
Zusammenfassung

Im Rahmen der Hintergrundinformationen zu den Themen Krankenhäuser, Kundenmanagement und Kundenorientierung werden die relevanten Basisinformationen dargestellt, welche für die Untersuchung der Kundenorientierung von Krankenhäusern nötig sind. Für ein besseres Verständnis des stationären Sektors in Deutschland erfolgt neben einer Definition des Begriffs ‚Krankenhaus‘ eine Erläuterung der Klassifizierung und Finanzierung von Krankenhäusern. In diesem Zusammenhang werden auch aktuelle Entwicklungen der Krankenhauslandschaft berücksichtigt. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den Patienten, deren Bedeutung unter den Gesichtspunkten der Kundenorientierung und des Kundenmanagements dargestellt wird. Die Maßnahmen der Kundenorientierung umfassen das (Online-)Marketing in Gesundheitswesen und Krankenhaus sowie Kommunikationsstrategien und bilden die theoretische Basis für die anschließende Untersuchung ausgewählter deutscher Krankenhäuser.

2.1 Krankenhäuser in Deutschland

2.1.1 Definition von Krankenhäusern

Laut § 107 Sozialgesetzbuch V (SGB V) sind Krankenhäuser

Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem

Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten von Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen Patienten untergebracht und gepflegt werden können.¹

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) definiert in § 2 Krankenhäuser in verkürzter Form als

Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.²

Selbstverständlich ist ‚Krankenhaus‘ nur der Oberbegriff für viele unterschiedliche Formen, sodass eine genauere Einteilung erforderlich ist. Zudem wird im SGB V zwischen Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 Abs. 2 SGB V) unterschieden. Diese Unterscheidung ist nötig, weil sich die Einrichtungen bezüglich der Zulassung der Versicherten zur stationären Versorgung, aber auch hinsichtlich Finanzierung und Vergütung unterscheiden.

2.1.2 Klassifizierung von Krankenhäusern

Krankenhäuser können nach diversen Kriterien in verschiedene Typen eingeteilt werden, dazu zählen Zulassung, Trägerschaft, Rechtsform, Größe, Versorgungsstufe, ärztlich-pflegerische Zielsetzung, ärztliche Besetzung, Verweildauer sowie Behandlungs- und Pflegeintensität.

Vor der Einteilung nach den eben genannten Kriterien lassen sich Krankenhäuser laut Statistischem Bundesamt allerdings zunächst grob in ‚Allgemeine Krankenhäuser‘ – mit einer Anzahl von 1.736 – und ‚Sonstige Krankenhäuser‘ – mit einer Anzahl von 309 – unterscheiden. Zu den ‚Sonstigen Krankenhäusern‘ gehören solche mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- oder Nachtkliniken und Bundeswehrkrankenhäuser (Statistisches Bundesamt 2013).

Um medizinische Leistungen an gesetzlich versicherten Patienten mit den Krankenkassen abrechnen zu können, müssen Krankenhäuser laut SGB V eine Zulassung besitzen. Zu den zugelassenen Krankenhäusern zählen Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die ein Teil des Krankenhausplanes eines Landes sind

¹ § 107 SGB V.

² § 2 KHG, zit. aus Busse et al. (2010), S. 49.

(insgesamt 1.436 Plankrankenhäuser) (Statistisches Bundesamt 2013), und solche, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben (Busse et al. 2010).

Krankenhausträger sind definiert als Personen, Körperschaften oder Institutionen, die ein Krankenhaus besitzen oder betreiben. Es werden öffentliche, frei/gemeinnützige und private Trägerschaften unterschieden, wobei erstere mit einer Anzahl von 1.110 am häufigsten vertreten sind (Statistisches Bundesamt 2013). Öffentliche Krankenhäuser sind meist unter der Trägerschaft von Ländern, Kreisen, Gemeinden oder Zweckverbänden, dagegen werden frei/gemeinnützige von Kirchen und Wohlfahrtsverbänden betrieben. Private Krankenhäuser müssen als gewerbliche Unternehmen eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung aufweisen (Heinrich 2011) und können als Träger beispielsweise einen Arzt mit bestimmter Fachrichtung oder auch eine Kapitalgesellschaft haben (Nagel 2013).

