

B Markt für stationäre Patientenversorgung als Untersuchungskontext der vorliegenden Arbeit

Die Analyse der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität als Determinante der Kundenloyalität gegenüber kooperierenden Dienstleistungsanbietern macht zunächst die Identifikation eines geeigneten Dienstleistungsmarkts erforderlich. Daher dient der nächste Abschnitt zunächst der Begründung und Charakterisierung des gewählten Untersuchungskontextes, des Markts für stationäre Patientenversorgung. Dabei werden zunächst Strukturen und zentrale Akteure des Sektors näher beschrieben. Als in das Untersuchungsdesign zu integrierende Dienstleistungsanbieter wurden Einweiser, Fachabteilung und Krankenhaus terminiert. Um Vorwürfen einer willkürlichen Auswahl vorzubeugen, soll diese Entscheidung im Anschluß begründet werden.

Hiernach wird auf die Bedeutung qualitäts- und loyalitätsrelevanter Zielgrößen für den Sektor der stationären Patientenversorgung Bezug genommen, wobei insbesondere die dies betreffenden politisch-rechtlichen sowie strukturellen Entwicklungen der jüngeren Vergangenheit fokussiert werden.

Schließlich werden Besonderheiten hinsichtlich Situation und Strukturdaten des als Untersuchungsfall fungierenden Krankenhauses herausgearbeitet. Den Abschluss des Kap. B bildet ein Zwischenfazit.

1 Charakteristika des Markts für stationäre Patientenversorgung

1.1 Struktur und Teilnehmer im Markt für stationäre Patientenversorgung

Im Allgemeinen gilt das Gesundheitswesen nicht nur als prototypischer Dienstleistungsmarkt,⁶⁶ sondern zudem als eine der vielversprechendsten Wachstumsbranchen.⁶⁷ Der Krankenhausbereich und dabei insbesondere der Markt für stationäre Patientenversorgung machen dabei ökonomisch gesehen den größten und wich-

⁶⁶ Eine generelle Beschreibung und Abgrenzung von Dienstleistungen findet sich etwa bei Mefert/Bruhn (2009), S. 16 ff.; Bruhn (1991), S. 22; Berekoven (1983), S. 23; Clark (1960), S. 253 ff.

⁶⁷ Vgl. Helmig/Dietrich (2001), S. 320; Riemer-Hommel (1999), S. 82; Babakus/Mangold (1992), S. 768; Brown/Swartz (1989), S. 94. Dieses Wachstumspotential hat seinen Ursprung u.a. im demographischen Wandel, d.h. in einem zunehmend steigenden Anteil älterer Menschen in der deutschen Bevölkerungsstruktur. Vgl. Debatin/Puttfarcken (2008), S. 226; Pack et al. (2000), S. 8. Für eine ausführliche Erörterung der Konsequenzen des demographischen Wandels für die medizinische Versorgung vgl. Marckmann (2006), S. 31 ff.

tigsten Bestandteil eines jeden (zumindest westlichen) Gesundheitssystems aus.⁶⁸ Die Größe dieses Sektors spiegelt sich in den Beschäftigtenzahlen wieder. So waren beispielsweise 2009 23,3% aller im deutschen Gesundheitswesen Beschäftigten in Krankenhäusern⁶⁹ tätig.⁷⁰ Letztere treten in ihrem Arbeitsalltag mit einer Vielzahl an weiteren Akteuren in Kontakt.⁷¹ Die für die Bearbeitung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit relevanten Stakeholder sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

(1) Patienten und deren Angehörige

Die wichtigste Stakeholdergruppe eines jeden Krankenhauses sind seine Primärkunden, die Patienten. Da diese i.d.R. sowohl im Vorfeld einer Behandlung als auch insbesondere während des stationären Aufenthalts in direktem Kontakt zu ihren Angehörigen stehen, zählen auch Letztere zu den unmittelbaren Stakeholdern. Daher sollte es die Maxime eines jeden Hauses sein, die Interessen der Patienten und Angehörigen zu erfüllen. Dies gilt umso mehr, als die Stellung der Patienten innerhalb des deutschen Gesundheitssystems in den letzten Jahren stetig gestärkt wurde.⁷²

