

2 Kundenorientierung und Kundenbeziehungsmanagement

2.1 Kundenorientierung im Krankenhaus

2.1.1 Von der Produkt- zur Kundenorientierung

Das Marketing unterlag in den letzten Jahrzehnten, aufgrund sich verändernder wirtschaftlicher und wettbewerblicher Rahmenbedingungen, permanenten Anpassungsprozessen. Während die 50er und 60er Jahre durch eine *Produktorientierung* gekennzeichnet waren und die Nachfrage das Angebot überwog, entwickelte sich in den siebziger Jahren, mit dem Wandel von einem Verkäufer- hin zu einem Käufermarkt, die zunehmende Notwendigkeit einer *Marktorientierung*.⁵² In den 80er Jahren veränderten sich die Herausforderungen auf dem Absatzmarkt dahingehend, dass es zunehmend schwieriger wurde, sich mit dem eigenen Angebot vom Wettbewerber abzugrenzen. Daher erlangte die *Wettbewerbsorientierung* eine zentrale Bedeutung. Letztlich zeigte sich jedoch, dass die Erfüllung allgemeiner Kundenbedürfnisse zur Abgrenzung vom Wettbewerber nicht ausreichte und sich vielmehr die Notwendigkeit einer *Kundenorientierung* und damit einer Ausrichtung der Aktivitäten an speziellen Kundenbedürfnissen entwickelte.⁵³ Begründen lässt sich diese Entwicklung insbesondere durch zunehmend heterogene Kundenerwartungen und durch Veränderungen im Konsumentenverhalten. Im Zuge dieser Entwicklung sind die Kundenzufriedenheit und -bindung und damit der Einsatz von Verfahren wie beispielsweise der Ermittlung von Kundenwerten zu zentralen Erfolgsgrößen des strategischen Managements geworden.⁵⁴

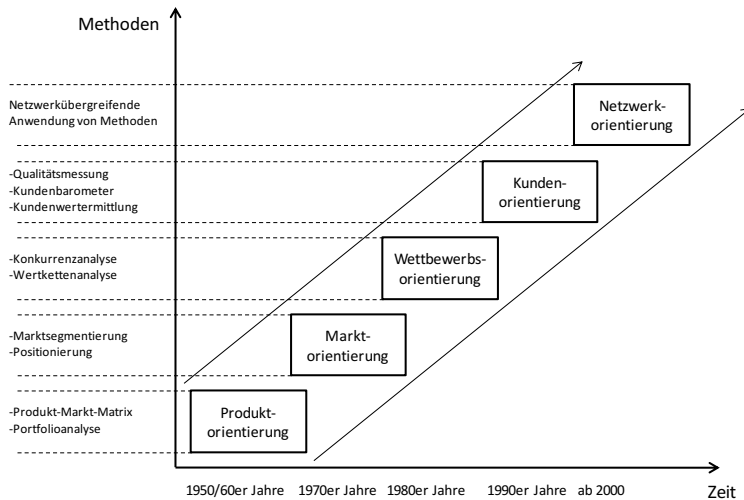
Seit Beginn des neuen Jahrtausends ist die Situation der Unternehmen ebenso durch einen Hyperwettbewerb, ausgelöst durch den Bedeutungszuwachs von Informations- und Kommunikationstechnologien, sowie einer zunehmenden Globalisierung gekennzeichnet. Infolgedessen spricht man von einer *Netzwerkorientierung*.⁵⁵ Die nachfolgende Abbildung gibt in vereinfachter Form einen Überblick über die unterschiedlichen Entwicklungsphasen der Unternehmensführung im Zeitablauf.

⁵² Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 1.

⁵³ Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 1f.

⁵⁴ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 2.

⁵⁵ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 2.

