167).

Kommunikationspolitik

Tendenziell mehr, wenn auch begrenzte Freiheitsgrade haben medizinische Leistungsanbieter im Rahmen kommunikationspolitischer Maßnahmen. Zwar setzen gesetzliche Regulierungen wie die Musterberufsordnung für Ärzte (MBO) oder das Heilmittelwerbegesetz (HWG) Krankenhäusern und Arztpraxen bei der Nutzung klassischer Werbung auch hier Grenzen (Elste 2004, S. 65 ff. sowie 355 f.). Dennoch steht eine Vielzahl an Kommunikationsinstrumenten zur Verfügung, die effizient für die Steigerung des Bekanntheitsgrades oder zur Image-Profilierung genutzt werden können. So bieten Informationsbroschüren, Branchenbucheinträge oder Events bspw. eine wertvolle Plattform für die Präsentation des Leistungsangebo-

Abb. 3 Freiheitsgrade im Marketing-Mix für Krankenhäuser und Arztpraxen



tes. Auch und insbesondere der Online-Kommunikation kommt eine steigende Bedeutung zu. Die Entwicklungen in der Kommunikations- und Informationstechnologie schaffen neue Möglichkeiten der Informationsbeschaffung für Patienten und Ärzte und der Interaktion zwischen den einzelnen Anspruchsgruppen im Rahmen des Web 2.0 (Thielscher/Jäschke/Sommerhoff 2010; Linzbach/Ruß/Ohmann 2001, S. 135).

Distributionspolitik

Im Bereich der Distributionspolitik gelten für medizinische Leistungen ebenfalls besondere Bedingungen. Aufgrund der Nicht-transportfähigkeit stehen Erreichbarkeit und der Zugang des Patienten zur Leistung im Fokus der Distributionspolitik medizinischer Dienstleister. In diesem Zusammenhang sind Standortentscheidungen von besonderem Interesse (Oehme/Oehme 2001, S. 378 f.). Daneben gewinnt das Angebot mobiler Dienste an Relevanz. Als Distributoren nehmen insbesondere bei Krankenhäusern zuweisende Ärzte einen hohen Stellenwert ein. Im Rahmen

» Im Gesundheitsbereich findet ein spezifischer Marketing-Mix Anwendung. Besondere Freiräume und erfolgstreibende Ansatzpunkte liegen im Bereich der Personal-, Prozess- und Kommunikationspolitik. «

eines Zuweisermarketing sind Kontakte zu einweisenden Ärzten aufzubauen und zu pflegen (Ennker/Pietrowski 2008, S. 165 f.). Jüngste Entwicklungen zeugen zudem von einer Zunahme an Filialsystemen und Franchise-Konzepten. Eine bislang wenig verbreitete Form der Distribution besteht hingegen im Online-Vertrieb medizinischer Leistungen. Die Telemedizin ermöglicht es unter Zuhilfenahme moderner Informations- und Kommunikationstechnologien u. a., Diagnose- und Beratungsleistungen online zu erstellen (Trill 2009, S. 52 ff.).

Ausstattungspolitik

Tendenziell mittlere Freiheitsgrade sind auch bei ausstattungs politischen Maßnahmen von Krankenhäusern und Arztpraxen zu verzeichnen. Während für das Angebot medizinischer Leistungen bestimmte technische Voraussetzungen vorgeschrieben sind, kann die Gestaltung der Räumlichkeiten – bspw. durch Schaffung einer angenehmen Atmosphäre – zur Steigerung der Patientenzufriedenheit beitragen.

Personal- und Prozesspolitik

Die tendenziell höchsten Freiheitsgrade medizinischer Dienstleister können in der Personal- sowie Prozesspolitik identifiziert werden.

Der Personalpolitik kommt in der Medizin eine Schlüsselrolle zu. Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses oder einer Arztpraxis hängt in hohem Maß von den Fähigkeiten des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals ab. Hierbei sind neben fachlichen Fähigkeiten auch soziale Fähigkeiten bedeutsam – insbesondere dann, wenn diese als Qualitätsindikator medizinischer Leistungen fungieren. Die Arzt-Patient-Beziehung oder das Konzept des „Shared Decision Making“ gewinnen in diesem Zusammenhang auch in der Wissenschaft an Interesse (Benkenstein/Uhrich 2010, S. 431 f.). Darüber hinaus nehmen Mitarbeiter eine Rolle als Markenbotschafter ein, indem sie die Markenwerte des Krankenhauses oder der Arztpraxis im Kontakt mit den Patienten, Angehörigen und zuweisenden Ärzten leben. Vor diesem Hintergrund ist ein systematisches internes Marketing notwendig.