Das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Patient, welches traditionell durch die stark eingeschränkten Wahlmöglichkeiten des Patienten und ein großes Sachkenntnis- und Informationsgefälle gekennzeichnet war, weicht zusehends einer immer stärkeren Patientensouveränität.⁷³ Der Begriff der Patientensouveränität hebt die zunehmende Bedeutung autonomer Handlungsweisen seitens der Patienten hervor.⁷⁴ Letztere haben inzwischen vielfältige Möglichkeiten, sich über Behandlungsmöglichkeiten und -abläufe, Leistungsspektren, Kernkompetenzen und

⁶⁸ Der Markt für stationäre Patientenversorgung lässt sich weiter untergliedern in die Bereiche der vollstationären, teilstationären und belegärztlichen Behandlung. Vgl. hierzu etwa Szabados (2009), S. 11.

⁶⁹ Allgemein wird unterschieden zwischen Häusern der Grund- (z.B. Krankenhäuser im ländlichen Bereich mit Abteilungen wie Innere Medizin und Chirurgie), Regel- (z.B. Kreiskrankenhäuser mit einer größeren Bandbreite an medizinischen Fachgebieten) und Maximalversorgung (vorwiegend Universitätskliniken und sonstige Häuser mit Angeboten der Hochleistungsmedizin). Vgl. Specke (2005), S. 265 f.; Kap. B.1.3.(1).

⁷⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012a).

⁷¹ Für eine Typisierung von Krankenhäusern nach verschiedenen Strukturmerkmalen vgl. Schär/Reschke (2007), S. 150 f.; Weinhammer (2005), S. 36.; Saure (2004), S. 10; Beske/Brecht/Reinkemeier (1993), S. 117 f.

⁷² Für eine ausführliche Darlegung der Hintergründe der gewandelten Rolle des Patienten vgl. Simon (2010), S. 14 ff.

⁷³ Vgl. Sobhani/Bär (2010), S. 427; Hensen (2009), S. 851. Zum klassischen Verständnis des Arzt-Patient-Verhältnisses vgl. etwa Dierks/Siebeneick/Röseler (2001), S. 7 f.

⁷⁴ Vgl. Piechowiak (1988), S. 152.

Qualitäten verschiedener Anbieter etc. zu informieren und nehmen diese auch wahr.⁷⁵

Zu denken sei hierbei etwa an im Internet zu findende Erfahrungsberichte anderer Patienten oder auch Informationen der Anbieter selbst auf deren Homepages.⁷⁶ Weiterhin existiert heute eine Vielzahl an Anbietern von Information und Beratung wie etwa das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Patientenverbände oder Verbraucherzentralen.⁷⁷ Und auch seitens der Gesundheitspolitik ist eine zunehmende Ausrichtung auf mehr Kosten- und Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitssystem deutlich erkennbar.⁷⁸ Der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitswesen in Verbindung mit der freien Krankenhaus-, Arzt- und Kassenwahl untermauert die Position des Patienten zusätzlich.⁷⁹ Außerdem wurden im Rahmen verschiedener Reformgesetze die Patientenrechte gestärkt und die Grundlagen dafür geschaffen, dass auch Patienten bzw. deren Vertreter ein Mitspracherecht bei Fragen der Gesundheitsversorgung in den entsprechenden Gremien erhalten.⁸⁰

Verbunden mit diesen Entwicklungen ist auch ein spürbarer Wandel im Arzt-Patient-Verhältnis, welches verstärkt durch Partnerschaft geprägt ist. Der Patient versteht sich zwar als Kunde, der sich in Gesundheitsfragen und bei der Arzt- und Krankenhauswahl zunehmend informieren will, trägt aber immer mehr auch selbst aktiv zur Wiederherstellung seiner Gesundheit bei.⁸¹ Im Zuge dieser Repositionierung und angesichts der Tatsache, dass die Behandlungsqualität als zentraler Einflussfaktor der Auswahlentscheidung für oder gegen einen bestimmten Anbieter gilt, wird ersichtlich wie bedeutend das Angebot einer konstant hohen Qualität aus

⁷⁵ Vgl. Lingenfelder/Simon/Logemann (2010), S. 234; Mellin/Reiners (2006), S. 375; Coulter/Magee (2003), S. 48. Einschränkend soll dennoch erwähnt werden, dass es im Krankenhausbereich im Verhältnis zur Nachfrage nach wie vor an Informationsangeboten mangelt. Vgl. Coulter/Jenkins (2005), S. 357 f.; Coulter/Magee (2003), S. 225. Dies betrifft insbesondere die Diskrepanz zwischen Angeboten und Informationsbedürfnissen seitens der Patienten. Vgl. Simon (2010), S. 249; Döbler et al. (2007), S. 31 f.; Allen/Hommel (2006), S. 202 ff.