Abbildung 6: Entwicklungsphasen der Unternehmensführung⁵⁶

Mit den verschiedenen Entwicklungsphasen der Unternehmensführung haben sich dementsprechend die Aufgaben des strategischen Managements und damit der Einsatz von Analyseinstrumenten verändert. Es vollzog sich ein Wandel von einem rein transaktionsorientierten hin zu einem beziehungsorientierten Marketingverständnis und damit ein Paradigmenwechsel zu einer am Kunden orientierten Unternehmensführung. Seither hat die Kundenorientierung zunehmend an Bedeutung gewonnen.⁵⁷

Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Untersuchungen konnte zwischen dem Grad der Kundenorientierung und dem Erfolg eines Unternehmens einen positiven Zusammenhang nachweisen.⁵⁸ Diese belegen theoretisch und empirisch, dass die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens in erheblichem Maße von der Qualität und dem Umfang der Kundenbeziehungen beeinflusst wird, da man davon ausgeht, dass zufriedene Kunden nicht nur eine höhere Wiederkaufsrate aufweisen, sondern dass diese ebenso weniger preispfindlich reagieren, auch andere Produkte desselben Anbieters kaufen und den

⁵⁶ Quelle: Bruhn, M. (2009b), S.1.

⁵⁷ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 37.

⁵⁸ Vgl. Greve, G. (2010), S. 4. Vgl. z.B. Narver, J.C., Slater, S.F. (1990) oder Jaworski, B.J., Kohli, A.K. (1993).

Anbieter weiterempfehlen.⁵⁹ In der Marketingpraxis entwickelte sich die Kundenorientierung, als eine Ausprägung des beziehungsorientierten Marketings, zur Maxime der Marketingaktivitäten.⁶⁰ Auch im sogenannten Konzept des Kundenbeziehungsmanagements (Customer Relationship Management, kurz CRM) werden zahlreiche Ideen und Gedanken unter dem Grundsatz der Kundenorientierung synergetisch zusammengefasst.⁶¹ Der CRM-Ansatz bildet die Grundlage der folgenden Ausführungen. Damit ein einheitliches Begriffsverständnis dessen garantiert werden kann, wird eine Definition sowie eine Abgrenzung dessen zu verwandten Begriffen erläutert, bevor die bedeutenden Methoden und Prinzipien des CRM-Ansatzes genauer betrachtet werden. Zunächst sollen allerdings der Begriff der Kundenorientierung und die möglichen Kundenbeziehungen in einem Krankenhaus genauer untersucht werden.

2.1.2 Der Begriff der Kundenorientierung

Kundenorientierung kann als „die umfassende, kontinuierliche Ermittlung und Analyse der individuellen Kundenerwartungen sowie deren interne und externe Umsetzung in unternehmerische Leistungen sowie Interaktionen im Rahmen eines Relationship-Marketing-Konzeptes mit dem Ziel, langfristig stabile und ökonomisch vorteilhafte Kundenbeziehungen zu etablieren“⁶², verstanden werden. Dabei ist der Begriff der Kundenorientierung deutlich von dem der Marktorientierung abzugrenzen. Die Marktorientierung beinhaltet die Ausrichtung der Unternehmensaktivitäten an den Anforderungen aller Marktteilnehmer, d.h. den Ansprüchen der Kunden, Mitarbeiter, Absatzmittler, Anteilseigner, Fremdkapitalgeber und Konkurrenten, die direkt oder indirekt mit dem Unternehmen in Kontakt stehen. Ziel der Marktorientierung ist die Erzielung dauerhafter Wettbewerbsvorteile, um als Unternehmen langfristig im Wettbewerb bestehen zu können.⁶³ Die Kundenorientierung hingegen ist durch eine dyadische Beziehung zwischen dem Kunden und dem Unternehmen gekennzeichnet und unterscheidet sich daher deutlich bezüglich der Anspruchsgruppen, an denen die Aktivitäten eines Unternehmens ausgerichtet werden.⁶⁴ Hierbei erfolgt eine Ausrichtung

⁵⁹ Vgl. Matzler, K., Stahl, H., Hinterhuber, H. (2009), S. 5 und die dort vermerkten Literaturverweise.

⁶⁰ Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 3.

⁶¹ Vgl. Leußner, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S.17.

⁶² Bruhn, M. (2012), S. 15.

⁶³ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 37, vgl. ebenso Bruhn, M. (2012), S. 13f.