Auch im Bereich der Prozesspolitik verfügen medizinische Dienstleister über weitgehende Freiheitsgrade, um sich Vorteile gegenüber dem Wettbewerb zu verschaffen. Die Qualität und Kosten medizinischer Leistungen werden maßgeblich durch Prozesse bestimmt. In der Praxis werden Prozessoptimierungen u. a. durch sogenannte „Patientenpfade“ sowie „Case-Management-Programme“ angestrebt. Im Rahmen von Patientenpfaden wird für definierte Krankheitsbilder berufsübergreifend festgelegt, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in welcher Abfolge und Verantwortung umgesetzt werden, um so eine Prozessstandardisierung zu erreichen (Rippmann/Hoffmann 2005, S. 95). Case-Management-Programme beinhalten demgegenüber eine Einzelfallsteuerung im Sinne einer Begleitung des Patienten durch den Behandlungspfad (Wartenpfehl 2010, S. 326).

Wirksames Change Management gefragt

Die Einführung und Durchsetzung moderner Marketingkonzepte in der Medizin erfordert einen vorausschauenden, systematisch geplanten Prozess des Wandels. Aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen und praktischer Erfahrungen sind für einen erfolgreichen Implementierungsprozess des Healthcare Marketing vor allem folgende Gesichtspunkte zu beachten:

1. Etablierung eines klaren und einheitlichen Begriffsverständnisses von Healthcare Marketing. Vorurteile und Fehlverständnisse müssen ausgeräumt werden.
2. Sicherung notwendiger Informationsgrundlagen zur vorurteilsfreien Lagebeurteilung und Prognose der Entwicklung (Informationen über Rahmenbedingungen und Märkte sowie über Erwartungen und Verhalten von Patienten, Zuweisern und Wettbewerbern).
3. Grundvoraussetzung und primäres Ziel der marktorientierten Führung muss die Sicherung der Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses oder der Arztpraxis sein. Dies setzt eine längerfristige strategische Ausrichtung des Verhaltens unter Berücksichtigung der sich ändernden rechtlichen, politischen und technologischen Rahmenbedingungen voraus.
4. Das Commitment der ärztlichen und kaufmännischen Leitung ist zentrale Voraussetzung für eine glaubwürdige und erfolgrei-

che Umsetzung von patienten- bzw. kundenorientiertem Denken und Handeln in medizinischen Versorgungseinrichtungen.

5. Die Institutionalisierung und Verankerung des Marketing in der Organisation sichert bei entsprechender Professionalisierung die systematische Planung, Koordination und Kontrolle der marktgerichteten Aktivitäten. Die Einrichtung organisatorischer Stellen kann sich dabei nicht allein auf Pressereferenten oder Kommunikationsmanager beschränken. Vielmehr sind aus dem Gesamtzusammenhang der Gestaltung medizinischer Dienstleistungsprozesse auch spezifische betriebswirtschaftliche Fachkenntnisse erforderlich.
6. Wichtiger als weitreichende organisatorische Anpassungsmaßnahmen sind für eine erfolgreiche Implementierung des Healthcare Marketing die Verankerung kundenorientierten Denkens und Handelns als gelebte Werte in der Kultur des Krankenhauses bzw. der Praxis. Ein entsprechendes marktorientiertes Bewusstsein der Mitarbeiter wird mit dem Vorleben der Führung vor allem durch entsprechende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie eigene Erfolgserlebnisse beim Einsatz von Marketingmaßnahmen gefördert.

» Die Etablierung des Healthcare Marketing erfordert ein wirksames Change Management. «

7. Schließlich bedarf es zur Sicherstellung der Effizienz und Effektivität einer marktorientierten Führung von Krankenhäusern und Arztpraxen eines leistungsfähigen Marketingcontrollings (Reinecke/Janz 2007, S. 38 f.). Die Erreichung der gesetzten Marketingziele muss durch geeignete Messkonzepte und Bewertungsverfahren überprüft werden.

Für die Durchsetzung weitreichender marktorientierter Anpassungsmaßnahmen ist in der Regel die Unterstützung durch Berater erforderlich. Sie können als „Change Agents“ die Anpassungsprozesse initiieren und unterstützen. Für die eigentliche Umsetzung ist jedoch das Krankenhaus- bzw. Praxismanagement selbst gefordert. Dabei tragen erste, mit Konzepten des Healthcare Marketing erzielte Erfolge zur Akzeptanz der Marketingphilosophie in der Krankenhaus- bzw. Praxisorganisation bei.