⁷⁶ Inzwischen hat sich darüber hinaus eine ganze Reihe von Online-Plattformen etabliert, auf denen Patienten Krankenhäuser bewerten können und die so eine für den Patienten relativ verständliche, vergleichende Darstellung verschiedener Krankenhäuser ermöglichen. Vgl. Rüschemann/Rüschemann (2006), S. 269. Zu denken sei hierbei etwa an Plattformen wie www.qualitaetskliniken.de, www.klinikbewertungen.de oder www.medmonitor.de.

⁷⁷ Gem. § 139 a Abs. 1 Nr. 6 SGB V ist es Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, die Bürger über Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung sowie über den neuesten Stand medizinischer Verfahren und Erkenntnisse in verständlicher Sprache zu informieren.

⁷⁸ Vgl. Schrappe (2005), S. 19.

⁷⁹ Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher (2008), S. 177 f.

⁸⁰ In diesem Zusammenhang wurde die Souveränität des Patienten insbesondere mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes ab 1.01.2004 durch den Ausbau von Informations-, Beratungs- und Beteiligungsrechten gestärkt. Vgl. hierzu Specke (2005), S. 389 ff.

⁸¹ Vgl. Specke (2005), S. 373; Cook (2001), S. 24 f.

Sicht der Leistungserbringer zur langfristigen Generierung loyaler Patienten ist.⁸² Aus Krankenhausperspektive gilt dies sowohl für die Qualität der eigenen Leistung als auch für die kooperierender Leistungserbringer wie etwa der einweisenden Haus- und Fachärzte.

Einen besonderen Stellenwert erfährt der Faktor Qualität angesichts der Behandlung chronisch kranker Patienten. Diese bedürfen aufgrund ihrer dauerhaften Erkrankung nicht nur besonderer Behandlungsmethoden, sondern auch einer gut koordinierten Kombination aus haus- und fachärztlicher Behandlung, ambulanter und stationärer Versorgung sowie Tätigkeiten und Maßnahmen ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe und sind aufgrund der kontinuierlichen Behandlung meist besser in der Lage, die Qualität der Leistung zu beurteilen als Patienten, die zur einmaligen Behandlung ins Krankenhaus kommen.⁸³ Gerade auch in diesem Bereich spielt es eine besondere Rolle, Patienten zu mehr Eigenverantwortung und aktiver Beihilfe bei der Behandlung zu motivieren. Dass auch Politik und Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen die besondere Bedeutung chronisch kranker Patienten und die früher hinsichtlich ihrer Versorgung bestehenden Mängel erkannt haben,⁸⁴ zeigt etwa die Entwicklung und Umsetzung sog. strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme⁸⁵), die dabei helfen sollen, Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eben dieser Patientengruppe nachhaltig zu verbessern.⁸⁶

(2) Ärztliche Leistungserbringer

Als Erbringern der medizinischen Leistung kommt Ärzten im Gesundheitswesen eine Schlüsselposition zu. Ihr Tätigkeitsbereich erstreckt sich von der ambulanten Patientenbehandlung in Praxen über die Berufsausübung in stationären Einrichtungen bis hin zur Arbeit in Forschungsinstituten, in der pharmazeutischen Indus-

⁸² So ergab etwa eine von *Sobhani/Bär* durchgeführte Studie, dass über 80% der Patienten der Meinung sind, dass die Krankenhausauswahl von der Qualität der medizinischen Leistungen beeinflusst wird. Vgl. *Sobhani/Bär* (2010), S. 429.