⁶⁴ Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 14.

der Unternehmensaktivitäten grundsätzlich an den Bedürfnissen der Kunden. Im Vordergrund der Fähigkeiten eines Unternehmens stehen somit die Beachtung der Kundenbedürfnisse in sämtlichen Wertschöpfungsprozessen und die Fähigkeit, die Anforderungen der Kunden an die Leistung des Unternehmens stetig zu erfassen und umzusetzen.⁶⁵ Im Rahmen der Kundenorientierung wird somit nicht die Erzielung eines allgemeinen Wettbewerbsvorteils, sondern vielmehr die Erfüllung der individuellen Kundenerwartungen und -wünsche angestrebt.⁶⁶

Hierbei gibt es verschiedene Interpretationsformen der Kundenorientierung. Ob Informationen über die Kunden eines Unternehmens eingefordert, analysiert und gespeichert werden können, zählt dabei zur sogenannten *informationsorientierten Dimension* der Kundenorientierung. Andere Dimensionen sind die *leistungs- und interaktionsorientierte* sowie die kultur- und philosophieorientierte Interpretationsmöglichkeit. Erstere meint, dass sich die Kundenorientierung sowohl auf das Erfüllen der Kundenerwartungen, durch das Mitarbeiterverhalten im Rahmen der Interaktion, als auch auf die Leistungs- und Produktqualität bezieht. Wird die Kundenorientierung hingegen als Teil der Unternehmenskultur verstanden und spiegelt sich in Werten und Überzeugungen durch das Mitarbeiterverhalten wider, spricht man von der *kultur- und philosophieorientierten Dimension* der Kundenorientierung.⁶⁷

Maßgeblicher Indikator für die Kundenorientierung eines Unternehmens ist das Urteil des Kunden, inwieweit die durch ihn wahrgenommene Unternehmensleistung seinen subjektiven Erwartungen entspricht. Ergebnis dieses Vergleichsprozesses ist der Grad der Kundenzufriedenheit, der als Maßstab für die Beurteilung der Kundenorientierung dient.⁶⁸

Die zentralen Ziele, welche letztlich mit der Kundenorientierung verfolgt werden, sind die Identifizierung, die Erreichung und der Erhalt profitabler Kundenbeziehungen.⁶⁹ Zur

⁶⁵ Vgl. Meyer, A., Kantsperger, R., Schaffer, M. (2006), S. 66, vgl. ebenso Bruhn, M. (2012), S. 14.

⁶⁶ Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 14.

⁶⁷ Vgl. Greve, G. (2010), S. 6. Bruhn unterscheidet lediglich zwei generelle Interpretationsformen der Kundenorientierung. Erstere ist die institutionelle Kundenorientierung, welche das Gesamtunternehmen betrifft. Gegenstand des Kundenorientierungsbegriffs ist hier die Kundenorientierung der Unternehmensstrukturen auf der einen und die Unternehmensleistung auf der anderen Seite. Die zweite ist die personelle Kundenorientierung, bei der dem Aspekt des direkten Kunden-Mitarbeiter-Kontakts, Rechnung getragen wird. Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 37f.

⁶⁸ Vgl. Meyer, A., Kantsperger, R., Schaffer, M. (2006), S. 66.

⁶⁹ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 38.

Erreichung einer ausgeprägten Kundenorientierung ist daher die Implementierung eines umfassenden Relationship Managements, das der Identifizierung und Erhaltung langfristig profitabler Kundenbeziehungen dient, unumgänglich.⁷⁰

In der Unternehmenspraxis ist, trotz der etablierten Konzeptionierung der Kundenorientierung, noch eine große Diskrepanz zwischen theoretischem Erkenntnisstand und praktischer Umsetzung zu verzeichnen. Auch wenn die Kundenorientierung bei vielen Unternehmen als Leitgedanke proklamiert wird und in zahlreichen Unternehmensleitbildern auftaucht, stellt eine mangelnde Kundenorientierung noch immer eines der hauptsächlichen Problembereiche in der Führung vieler Unternehmen dar.⁷¹ Bisherige Einzellösungen müssen in ein umfassendes, aufeinander abgestimmtes Gesamtsystem integriert werden, um Maßnahmen der Kundenorientierung systematisch zu planen, koordinieren und umzusetzen.⁷² Bruhn schlägt dazu ein Konzept vor, mit Hilfe dessen systematisch und schrittweise Kundenorientierung erreicht werden kann. Dabei bedient er sich verschiedener Bausteine der Kundenorientierung und teilt den Bezugsrahmen in vier Phasen, orientiert an einem klassischen Managementprozess, ein. Beginnend mit der Analyse-, über die Planungs- und Umsetzung- bis hin zur Kontrollphase. Einzelne Bausteine, wie das Qualitäts-, Service-, Kundenbindungs- oder beispielsweise das Beschwerdemanagement, wählte Bruhn deshalb aus, da diese in hohem Grad zur Beeinflussung einer ausgeprägten Kundennähe beitragen.⁷³

Doch bevor genauer auf den Ablauf des Kundenmanagementprozesses und dessen Besonderheiten eingegangen wird, gilt es zunächst die (bedeutenden) Kundengruppen im Krankenhaus darzustellen. Im folgenden Kapitel werden daher wichtige Stakeholder des Krankenhauses und deren Besonderheiten beschrieben.