Die beiden möglichen Rechtsformen öffentlicher Krankenhäuser sind öffentlich-rechtlich und privatrechtlich, wobei ihnen die Wahl der Rechtsform weitgehend selbst überlassen ist, sodass auch ein öffentliches Krankenhaus durchaus in einer privaten Rechtsform geführt werden kann. Im Jahr 2007 waren 24 % der öffentlichen Krankenhäuser öffentlich-rechtlich (unselbstständig), 20 % öffentlich-rechtlich (selbstständig) und 56 % der öffentlichen Häuser privatrechtlich geführt.

Bezüglich der Größe von Krankenhäusern ist in erster Linie die Anzahl der Betten zu beachten, die wiederum eng mit der jeweiligen Versorgungsstufe zusammenhängt. Obwohl zwischen den Bundesländern keine einheitliche Definition der Versorgungsstufen besteht, ist die Einteilung in Grundversorgung (bis 200 Betten) und Regelversorgung (bis 350 Betten), Schwerpunkt- bzw. Zentralversorgung (350 bis 1.000 Betten) und Maximalversorgung (über 1.000 Betten) am weitesten verbreitet (Busse et al. 2010). Als Abgrenzungskriterien dienen neben der Bettenzahl die Art und Anzahl der Fachabteilungen, die Bereitstellung besonderer Dienste und technischer Einrichtung sowie die Verpflichtung zur Beteiligung an der Notfallversorgung (Heinrich 2011). Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung haben die Aufgabe, die flächendeckende Versorgung zu sichern und weisen in jedem Fall die Abteilungen Chirurgie und Innere Medizin auf. Schwerpunktkrankenhäuser sind für die überregionale Versorgung zuständig und sind meist in mittleren und größeren Städten angesiedelt. In ihren bis zu zehn Fachabteilungen übernehmen sie auch häufig die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal. Krankenhäuser mit Maximalversorgung beinhalten alle Krankenhausdisziplinen sowie eine große Anzahl an Spezialisierungen (Nagel 2013).

Neben der Versorgungsstufe gibt es noch weitere Kriterien, mittels derer ein Krankenhaus nach seinen Bedarfsbereichen eingeteilt werden kann. Betrachtet man beispielsweise die ärztlich-pflegerische Zielsetzung, so sind Allgemein-

krankenhäuser, Fachkrankenhäuser und Sonderkrankenhäuser zu unterscheiden (Haubrock und Schär 2002). Während bei Allgemeinkrankenhäusern keine bestimmte Fachrichtung im Vordergrund steht, erfolgt in Fachkrankenhäusern eine Spezialisierung auf bestimmte Krankheiten oder spezielle Behandlungsmethoden. Sonderkrankenhäuser beschränken sich auf spezielle Behandlungsverfahren oder behandeln nur bestimmte Patientengruppen und beinhalten z. B. den psychiatrisch-neurologischen Bereich. Ein weiteres Kriterium ist die Art der ärztlichen Besetzung, welche Anstalts- und Belegkrankenhäuser voneinander unterscheidet. In ersteren erbringen die im Krankenhaus hauptamtlich beschäftigten Ärzte die medizinischen Leistungen. Im Gegensatz dazu werden in Belegkrankenhäusern die Leistungen von niedergelassenen Ärzten erbracht, wobei auch Mischformen zwischen Anstalts- und Belegkrankenhaus auftreten (Nagel 2013).

Bei der Beurteilung von Krankenhäusern nach der Intensität von Behandlung und Pflege lassen sich letztlich noch Akut- und Langzeitkrankenhäuser sowie jene für chronisch Kranke unterscheiden (Haubrock und Schär 2002).