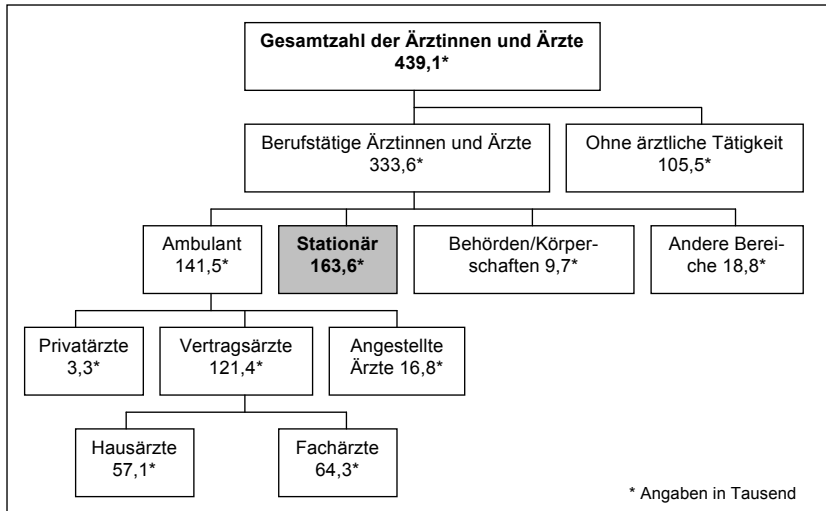
⁸³ Vgl. *Hahn/Bauer/Hammerschmidt* (2007), S. 53; *Specke* (2005), S. 108.

⁸⁴ Diese Mängel betrafen dabei insbesondere die Behandlungsqualität, Abstimmungsprobleme an den Schnittstellen der Versorgung und einen mangelhaften Einbezug poststationärer Behandlungskomponenten. Vgl. *Häussler/Berger* (2004), S. 50.

⁸⁵ Disease-Management-Programme richten sich explizit an chronisch Kranke und berücksichtigen dabei den gesamten Behandlungsverlauf (Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Pflege). Vgl. *Preuss/Räbiger/Sommer* (2002), S. 277. Für eine ausführliche Erörterung der Disease-Management-Programme vgl. *Fischer/Lichte/Popert* (2004), S. 541 ff; *Häussler/Berger* (2004), S. 51 ff.

⁸⁶ Die Effektivität solcher Programme weisen etwa *Petro et al.* und *Rea et al.* in ihren Studien nach. Vgl. *Petro et al.* (2005), S. 103 ff.; *Rea et al.* (2004), S. 611. Eine Meta-Analyse vorhandener Studien zur Effektivität der Programme findet sich bei *Fischer/Lichte/Popert* (2004), S. 543 ff.

trie oder in Behörden und Körperschaften. Einen Überblick liefert Abb. B.1.⁸⁷ Die Abbildung verdeutlicht zudem erneut die besondere Stellung des Bereichs der stationären Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, in welchem der größte Anteil der praktizierenden Ärzte tätig ist. Für Krankenhäuser sind jedoch nicht nur fachlich kompetente Ärzte als Mitarbeiter von entscheidender Bedeutung, sondern auch niedergelassene, einweisende Ärzte, welche einen maßgeblichen Einfluss auf die erreichten Fallzahlen ausüben.



Quelle: In Anlehnung an Bundesärztekammer (2011), S. 77.

Abb. B.1: Struktur der Ärzteschaft in Deutschland 2010.

(3) Krankenkassen

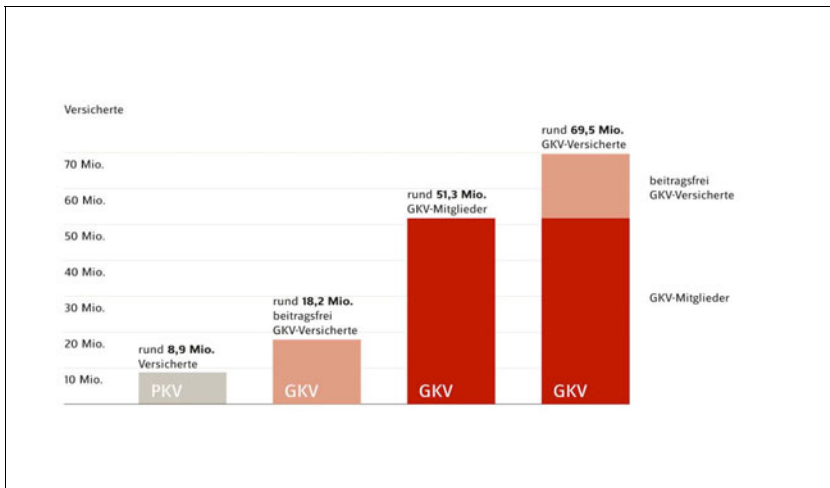
Eine wesentliche Stakeholdergruppe der Krankenhäuser stellen als Kostenträger die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sowie deren Verbände bzw. Vereinigungen dar.⁸⁸ Träger der GKV sind dabei verschiedene Kassen.⁸⁹ Im Gesamtsystem der sozialen Sicherung bei Krankheit tritt in Deutschland neben die