2.1.3 Kundenorientierung im Krankenhaussektor – bedeutende Anspruchsgruppen

2.1.3.1 Der niedergelassene einweisende Arzt

Im Rahmen der stationären Versorgung lassen sich verschiedene Zugangswege zu Krankenhäusern unterscheiden. Neben elektiven Einweisungen durch niedergelassene

⁷⁰ Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 14.

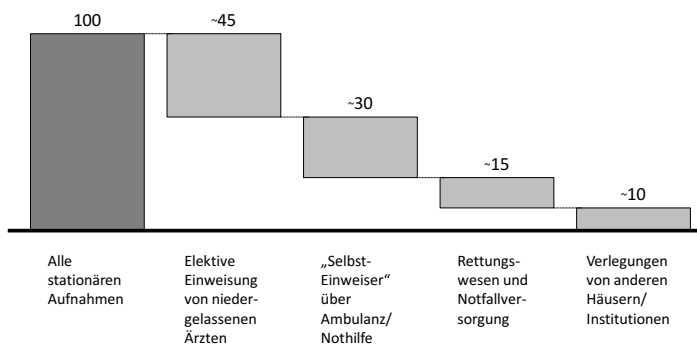
⁷¹ Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 15.

⁷² Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 19.

⁷³ Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 21, vgl. hierzu Kap. 2.3.3.

Ärzte können Patienten auch sogenannte „Selbsteinweiser“ über Notfallambulanzen sein, durch den Rettungsdienst eingewiesen oder von anderen stationären Einrichtungen zugewiesen werden. Dabei kann grundsätzlich zwischen einer Patientengewinnung aus dem ambulanten Bereich und Verlegungen aus anderen stationären Kliniken differenziert werden. Wie in nachfolgender Abbildung erkennbar, machen die Zuweisungen aus anderen Kliniken lediglich rund 10 Prozent aller stationären Aufnahmen aus. Bei der systematischen Analyse möglicher Fallzahlsteigerungen wird daher deutlich, dass die Zuweisungen aus anderen Krankenhäusern im Vergleich zu den Einweisungen aus dem ambulanten Bereich von nachgeordneter Erlösbedeutung sind.⁷⁴

Abbildung 7: Zugangswege der stationär aufgenommenen Patienten⁷⁵



Im Rahmen des Gesundheitswesens, speziell bei der Nachfrage nach Krankenhausleistungen, kann nicht von der üblichen rein bilateralen Angebots- und Nachfragesituation ausgegangen werden. Der eigentliche Nachfrager der Leistung ist zwar der Patient, jedoch wird dieser, in den meisten Fällen, von einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt in ein Krankenhaus eingewiesen. Der Kostenträger wiederum ist die Krankenkasse und nicht, wie auf anderen Märkten üblich, der Patient als Nachfrager.⁷⁶

Hierbei wird der niedergelassene Arzt, der einen Patienten in ein Krankenhaus einweist, als Einweiser bezeichnet. Im Gegensatz zu einer Überweisung, bei der es sich ebenfalls

⁷⁴ Vgl. Behar, B., Wichels, R. (2009), S. 350.

⁷⁵ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Behar, B., Wichels, R. (2009), S. 350.