Im Gegensatz zu seiner im Markenartikelbereich häufig dominanten Stellung wird sich das Marketing in Krankenhäusern und Arztpraxen eher mit einer flankierenden Rolle begnügen müssen. Die Grenzen marktorientierter Führung resultieren aus den Besonderheiten medizinischer Leistungen, den arteigenen Spielregeln des Gesundheitsmarktes und der notwendigen gesetzlichen Regulierung. Auch wenn viele Anzeichen dafür sprechen, dass künftig zur Steigerung der Effizienz und Effektivität im Gesundheitssek-

tor die Freiräume für marktorientiertes Handeln größer werden, sind nicht zuletzt aus ethischen Gründen der Vermarktung des Begriffs „Gute Gesundheit“ Grenzen gesetzt.

Literaturverzeichnis

- Adam, D. (1972): Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen. Eine Studie über Möglichkeiten zur Verbesserung der Strukturorganisation und des Entscheidungsprozesses in Krankenhäusern, Wiesbaden.
- Baur, A./Böcker, K. (2001): Integrierte Versorgung in Deutschland. Potemkinsches Dorf oder Zukunft des Gesundheitswesens?, in: Salfeld, R./Wetke, J. (Hrsg.): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte, Heidelberg, S. 7-19.
- Benkenstein, M./Uhrich, S. (2010): Dienstleistungsbeziehungen im Gesundheitswesen. Ein Überblick zum Konzept „Shared Decision Making“ in der Arzt-Patienten-Interaktion, in: Georgi, D./Hadwich, K. (Hrsg.): Management von Kundenbeziehungen. Perspektiven – Analysen – Strategien – Instrumente, Wiesbaden, S. 431-452.
- Bienert, M. L. (2004): Marktorientierung und Strategiefindung. Ein Leitfaden für Gesundheitsunternehmen zur erfolgreichen Positionierung im Wettbewerb, in: Hellmann, W. (Hrsg.): Krankenhausmanagement professionell, Landsberg/Lech.
- Elste, F. (2004): Marketing und Werbung in der Medizin. Erfolgreiche Strategien für Praxis, Klinik und Krankenhaus, Wien.
- Ennker, J./Pietrowski, D. (2009): Krankenhausmarketing. Ein Wegweiser aus ärztlicher Perspektive, Heidelberg.
- Gibis, B. (2010): Leistungsmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen, in: Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O.: Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York, S. 76-101.
- Gorschlüter, P. (1999): Das Krankenhaus der Zukunft, Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, Stuttgart.
- Greiner, W./Hodek, J.-M. (2010): Finanzmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen, in: Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O.: Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York, S. 248-258.
- Hildebrandt, H./Martini, O. (1999): Weshalb müssen Krankenhäuser wissen, wie ihre Patienten sie beurteilen?, in: Schupeta, E./Hildebrandt, H. (Hrsg.): Patientenzufriedenheit messen und steigern, Sankt Augustin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009), URL: <http://www.kbv.de/themen/6199.html> [Abruf am 18.05.2011].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): Handbuch Qualitätszirkel, 2. Aufl., Köln.
- Käckenhoff, U. (2007): Markenname wird bei Kliniken zunehmend zur Trumpfkarte, in: Healthcare-Markt, Nr. 6, 2007, S. 10-13.
- Kotler, P. (1975): Marketing for Nonprofit Organizations, Eglewood Cliffs, New Jersey.
- Linzbach, M./Ruß, A./Ohmann, Ch. (2001): Das Internet als Instrument der Veränderung in der Medizin, in: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren, Heidelberg, S. 133-141.
- Lüthy, A./Buchmann, U. (2009): Marketing als Strategie im Krankenhaus. Patienten- und Kundenorientierung erfolgreich umsetzen, Stuttgart.
- Meffert, H. (2009): Marketing. Auf die marktorientierte Führung kommt es an, in: Meffert, H. (Hrsg.): Erfolgreich mit den Großen des Marketings, Frankfurt/Main, S. 9-18.
- Meffert, H./Burmans, C./Kirchgeorg, M. (2008): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, 10. Aufl., Wiesbaden.
- Meffert, H./Rohn, F. (2011): Medizinmarketing. Marktorientierte Führung im Gesundheitsbereich, in: Thielscher, Ch.: Medizinökonomie, Wiesbaden.
- Neubauer, G./Ujlaky, R./Beivers, A. (2010): Finanzmanagement in Krankenhäusern, in: Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O.: Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York, S. 235-248.
- Oehme, S./Oehme, W. (2001): Marketing für ärztliche Leistungen, in: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren, Heidelberg, S. 365-388.

Reinecke, S./Janz, S. (2007): Marketingcontrolling. Sicherstellen von Marketingeffektivität und -effizienz, Stuttgart.