⁸⁷ Für eine detaillierte Vorstellung einzelner Arzttypen vgl. etwa Zimmer (2010), S. 40 ff.

⁸⁸ Die GKV ist der größte und damit wichtigste Ausgabenträger im deutschen Gesundheitswesen. 2007 betrug ihr Anteil an den Gesamtausgaben etwa 57,5%. Vgl. Statistisches Bundesamt (2009a), S. 255.

⁸⁹ Zu diesen zählen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, See-Krankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, die Bundesknappschaft und Ersatzkassen. Für nähere Informationen zu den einzelnen Trägern vgl. Finkenbusch (1995).

gesetzliche zusätzlich die private Krankenversicherung (PKV).⁹⁰ Im Unterschied zur GKV handelt es sich bei der PKV jedoch nicht um eine Pflichtversicherung. Personen ohne Pflichtversicherungsschutz bei der GKV können sich demnach durch freiwilligen Beitritt zu einem Unternehmen der PKV versichern.⁹¹ Unabhängig von diesem sog. Vollversicherungsschutz besteht die Möglichkeit, bestimmte Leistungen der PKV als Ergänzung zum Versicherungsschutz der GKV im Rahmen von Zusatzversicherungen zu erwerben. Auch für die gesetzlichen und privaten Krankenkassen werden künftig Qualitätsaspekte eine immer größere Rolle spielen, da sie sich vermehrt als „Anwalt“ ihrer Kunden, der Versicherten, deren Interessen es zu vertreten gilt, verstehen.⁹² Dies unterstreicht erneut die besondere Bedeutung des Angebots einer hohen Qualität durch die medizinischen Leistungserbringer. Eine Übersicht über die Anzahl der Versicherten der verschiedenen Kassenarten liefert Abb. B.2.



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2011), S. 13 ff.; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2011).

Abb. B.2: Mitglieder und Versicherte der PKV und GKV in Deutschland 2010

(4) Praxisnetze/Medizinische Versorgungszentren

Weitere Elemente des Gesundheitswesens, mit denen ein Krankenhaus Beziehungen unterhält, sind *Praxisnetze* und *medizinische Versorgungszentren*

⁹⁰ Mit rund 90% der Bevölkerung ist der Großteil der Versicherten in Deutschland jedoch bei der GKV versichert. Vgl. Kuchinke/Wübker (2009), S. 291.

⁹¹ Für weitere Unterschiede zwischen GKV und PKV vgl. Specke (2005), S. 434.

⁹² Vgl. Trill (2000), S. 29.

(MVZ's). Deren primäres Ziel besteht darin, Patienten durch die Bündelung medizinischer und organisatorischer Kompetenz (beispielsweise durch Kooperationen von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern wie Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Apotheken) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine fachübergreifende, interdisziplinäre Behandlung im ambulanten Bereich anzubieten.⁹³ Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist für medizinische Versorgungszentren seit Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 14.11.2003 zulässig.⁹⁴ Damit sind sie nicht nur interessante Kooperationspartner für die Anbieter stationärer Versorgungsleistungen. Zudem ist in den letzten Jahren eine Öffnung des ambulanten Markts zu beobachten, so dass Krankenhausbetreiber vermehrt selbst in diesen Bereich vorstoßen.⁹⁵ Insgesamt wird also sowohl eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit⁹⁶ als auch der Wettbewerb zwischen Anbietern originär verschiedener Versorgungsstufen maßgeblich befördert.