2.1.3 Finanzierung von Krankenhäusern

Die Krankenhausfinanzierung basiert im Wesentlichen auf zwei Gesetzen, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1991 und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) aus dem Jahr 2002. Das KHG stellt hierbei ein staatliches Planungsmodul dar, während dem KHEntG ein wettbewerbliches Vergütungsmodul zugrunde liegt (Busse et al. 2010). Eine weitere Grundlage der Krankenhausfinanzierung ist das duale Finanzierungssystem, was bedeutet, dass einerseits Investitionskosten durch die Fördermittel der Länder finanziert werden und andererseits Behandlungs- und Betriebskosten von den Krankenkassen getragen werden (Nagel 2013).

Die Voraussetzung für die öffentliche Förderung eines Krankenhauses ist dessen Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes. Im Rahmen der Einzelförderung erfolgt die Förderung (z. B. für die Errichtung von Krankenhäusern, die Wiederbeschaffung und Nutzung von längerfristigen Anlagegütern, Anlaufkosten, Umstellungskosten oder die Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern) auf Antrag des Krankenhausträgers. Außerdem fördern die Länder mittels Pauschalförderung die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleinere Baumaßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus – im Rahmen der Zweckbindung – frei wirtschaften kann. Im Falle einer Teilförderung erfolgt die restliche Finanzierung der Investitionskosten entweder über Eigenmittel des Krankenhauses, Fördermittel des Krankenhausträgers oder über

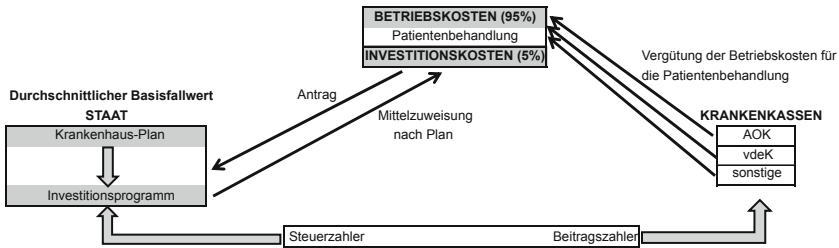


Abb. 2.1 Duale Krankenhausfinanzierung. (eigene Darstellung, vgl. Busse et al. 2010)

weitere Drittmittel, wie z. B. Spenden oder Zuschüsse von Kommunen (Heinrich 2011).

Im Rahmen der Betriebsfinanzierung von Krankenhäusern werden laut § 4 Nr. 2 KHG dabei „leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen [...] sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlungen und für ambulant Operieren“ voneinander unterschieden.³ Die duale Krankenhausfinanzierung wird in Abb. 2.1 anschaulich dargestellt.

Das Ziel der dualen Finanzierung ist es, in den Ländern die ökonomische Umsetzung des Krankenhausplanes zu sichern. Im Krankenhausplan ist festgelegt, welche und wie viele Krankenhäuser für die Bedarfsdeckung notwendig sind. Entscheidendes Kriterium ist hierbei die Anzahl an Krankenhausbetten, die zur Verfügung stehen muss, um gemessen an Bevölkerungszahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettenauslastungsgrad die Versorgung sicherzustellen. Nur in Krankenhäusern, die in den Versorgungsplan aufgenommen sind, werden die Investitionskosten aus Steuermitteln finanziert. Aufgrund der angespannten Haushaltslage in den Bundesländern konnten diese in den letzten Jahren den Auftrag der Investitionsförderung nicht in ausreichendem Maß erfüllen, sodass derzeit ein sogenannter Investitionsstau besteht. Private Krankenhausunternehmen tragen ihre Investitionskosten durch die Nutzung von Eigen- und Fremdkapital selbst, was inzwischen auch viele Plankrankenhäuser umsetzen.