Reinecke, S. et al. (2011): Einfluss des Marketing – Löwen brauchen nicht zu brüllen, St. Gallen.

Rippmann, K./Hoffmann, L. (2005): Die Leistungsgestaltung erfolgt durch geplante Behandlungsabläufe und Behandlungsstufen, in: Vetter, U./Hoffmann, L.: Leistungsmanagement im Krankenhaus: G-DRGs, Stuttgart, S. 93-106.

RWI (2011), URL: <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/61/> [Abruf am 18.05.11].

Schreyögg, J. (2010): Kundenmanagement im Gesundheitswesen. Einführung und methodische Grundlagen, in: Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O.: Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York, S. 152-154.

Steuerer, J. (2007): Vertrauen in der Medizin, in: Schwarz, G.: Vertrauen – Anker einer freiheitlichen Ordnung, Zürich, S. 111-118.

Thielscher, C./Jäschke, T./Sommerhoff, P. (2010): Web-2.0-Anwendungen und Krankenhausmarketing, in: Das Krankenhaus, 2010, Nr. 5, S. 419-425.

Thomas, R. K. (2008): Health Services Marketing, New York.

Tiemann, O. et al. (2010): Leistungsmanagement in Krankenhäusern, in: Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O.: Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York, S. 47-76.

Trill, R. (2009): eHealth, in: Trill, R. (Hrsg.): Handbuch eHealth. Von der Idee zur Umsetzung, Stuttgart, S. 52-63.

Tscheulin, D. K./Helmig, B. (2000): Patientenzufriedenheitsmessungen im Krankenhaus, in: Albach, H. et al. (Hrsg.), Krankenhausmanagement 2000, zfb Ergänzungsheft, 4/2000, Wiesbaden, S. 105-121.

Von Eiff, W. (2003): Das Magnet-Krankenhaus. Marken-Management als Erfolgsfaktor für Krankenhäuser, in: Krankenhaus Umschau, 9, S. 823.

Von Eiff, W./Echterhoff, F./Stachel, K. (2008): Positionierung eines Krankenhauses auf dem Markt für Prostatakrebspatienten, in: Das Krankenhaus, 2008, Nr. 2, S. 147-151.

Wagner et al. (1994): Relationship Marketing in Health Care, in: Journal of Health Care Marketing, Vol. 14, No. 4, S. 42-47.

Wartenpfehl, B. (2010): Der Nutzen der systemischen Denkfigur in der Organisationsentwicklung gemeinsamer Assessmentverfahren im Prozess des Case Managements, in: Brinkmann, V. (Hrsg.): Case-Management. Organisationsentwicklung und Change-Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 325-341.

Welling, M. (2006): Ökonomik der Marke: Ein Beitrag zum Theorienpluralismus in der Markenforschung, Wiesbaden.

Die Autoren

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert

Emeritierter Direktor und Gründer des Instituts für Marketing an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster sowie ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der Bertelsmann Stiftung
E-Mail: meffert@uni-muenster.de

Dipl.-Kffr. Friederike Rohn

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Marketing Center Münster der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
E-Mail: friederike.rohn@wiwi.uni-muenster.de



Sven Reinecke, Christian Belz, Michael Reinhold, Christian Schmitz, Marcus Schögel, Dirk Zupancic

Einfluss des Marketing

Löwen brauchen nicht zu brüllen

Der Einfluss des Marketing in Unternehmen ist nicht unbestritten – zumindest aus dem Blickwinkel von Marketingführungskräften sollte er eigentlich stärker sein. Wird die Marketingdisziplin unterschätzt, oder vermarktet sie sich selbst zu wenig? Es nützt nichts, über den ungenügenden Einfluss des Marketing auf Geschäftsleitungsebene zu lamentieren. Denn möglicherweise hat sich das Marketing zu stark mit Nebensächlichkeiten befasst und bewegt sich nicht mehr auf Augenhöhe mit den Kunden. Marketing muss einfach mehr leisten und mehr können. Dann 'darf' es auch wieder mehr und erhält die Chance, den Unternehmenserfolg massgeblich zu beeinflussen. Die vom Führungsteam des Instituts für Marketing an der Universität St.Gallen verfasste Schrift richtet sich an Professionals im Marketing, die die Kraft der Löwen entfesseln wollen: die eigene und jene der Marketingdisziplin.

Eine gemeinsame Publikation des Instituts für Marketing der Universität St.Gallen und von Swiss Marketing (SMC).
St.Gallen: Thexis 2011, 184 Seiten, ISBN 978-3-905819-18-2. CHF 54.–/EUR 37.– (zzgl. Versand), bestellen unter www.thexis.ch