1.2 Auswahl von Einweiser, Fachabteilung und Krankenhaus als in die Untersuchung einzubeziehende Dienstleistungsanbieter

Zur Untersuchung der Wechselwirkungen zwischen verschiedenen miteinander verbundenen Dienstleistungsanbietern gilt es innerhalb der Modellkonzeptualisierung, diese zu definieren bzw. in das Modelldesign zu integrieren. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit fiel die Wahl auf den einweisenden Arzt, die

⁹³ Vgl. Drumm/Achenbach (2005), S. 11; Specke (2005), S. 336. Für eine Erörterung der durch MVZ's für den Patienten resultierenden Vorteile und der für Krankenhäuser erschließbaren ambulanten Potentiale vgl. Blankart/Fasten/Schwintowski (2009), S. 54 f.; Joehle/Schenke (2006), S. 451 ff.

⁹⁴ Dies gilt unter der Voraussetzung, dass sich das entsprechende MVZ unter ärztlicher Leitung befindet, d.h., dass einem Arzt im medizinischen Sinne die Letztverantwortlichkeit übertragen ist. Vgl. § 95, Abs. 1 SGB V.

⁹⁵ Vgl. Haubrock (2007), S. 51. Die gesetzlichen Regelungen zu ambulanten spezialärztlichen Leistungen von Krankenhäusern finden sich im § 116 b SGB V. Einschränkend ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass bereits Tendenzen in der Politik erkennbar sind, die diese Öffnung des ambulanten Markts für stationäre Betreiber in Teilen wieder rückgängig machen. So sollen etwa MVZ's künftig nur noch zugelassen werden, wenn Ärzte die Mehrheit der Gesellschafterteile und Stimmrechte halten. Vgl. hierzu Gaede/Mühlwinkel (2010), S. 19. Darüber hinaus soll niedergelassenen Vertragsärzten der Vorzug gegenüber Krankenhäusern bei der Gründung von MVZ's gegeben werden. Vgl. Haag (2010), S. 862.

⁹⁶ Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten, im Rahmen derer die Vertragsärzte für das Krankenhaus ambulante Operationen und/oder sonstige stationärsersetzende Leistungen erbringen, werden seit Inkrafttreten des Vertrags zum ambulanten Operieren gem. § 115 b SGB V vom 1. Januar 2010 (AOP-Vertrag) von sämtlichen Vertragspartnern des AOP-Vertrags, also auch der Kassenseite ausdrücklich für zulässig erachtet. Dies wiederum bezieht sich vor allem auf die nach dem Inkrafttreten des Vertragsarztänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Januar 2007 zulässigen Kooperationsformen. Vgl. Volkmer/Korthus (2010), S. 218.

Fachabteilung, in welche der Patient eingewiesen wurde, sowie das jeweilige Klinikum. Diese Entscheidung soll im folgenden Absatz begründet werden.

Das Krankenhaus als zentraler Akteur und Anlaufstelle stationär eingewiesener Patienten steht im Fokus der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit und ist daher unumgänglicher Bestandteil des Erhebungsdesigns. Ähnlich verhält es sich mit der Fachabteilung, welche als Teil des Krankenhauses einen unternehmensinternen Kooperationspartner darstellt.⁹⁷ Im Regelfall sind Krankenhäuser aufgrund der Breite ihres Leistungsspektrums und der hohen Funktionsspezialisierung der einzelnen medizinischen Disziplinen in Form von Fachabteilungen bzw. Kliniken wie etwa der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Pädiatrie oder der Urologie aufgebaut.⁹⁸ Die jeweiligen Fachabteilungen können dabei in Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses und des Spezialisierungsgrades des jeweiligen medizinischen Faches weiter unterteilt sein wie zum Beispiel die Chirurgie in Allgemein-/Viszeralchirurgie, Neurochirurgie oder Thorax- und Herzchirurgie. Anhand von Anzahl und Spezialisierungsgrad der Abteilungen lassen sich folglich Aussagen über die Differenzierung des Leistungsspektrums eines Krankenhauses treffen.⁹⁹ Die Leitung der einzelnen Abteilungen übernimmt im Regelfall jeweils ein Chefarzt, der jedoch häufig nicht alleiniger ärztlicher Ansprechpartner des einzelnen Patienten ist und aufgrund der Tatsache, dass seine Qualität wegen der relativen Seltenheit der Patientenkontakte von diesem kaum sinnvoll beurteilbar ist, für die Aufnahme als Kundenkontaktpunkt in das Erhebungsdesign ungeeignet erscheint.¹⁰⁰ Die Abteilungen hingegen treten als medizinisch selbstständige Einheiten auf, die ihre diagnostischen und therapeutischen Leistungen unter Beachtung der Unternehmenszielsetzungen selbst vertreten und in ihrer jeweiligen Gesamtheit vom Patienten wahrnehmbar und beurteilbar erscheinen.¹⁰¹ Die Trennung der einzelnen Fachabteilungen voneinander manifestiert sich nicht nur in fachlicher und personeller Hinsicht. Diese stellen zunehmend auch unternehmerisch eigen-