Die zweite Hälfte der dualen Krankenhausfinanzierung soll die Finanzierung der Behandlungskosten sicherstellen und beruht auf dem G-DRG-System. Dieses fallorientierte System ersetzt die tagesgleichen Pflegesätze und wurde im Jahr 2000 im Zuge der Gesundheitsreform eingeführt. Nach einer Vorbereitungsphase erfolgte 2003/04 eine budgetneutrale Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) für die Abrechnung der individuellen Krankenhausbudgets (Busse et al.

³ § 4 Nr. 2 KHG.

2010). Mit Hilfe dieses Systems ist es möglich, Patienten zu klassifizieren und einzelne stationäre Behandlungsepisoden anhand festgelegter Kriterien zu Gruppen zusammenzufassen. Die Fallgruppen, die daraus entstehen, weisen eine medizinische und ökonomische Ähnlichkeit auf. Die Zuordnung zu den Fallgruppen erfolgt anhand von Haupt- und Nebendiagnosen sowie Behandlungen, außerdem werden weitere patientenbezogene Parameter wie Alter, Geschlecht und Verweildauer einbezogen. Der Wert der Vergütung ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation der DRG mit dem Basisfallwert. Der Basisfallwert stellt den Betrag dar, der die Grundlage für die Berechnung der DRG-Preise bildet. Da die Berechnung der Fallpauschalen sehr komplex ist, wird in diesem Rahmen nicht näher darauf eingegangen. Bis zum Jahr 2014 sollen die landeseinheitlichen Basisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert angeglichen werden, sodass letztlich in allen Krankenhäusern für gleiche Leistungen ein einheitlicher Preis gilt. Ziele der Einführung der DRG sind einerseits eine erhöhte Transparenz und Vergleichbarkeit der Kosten, andererseits eine stärkere Patientenorientierung sowie ein besseres Qualitätsmanagement (Nagel 2013).

2.1.4 Veränderungen in der Krankenhauslandschaft

Die bereits angesprochene schwierige finanzielle Situation im deutschen Gesundheitswesen wirkt sich, wie in Abb. 2.2 zu sehen, selbstverständlich auch auf den Bereich der stationären Versorgung aus, sodass Krankenhäuser als Teil des Gesundheitswesens tiefgreifenden Veränderungen und Umbrüchen ausgesetzt sind.

2.1.4.1 Umstrukturierung im stationären Sektor

Diese Veränderungsprozesse wirken sich u. a. auf die Kennzahlen des Krankenhausmarktes aus. Bei der Betrachtung der Anzahl an Krankenhäusern und deren Bettenzahlen fällt eine stetige Verringerung der Zahlen auf. Gab es im Jahr 1991 in Deutschland noch 2.411 Krankenhäuser, so ist die Zahl bis 2011 auf 2.045 gesunken (Statistisches Bundesamt 2013). Der Anteil der Krankenhäuser, denen die Insolvenz droht, wird mit in den kommenden Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit weiter ansteigen.⁴ Analog verhält es sich mit der Anzahl an Krankenhausbetten: Im Vergleich zu 1991 mit 665.565 Betten gab es 20 Jahre später nur noch 502.029 Betten, also etwa 160.000 Betten weniger. Eine noch dramatischere Entwicklung ist bei den Verweildauern zu beobachten. Trotz steigender Fallzahlen, ein Effekt, der

⁴ Klauber et al. (2010), zit. aus Fischer und Sibbel (2011).