⁷⁶ Vgl. Papenhoff, M., Platzköster, C. (2010), S. 8f.

um eine (temporäre) Abgabe der Therapieverantwortung für einen Patienten an ein oder mehrere Ärzte handelt, erfolgt im Rahmen einer Einweisung außerdem eine stationäre Unterbringung. Unter einer Einweisung kann somit das „formale Ersuchen des behandelnden Arztes zur Aufnahme eines Patienten in stationäre medizinische Betreuung“⁷⁷ verstanden werden. Des Weiteren ist eine Einweisung von einer Konsultation zu unterscheiden, bei der der niedergelassene Arzt zwar einen Rat von anderen Ärzten einholt, die Behandlungsverantwortung allerdings bei ihm verbleibt.⁷⁸

Wie bereits in vorangegangener Abbildung ersichtlich, kann zwischen verschiedenen Gatekeepern, die die Patienteneinweisungen in ein Krankenhaus steuern, unterschieden werden.⁷⁹ Dabei zählt die Gruppe der niedergelassenen Ärzte zu einer der wichtigsten (externen) Anspruchsgruppen⁸⁰ eines Krankenhauses.⁸¹ Insbesondere bei *elektiven planbaren Behandlungen und Eingriffen*⁸² kommt den niedergelassenen Ärzten eine Schlüsselrolle zu, da sie es sind, die maßgeblichen Einfluss auf die Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses ausüben. Der niedergelassene Arzt übernimmt für den Patienten die Rolle eines typischen Sachwalters, da der Patient aufgrund mangelnder Fachkompetenz die Notwendigkeit und die Qualität von Behandlungsmaßnahmen nicht beurteilen kann. Der Patient delegiert daher die Entscheidungskompetenz für eine Behandlung an den niedergelassenen Arzt. In der Folge entsteht beim Arzt ein sogenannter diskretionärer

⁷⁷ Raab, A., Drissner, A. (2011e), S. 22.

⁷⁸ Vgl. Raab, A., Drissner, A. (2011e), S. 22.

⁷⁹ Vgl. Behar, B., Wichels, R. (2009), S. 351. Eine andere Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sogar bis zu 75% der Patienteneinweisungen in Krankenhäuser durch den niedergelassenen Arzt veranlasst werden. Vgl. hierzu die Literaturhinweise bei Hesse, A., Schreyögg, J. (2007), S. 310.

⁸⁰ Grundsätzlich kann im Krankenhaus zwischen internen und externen Zielgruppen unterschieden werden. Zu den internen Anspruchsgruppen eines Krankenhauses zählen die Mitarbeiter ärztlicher und nicht-ärztlicher Tätigkeiten oder in Universitätskliniken bzw. akademischen Lehrkrankenhäusern die Lehrbeauftragten und die Medizinstudierenden. Den externen Zielgruppen des Krankenhauses hingegen können die Patienten und deren Angehörige, die einweisenden Ärzte, die Kostenträger (wie z.B. die Krankenkassen oder auch Unfallversicherungen) oder auch der Staat und andere spezielle Multiplikatoren (wie beispielsweise Sozialdienste oder Rettungsdienste) zugeordnet werden. Grundsätzlich können bei den genannten Zielgruppen zahlreiche weitere Unterteilungen vorgenommen werden. Vgl. Hermanns, P.M. (2003), S. 115ff. Eine einheitliche Unterteilung bzw. Auflistung der Anspruchsgruppen eines Krankenhauses gibt es nicht. Vgl. zu den Anspruchsgruppen eines Krankenhauses ebenso Hermanns, P.M. (2003), S. 120, 122, Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 163, Braun, G.E. (1999), S. 9, Ennker, J., Pietrowski, D. (2009), S. 161, Raab, A., Drissner, A. (2011e), S. 20.

⁸¹ Vgl. Hermanns, P.M. (2003), S. 132, sowie Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 163, Hesse, A., Schreyögg, J. (2007), S. 310, Braun, G.E. (1997a), S. 3, Blum, K., Offermanns Matthias (2011), S. 135.

⁸² Handelt es sich um Eingriffe von bedingter Zeitdringlichkeit, kann von *elektiven Eingriffen oder Behandlungen* gesprochen werden. Hierbei geht man davon aus, dass Patienten vorab Zeit zur Verfügung steht, Informationen einzuholen. Bei *Notfällen* hingegen kann ex ante keine Terminplanung stattfinden. Diese sind durch eine hohe Dringlichkeit charakterisiert. Vgl. Friedrich, J., Beivers, A. (2009), S. 158.