⁹⁷ „Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen.“ Statistisches Bundesamt (2009b), S. 9 f.

⁹⁸ Zur Aufbauorganisation von Krankenhäusern vgl. Kölking (2007), S. 46 ff.; Kühnle (2000), S. 77 ff.; Trill (2000), S. 120 ff.

⁹⁹ Vgl. Zimmer (2010), S. 35.

¹⁰⁰ Selbst im Falle einer Chefarztbehandlung tritt der Patient i.d.R. lediglich bei der täglichen Visite mit diesem in Kontakt. Häufig wird die Visite zudem von (behandelnden) Oberärzten durchgeführt, so dass der Patientenkontakt mit dem Chefarzt nicht immer zustande kommt. Für den Patienten ist es daher schwierig, die Qualität eines einzelnen Chefarztes bzw. auch die eines operierenden/behandelnden Oberarztes zu beurteilen, da die Kontakte zum einen meist selten sind und zum anderen häufig mehrere ärztliche Bezugspersonen existieren. Vgl. Olandt (1998), S. 12. Empirische Studien bestätigen, dass Patienten im Laufe einer Woche neben knapp 20 verschiedenen Pflegepersonen mit durchschnittlich vier Ärzten in Kontakt treten. Vgl. Raidl (2001), S. 23; Raspe (1997), S. 173; John (1992), S. 62.

¹⁰¹ Vgl. Klemann (2007), S. 42.

ständige Einheiten der Erfolgsplanung dar, die teilweise gar als Profit Center¹⁰² geführt werden, wodurch autonomes Handeln dieser Einheiten weiter befördert und damit die Innen- wie Außenwahrnehmung als separate Einheiten vorangetrieben wird.¹⁰³ Die Frage, inwieweit Patienten bei ihrer Beurteilung der Qualität und ihren daraus resultierenden künftigen Verhaltensabsichten tatsächlich zwischen Fachabteilung und Krankenhaus unterscheiden, gilt es jedoch noch im Zuge der Arbeit genau zu analysieren.

Die Auswahl eines weiteren Dienstleistungsanbieters, des einweisenden Arztes, resultiert aus einer Besonderheit des Untersuchungskontextes. Wie bereits erwähnt zeichnet sich das deutsche System der Gesundheitsversorgung durch eine institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aus und ist damit als mehrstufiger Markt zu interpretieren. Die niedergelassenen Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte), deren Tätigkeitsfeld vorwiegend in den ambulanten Bereich fällt, stellen den (mit Ausnahme von Notfällen)¹⁰⁴ für eine stationäre Behandlung gesetzlich Versicherter im Krankenhaus in Deutschland stets erforderlichen Einweisungsschein aus, geben meist eine Empfehlung für ein bestimmtes Krankenhaus und dienen vielfach auch der Information und Vorbereitung des Kunden hinsichtlich des stationären Aufenthalts.¹⁰⁵

Vor dem stationären Krankenhausaufenthalt erfolgt somit i.d.R. ein Besuch beim niedergelassenen Haus-/Facharztarzt, welcher, in Analogie zum eingangs dargelegten Verständnis mehrstufiger Märkte in seiner Einweiserfunktion als Intermediär zwischen Patient und Krankenhaus zu interpretieren ist. Obwohl die Auswahl des Krankenhauses letztlich im Verantwortungsbereich des Patienten liegt, folgt dieser dennoch in der Vielzahl der Fälle der Empfehlung des Einweisers.¹⁰⁶ Die niedergelassenen Ärzte (Fach- und Hausärzte), um die es im Folgenden vornehmlich gehen soll, wenn von „Einweisern“ die Rede ist, stellen damit, vor allem bedingt durch die bereits mehrfach erwähnte fortschreitende Überwindung der Sektorisierung des medizinischen Leistungsangebots und das Aufkommen neuer Versor-

¹⁰² Vgl. zum Begriff des Profit Centers im Gesundheitswesen Salfeld/Hehner/Wichels (2009), S. 38.