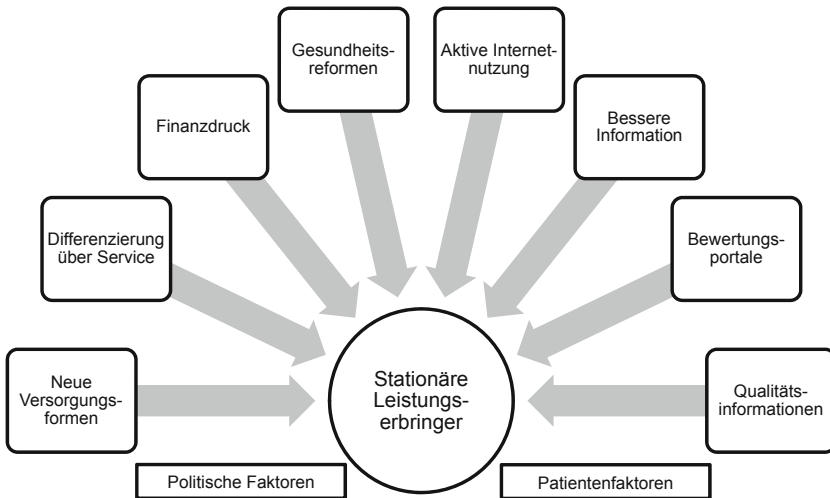


Abb. 2.2 Einflussfaktoren auf den stationären Gesundheitssektor. (eigene Darstellung, vgl. Papenhoff und Platzköster 2010)

z. T. auf eine ‚angebotsinduzierte Nachfrage‘ zurückzuführen ist, haben sich die Verweildauern seit 1991 mit einem Rückgang von ursprünglich 14 Tagen auf 7,7 Tage in 2011 nahezu halbiert (Statistisches Bundesamt 2013). Im Zusammenhang mit der angebotsinduzierten Nachfrage wird im AOK Bericht des Jahres 2013 besonders der Anstieg finanziell lukrativer Eingriffe wie Operationen der Wirbelsäule thematisiert.⁵ Die Auswirkungen dieser Veränderungen schlagen sich deutlich in der Bettenauslastung nieder, die mit 77,3 % (2011) rund 6,8 % niedriger ausfällt als noch 1991 (Statistisches Bundesamt 2013). Ein Grund dafür ist die unzureichende Verringerung der Bettenkapazitäten, da die Bettenzahlen nicht in ausreichendem Maß an den Rückgang der Belegungstage angepasst wurden. Als Ursache für die gesunkenen Verweildauern und die damit verbundenen Folgen gilt die Einführung des DRG-Systems (Heinrich 2011).

Die Umstellung des Finanzierungssystems mit der Einführung der DRG sowie die duale Finanzierung im stationären Sektor bringen diverse Probleme zum Vorschein. Zum einen ist aufgrund des DRG-Systems ein Rückgang der Verweildauern mit einer gleichzeitigen Verlagerung in den ambulanten Sektor zu verzeichnen.

⁵ <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/aok-krankenhausreport-zahl-der-wirbelsaeulen-ops-drastisch-gestiegen-a-871515.html>.

Zum anderen nimmt der Schweregrad der Erkrankungen bei Krankenhauspatienten zu, da Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung möglich ist, in den meisten Fällen auch ambulant behandelt werden. Dies hat wiederum eine geringere Anzahl stationärer Operationen und eine reduzierte Bettenauslastung zur Folge, während die Bettenanzahl im Rahmen der dualen Finanzierung jedoch das Kriterium für die staatliche Förderung darstellt. Aufgrund der Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer werden Krankenhäuser von Seiten der Politik beeinflusst und sind bei hohem Innovationsdruck von der sinkenden staatlichen Investitionsquote bedroht (Nagel 2013).

2.1.4.2 Verstärkter Wettbewerb

Die zahlreichen Umstrukturierungen im Gesundheitssektor führen zudem zu einer Neuordnung des Wettbewerbs. Dabei findet nicht nur zwischen den Krankenhäusern, sondern auch zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern ein verstärkter Wettbewerb um Patienten statt. Im stationären Sektor sind etwa 70 bis 80 % der Patienten aus unterschiedlichen Gründen, wie z. B. regionalem Bezug, an ein Krankenhaus gebunden. Lediglich die übrigen 20 bis 30 % der Patienten können frei wählen, in welchem Krankenhaus sie sich behandeln lassen, sodass es besonders wichtig ist die Patientengruppen, die in der Wahl eines Krankenhauses flexibel sind, als Kunden zu gewinnen. Obendrein schlagen sich die Auswirkungen des Wettbewerbs vor allem im oberen Viertel der Auslastungskurve von Krankenhäusern nieder, sodass schon ein Rückgang von nur fünf Prozent einen erheblichen Umsatzverlust bewirken kann. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und auch in Zukunft im Wettbewerb erfolgreich zu sein, müssen Krankenhäuser nicht nur ein effizientes Kostenstrukturmanagement entwickeln, sondern auch im Bereich des Kundenmanagements effektive Maßnahmen ergreifen (Braun von Reinersdorff 2007).