Handlungsspielraum, indem der Arzt die Struktur, die Art und den Umfang der Behandlung beeinflussen kann, und es liegt im Ermessen des Arztes, im Falle einer notwendigen Krankenhausbehandlung, eine Empfehlung für ein bestimmtes Krankenhaus abzugeben.⁸³ Insofern kann von einem durch die niedergelassenen Ärzte gefilterten Zugang zu Krankenhausleistungen gesprochen werden, da bei den meisten elektiven Krankenhausbehandlungen der einweisende Arzt bei der Wahl des Krankenhauses ausschlaggebenden Einfluss auf den Patienten hat.⁸⁴ Der Einweiser leistet somit einen Beitrag zur Finanzierung der Klinik, da er durch die Einweisung eines Patienten zu einer stationären Leistung Einfluss auf den Auslastungsgrad der bettenführenden Abteilungen einer Klinik nimmt.⁸⁵

Gerade die einweisenden Ärzte tragen daher in großem Umfang zum ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses bei und sollten als primäre Ansprechpartner und Adressaten bei allen Bemühungen, die Leistungsvolumina einer Klinik zu steigern, zählen.⁸⁶

2.1.3.2 Der „proaktive“ Patient

Sowohl durch gesellschaftlich- als auch durch gesundheitspolitische Trends wurde der Wandel vom Patienten zum (aktiven) Kunden⁸⁷ auf dem stationären Versorgungsmarkt vorangetrieben. Von Seiten der Gesundheitspolitik wird eine Förderung der Patientensouveränität⁸⁸ bewusst unterstützt. Durch einen kontinuierlichen (medizinisch-) technischen Fortschritt sowie durch die demographische Entwicklung der Bevölkerung kommt es zu fortwährend zunehmenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen.⁸⁹ Ziel vieler ordnungspolitischer Interventionen der Politik ist es daher, einen weiteren Kostenanstieg zu vermeiden und die Effizienz des Systems zu steigern. Die Unterstützung einer zunehmenden Patientensouveränität wird als eine wesentliche Voraussetzung für die Stärkung marktwirtschaftlicher Mechanismen im Gesundheitswesen angesehen. Durch eine Flexibilisierung des Nachfrageverhaltens und eine zunehmende Selbstbestimmung

⁸³ Vgl. Braun, G., Nissen, J. (2005), S. 378.

⁸⁴ Vgl. Papenhoff, M., Platzköster, C. (2010), S. 25.

⁸⁵ Vgl. Braun, G., Nissen, J. (2005), S. 378.

⁸⁶ Vgl. Salfeld, R., Hehner, S., Wichels, R. (2009), S. 134.

⁸⁷ Zur Verwendung des Kundenbegriffs und Übertragung eines Kundenmodells auf das Gesundheitswesen, vgl. z.B. Dierks, M.-L., Siebeneick, S., Röseler, S. (2001), S. 16ff.

⁸⁸ Zu dem Begriff der Patientensouveränität sowie in diesem Kontext ähnlich verwendeten Begrifflichkeiten vgl. Kapitel 6.2.

⁸⁹ Vgl. Fleige, G., Philipp, M.P. (2011), S. 105.

sollen Anreize zu Leistungs- und Effizienzsteigerungen der Anbieterstrukturen und in der Folge eine Minimierung der Versorgungskosten geschaffen werden. Dabei soll die ordnungspolitisch veranlasste Konsolidierung des Krankenhaussektors, als einer der wesentlichen Kostenblöcke im Gesundheitswesen, vorangetrieben werden. Durch die Patientensouveränität induzierte Unterschiede in der Auslastung bzw. Profitabilität zwischen einzelnen Anbietern sollen demzufolge Hinweise für eine zukünftige Wettbewerbsfähigkeit einzelner Kliniken geben. Ein aktives Handeln der Nachfrageseite im Gesundheitswesen, repräsentiert durch die Patientenschaft, wird seitens der Politik daher für eine nicht unbeachtliche Voraussetzung marktwirtschaftlicher Elemente mit dem Ziel der Effizienzsteigerung gesehen.⁹⁰

Neben politischen Bemühungen wird die Patientensouveränität ebenfalls durch einen gesellschaftspolitischen Trend und einen Fortschritt der Informationstechnologien ermöglicht und intensiviert.⁹¹ Dabei wird nicht nur das Internet zu einer immer wichtigeren Informationsquelle. Die Medien als Meinungsbildner insgesamt können genutzt werden, um bestimmte Vorstellungen eines Krankenhauses gegenüber den Zielgruppen zu vermitteln.⁹² Eine zunehmende Vernetzung von Patient und Krankenhaus kann somit zu einer steigenden Informationstransparenz beitragen und bietet einen Anknüpfungspunkt der Kliniken für eine direkte Akquisition und Bindung von Patienten.⁹³ Die Patienten werden sich nicht mehr nur auf eine Informationsquelle wie ihren niedergelassenen Arzt stützen, sondern vielmehr die verschiedensten Informationsquellen zur Entscheidungsunterstützung heranziehen.⁹⁴