¹⁰³ Vgl. Otte/Röhßen (2009), S. 146; Strehlau-Schwoll (2007), S. 235; Dierkes/Lingenfelder (2006), S. 549; Haubrock/Schär (2002), S. 178.

¹⁰⁴ Aus diesem Grund wurden Notfälle aus der Befragung ausgeschlossen.

¹⁰⁵ Vgl. Burr (2002), S. 666. Generell ist zwar auch eine Überweisung durch im Krankenhaus ambulant tätige Ärzte möglich, aufgrund der relativen Seltenheit dieses Falles konzentrieren sich die Ausführungen im Folgenden allerdings auf Überweisungen durch Niedergelassene. Für eine Erläuterung des konkreten Ablaufs eines Einweisungsvorgangs vgl. Zimmer (2010), S. 43 ff.

¹⁰⁶ In einer von *Sobhani/Bär* in einem Berliner Krankenhaus durchgeführten, repräsentativen Studie betrug der Anteil der Patienten, die der Empfehlung des Einweisers gefolgt waren, über 65%. Vgl. *Sobhani/Bär* (2010), S. 429 f.

gungsformen sowohl unmittelbare Wettbewerber als auch zentrale Kooperationspartner eines jeden Krankenhauses dar. Dies entspricht dem eingangs dargelegten Verständnis des „Loyalitäts-Coopetition“ in mehrstufigen Märkten. Im Einzelnen können die niedergelassenen Ärzte in folgenden Beziehungen zu Krankenhäusern stehen:¹⁰⁷

Kooperationspartner:

- Einweiser von Patienten
- Vertragspartner hinsichtlich der gemeinsamen Nutzung vorhandener Ressourcen (beispielsweise Einkaufsgemeinschaften)
- Partner im Rahmen der medizinischen Leistungserstellung (beispielsweise Konsiliararzttätigkeiten)
- Vertragspartner im Rahmen von Belegarzttätigkeiten
- Partner im Rahmen der integrierten Versorgung¹⁰⁸
- Kooperationspartner im Falle von strukturierten Behandlungsprogrammen
- Vertragspartner hinsichtlich der Übernahme vor- und nachstationärer Leistungen
- Kooperationspartner im Rahmen der Unterhaltung einer ambulanten Anlaufpraxis am Krankenhaus durch die Niedergelassenen
- Angestellte im Rahmen eines Arbeitsrechtsverhältnisses in einem vom Krankenhaus getragenen MVZ
- Angestellte im Rahmen eines Arbeitsrechtsverhältnisses auf Grundlage des VÄnG und Teilzeitanstellung des Vertragsarztes beim Krankenhaus

Konkurrenten:

- falls Krankenhäuser als Träger eines MVZ's in den ambulanten Sektor vordringen.
- falls Krankenhäuser mit den Krankenkassen hoch spezialisierte Leistungen vereinbaren, welche von regional niedergelassenen Ärzten ebenfalls angeboten werden.
- falls Universitätsklinika Hochschulambulanzen betreiben.
- falls Krankenhäuser aufgrund regionaler Unterversorgung ambulante Regelleistungen erbringen.

¹⁰⁷ Vgl. zum Folgenden Zimmer (2010), S. 47 ff.

¹⁰⁸ Der Ausdruck Integrierte Versorgung (IV) beschreibt sektorenübergreifende Versorgungsformen (§ 140 a SGB V). Es wird das Ziel verfolgt, Schnittstellen und Übergänge optimal zu gestalten und über die Realisierung von Synergien eine erhöhte Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Behandlung von Patienten zu erreichen. Vgl. Mühlbacher/Nübling/Niebling (2003), S. 659. Für eine ausführliche Erörterung integrierter Versorgungsformen vgl. Jacobs/Schulze (2004), S. 7 ff.

Loyalitätswettbewerb in der Patientenversorgung

Wahrgenommene Dienstleistungsqualität als

Determinante der Patientenloyalität

Keßel, S.C.

2014, XXV, 322 S. 30 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-05601-8