2.1.4.3 Fortschreitende Privatisierung

Einen entscheidenden Faktor für den starken Wettbewerbsanstieg stellen die Umstrukturierungs- und Konzentrationsprozesse im stationären Sektor dar (Braun von Reinersdorff 2007). Da viele Krankenhäuser unter öffentlich-rechtlicher Trägerschaft mit Finanzierungsproblemen kämpfen (Salfeld et al. 2009), übernehmen immer häufiger private Anbieter öffentliche Häuser.⁶ Dabei kann entweder das ganze Krankenhaus oder aber nur ein gewisser Prozentsatz von einem privaten Träger übernommen werden, sodass sich in Bezug auf die Trägerschaft auch Mischformen ergeben.

⁶ Neubauer (2000), zit. aus Braun von Reinersdorff (2007), S. 115.

Weil private Anbieter von der öffentlichen Finanzierung unabhängig und somit in ihren unternehmerischen Aktivitäten flexibler und autonomer sind, können sie sich auch leichter auf profitable Bereiche der Versorgung spezialisieren,⁷ was jedoch dem politischen Ziel der flächendeckenden Gesamtversorgung entgegensteht. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass sich der Markt für private Gesundheitsleistungen aufgrund der wachsenden Bereitschaft der Versicherten, Leistungen selbst zu finanzieren, noch bedeutend vergrößern wird. Betrachtet man diese Entwicklungen, so überrascht es nicht, dass seit Beginn des 21. Jahrhunderts der Marktanteil privater Krankenhäuser um 16 % gestiegen ist. Dies hat zur Folge, dass besonders öffentliche und frei/gemeinnützige Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten von Schließungen betroffen sind (Braun von Reinersdorff 2007).

Im Jahr 2011 war bereits jedes dritte Krankenhaus (33,2 %) in privater Trägerschaft, Tendenz steigend. Dagegen ist der Anteil öffentlicher Krankenhäuser seit 1991 von 46,0 % auf 30,4 % gesunken, während sich der Anteil frei/gemeinnütziger Krankenhäuser nur in geringem Maß auf 36,5 % verringerte (1991: 39,1 %). Auch bezüglich der Rechtsform von öffentlichen Krankenhäusern zeigt sich, dass die Privatisierung weiter voranschreitet, so wurden im Jahr 2011 58,6 % der öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form (z. B. GmbH) geführt, während im Jahr 2002 der Anteil nur knapp halb so hoch (28,3 %) war. Private Einrichtungen weisen eine durchschnittliche Anzahl von 128 Betten auf und zählen damit zu den kleinen Krankenhäusern, während öffentliche Krankenhäuser mit durchschnittlich 391 Betten mehr als dreimal so groß sind. Somit steht nahezu jedes zweite Bett (48,4 %) in einem öffentlichen Krankenhaus, gut ein Drittel der Krankenhausbetten (34,3 %) in einem frei/gemeinnützigen und lediglich ein knappes Sechstel (17,3 %) in einem privaten Krankenhaus (Statistisches Bundesamt 2013).