Zukünftig wird verstärkt eine Entwicklung weg von einem paternalistischen Modell, bei dem der Arzt für den Patienten die Entscheidungen trifft, hin zu einer partizipativen Entscheidungsfindung, bei der die Entscheidung in einem interaktiven Prozess mit aktiver Patientenbeteiligung stattfindet, eintreten.^{95, 96} Damit wird die Entscheidung für ein Krankenhaus nicht mehr nur durch den Arzt selbst, sondern auch durch die direkte Beeinflussung des Patienten auf den Niedergelassenen bestimmt. Hierbei ist zu beachten,

⁹⁰ Vgl. Fleige, G., Philipp, M.P. (2011), S. 105f.

⁹¹ Vgl. Fleige, G., Philipp, M.P. (2011), S. 106.

⁹² Vgl. Hermanns, P.M. (2003), S. 140.

⁹³ Vgl. Fleige, G., Philipp, M.P. (2011), S. 107.

⁹⁴ Vgl. Goutier, M.H.J. (2001), S. 57.

⁹⁵ Vgl. Simon, D., Härter, M. (2009), S.157f.

⁹⁶ Zu den Begrifflichkeiten des paternalistischen Modells sowie der partizipativen Entscheidungsfindung vgl. Kap. 6.2.1.

dass ein negativer Patientenwunsch gegen ein Krankenhaus in seiner Ausprägung stärker als ein positiver wirkt. Im Rahmen einer Imagestudie konnte herausgefunden werden, dass der am häufigsten genannte Grund von Niedergelassenen für eine Nicht-Einweisung der Patientenwunsch war.⁹⁷ In einer Studie von Weinhhammer geben über 75 Prozent der Krankenhäuser an, dass sie von einer (stark) steigenden Zunahme der Mitbestimmung der Patienten ausgehen.⁹⁸ Die Höhe des Anteils der Patienten, die souverän (gemeinsam mit ihrem behandelnden Arzt) eine Entscheidung treffen, ist letztlich nicht genau bezifferbar.⁹⁹ Dennoch kann, nicht zuletzt durch die beschriebenen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Trends, von einer weiter steigenden Tendenz hin zu mehr Souveränität und damit aus Leistungserbringersicht erweiterten Chancen der direkten Patientenansprache ausgegangen werden.

2.2 Kundenbeziehungsmanagement im Krankenhaus

2.2.1 Begriffsdefinition von CRM

In der wissenschaftlichen Literatur existieren mannigfache Auffassungen, was unter CRM zu verstehen ist. Diese erstrecken sich von einer sehr eng gefassten Auslegung bis hin zu fast alle betrieblichen Funktionen umfassenden Begriffsverständnissen von CRM.¹⁰⁰ Aufgrund dieser großen Begriffsvielfalt bezüglich des CRM und vor dem Hintergrund, dass viele Autoren lediglich verschiedene (Teil-)Aspekte von CRM in ihren Definitionen aufgreifen, soll zunächst eine Systematisierung anhand einer entsprechenden Kategorisierung erfolgen. In der Literatur findet man beispielsweise die Möglichkeit der Systematisierung anhand der Strategie-, Prozess-, Organisations- und der Technologie-dimension von CRM.¹⁰¹

Die *strategische Dimension* befasst sich mit der Umsetzung einer am Kunden orientierten Unternehmensstrategie.¹⁰² In dieser Dimension werden nicht nur Zielvorgaben und damit Prioritäten bestimmt, sondern ebenso Kundensegmente festgelegt und Kommunikations-

⁹⁷ Vgl. Raab, A., Drissner, A. (2011b), S. 135.

⁹⁸ Vgl. Weinhhammer, U. (2005), S. 331, 327. Dabei gehen insbesondere die privaten Klinikbetreiber (28,1 Prozent) von einer stark steigenden Mitbestimmung der Patienten aus. Vgl. ebenso Weinhhammer, U. (2005), S. 327, 331.