Privatisierungen betreffen jedoch nicht nur kleinere Krankenhäuser, die daraufhin in Form von hochspezialisierten Fachkliniken auftreten, sondern auch Krankenhäuser der Maximalversorgung. Ein Beispiel ist das Universitätsklinikum Gießen/Marburg, welches als erstes Universitätsklinikum privatisiert und von der Rhön-Klinikum AG übernommen wurde.⁸ Die Konzentrationen im stationären Sektor beschränken sich allerdings nicht nur auf die öffentlichen Krankenhäuser, sondern treten auch im Bereich der privaten Versorgung auf, so wurden im Jahr 2005 die Helios-Kliniken von der Fresenius AG übernommen.⁹ Innerhalb der privaten Trägerschaft scheint somit ein Konzentrationsprozess zu einer geringeren Anzahl an Krankenhausketten im Gange zu sein. Es ist zu erwarten, dass sich im

⁷ Porter (1997), zit. aus Braun von Reinersdorff (2007), S. 115.

⁸ Rhön-Klinikum AG 2006, zit. aus Heinrich (2011), S. 43.

⁹ Helios-Kliniken GmbH 2005, zit. aus Heinrich (2011), S. 44.

Zuge der weiteren Privatisierung der Krankenhauslandschaft die Konzentration auf die Wirtschaftlichkeit erhöhen und dadurch der finanzielle Druck vor allem auf unrentable Krankenhäuser weiter steigen wird (Heinrich 2011).

2.1.5 Anspruchsgruppen von Krankenhäusern

Jedes Unternehmen steht mit vielen verschiedenen Personen, Personengruppen, Organisationen und Institutionen in Verbindung. Diese sogenannten Anspruchsgruppen können entweder Einfluss auf das Unternehmen ausüben, oder aber sie werden ihrerseits vom Unternehmen beeinflusst. Die Relevanz, welche die jeweilige Anspruchsgruppe für ein Unternehmen hat, ergibt sich aus der Stärke der gegenseitigen Wechselwirkungen. Für den Erfolg eines Unternehmens – so auch für Krankenhäuser – ist es entscheidend, die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Anspruchsgruppen zu kennen und zu berücksichtigen. Das Erreichen dieses Ziels ist jedoch nicht immer einfach, da hinsichtlich der Interessen der verschiedenen Anspruchsgruppen häufig Konflikte auftreten. So kann ein Mitarbeiter eines Krankenhauses zugleich auch ein potentieller Patient mit völlig anderen Interessen sein. Nach der Identifizierung der Anspruchsgruppen müssen sie im nächsten Schritt nach ihrer Bedeutung für das Unternehmen klassifiziert werden. Im Umfeld von Krankenhäusern gibt es aus der großen Anzahl an Anspruchsgruppen vier, die in sehr engem Zusammenhang mit dem Unternehmen Krankenhaus stehen: Krankenkassen, einweisende Ärzte, Mitarbeiter und Patienten. Der Patient eines Krankenhauses wird auch als direkter Kunde bezeichnet, während alle anderen Anspruchsgruppen indirekte Kunden darstellen. Selbstverständlich erhebt diese Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sodass auch andere Beteiligte eine große Bedeutung für Krankenhäuser aufweisen können (Sobhani 2009).

2.1.5.1 Krankenhauspersonal

Zu den Berufsgruppen, die in einem Krankenhaus beschäftigt sind, zählen natürlich Ärzte und Pflegepersonal, jedoch sind auch Mitarbeiter im Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Mitarbeiter im Verwaltungs- und im technischen Dienst, Mitarbeiter von Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Masseure und Sozialarbeiter zu nennen. In geringerer Anzahl sind auch Diätassistenten, Logopäden, Heilpädagogen und Sonderdienste vertreten. Alle Beschäftigten lassen sich verschiedenen organisatorischen Bereichen zuteilen. Diese umfassen den ärztlichen Dienst, den Bereich des Pflegepersonals sowie den Wirtschafts- und Versorgungsdienst (Nagel 2013). In personalwirtschaftlicher Hinsicht bestehen für Krankenhäuser zunehmend Probleme bei der Rekrutierung und Bindung von Ärzten und



<http://www.springer.com/978-3-658-05131-0>

Kundenmanagement im Krankenhaus
Service – Qualität – Erreichbarkeit
Nürnberg, V.; Schneider, B.
2014, IX, 72 S. 3 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-05131-0