⁹⁹ Vgl. hierzu die Ausführungen aus Kap. 6.1.

¹⁰⁰ Vgl. Greve, G. (2006), S. 15.

¹⁰¹ Vgl. Wolf, E.E. (2002), S. 68ff, vgl. auch Greve, G. (2006), S. 15ff.

¹⁰² Vgl. Greve, G. (2006), S. 15.

kanäle zugeordnet.¹⁰³ Der Kategorie der Strategiedimension können beispielsweise die Begriffsauffassungen von Gummesson oder auch die von den Autoren Rigby, Reichheld und Schefer, welche in nachfolgender Tabelle aufgeführt sind, eingegliedert werden.¹⁰⁴

Tabelle 1: Definitionen von CRM mit dem Fokus auf der Strategiedimension¹⁰⁵

Autor (Jahr)	Definition von CRM
(Rigby, D.K., Reichheld, F.F., Schefer, P. 2002), S. 102.	„CRM aligns business processes with customer strategies to build customer loyalty and to increase profits over time.“
(Gummesson E. 2004), S. 137.	“CRM is the values and strategies of relationship marketing – with particular emphasis on customer relationships – turned into practical application.”

Die *prozessuale Dimension* bezieht sich auf ablauforganisatorische Anpassungen kundennaher Arbeitsabläufe im Unternehmen. Sie beinhaltet somit die dauerhafte und systematische Kundenbearbeitung durch verschiedene Aktivitäten und Kundenkontaktkanäle während des gesamten Lebenszyklus der Kunden.¹⁰⁶ Dieser Dimension sind beispielsweise Definitionen nach Bruhn oder Zahay/ Griffin zuordenbar.¹⁰⁷

Tabelle 2: Definitionen von CRM mit dem Fokus auf der Prozessdimension¹⁰⁸

Autor (Jahr)	Definition von CRM
(Bruhn, M. 2002), S. 133.	„Das Konzept Customer Relationship Management umfasst sämtliche Maßnahmen der Analyse, Planung, Durchführung und Kontrolle, die der Initiierung, Stabilisierung, Intensivierung und Wiederaufnahme von Geschäftsbeziehungen zu den Anspruchsgruppen – insbesondere zu den Kunden – des Unternehmens mit dem Ziel des gegenseitigen Nutzens dienen.“

¹⁰³ Vgl. Wolf, E.E. (2002), S. 69f.

¹⁰⁴ Vgl. Greve, G. (2006), S. 16, 18. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die verschiedenen Definitionen von CRM teilweise mehreren Dimensionen zuordenbar sind.

¹⁰⁵ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁰⁶ Vgl. Greve, G. (2006), S. 15.

¹⁰⁷ Vgl. Wolf, E.E. (2002), S. 71; vgl. auch Greve, G. (2006), S. 16f.

¹⁰⁸ Quelle: Eigene Darstellung.

(Zahay, D., Griffin, A. 2002), S. 3.	„..., CRM refers to the process of segmenting customers and tailoring relevant marketing communications and product offerings to them to create value for the firm.“
(Shaw, R. 2001), S. 23ff. ¹⁰⁹	„Customer relationship management is an interactive process for achieving the optimum balance between corporate investments and the satisfaction of customer needs to generate the maximum profit.“
(Newell, Frederick 2000), S. 2.	„CRM is defined as the [...] process of modifying customer behavior over time and learning from every interaction, customizing customer treatment, and strengthening the bond between the customer and the company.“

Die *organisational Dimension*, als dritte mögliche Dimension von CRM, schließt die durch die Ausrichtung an Kundenbedürfnissen entstandenen organisationalen Veränderungen ein. Hierunter können nicht nur die Implementierung von möglichen Anreizsystemen, sondern auch ablauf- und aufbauorganisatorische Abstimmungen kundennaher Abteilungen verstanden werden.¹¹⁰ Mögliche Begriffsdefinitionen dieser Dimension sind z.B. von Jayachandran et al. oder auch von Homburg/ Sieben.

Tabelle 3: Definitionen von CRM mit dem Fokus auf der organisationalen Dimension¹¹¹

Autor (Jahr)	Definition von CRM
(Jayachandran, S., Sharma, S., Kaufmann, P., Raman, P. 2005), S. 177.	„Customer relationship management is a core organizational process that focuses on establishing, maintaining, and enhancing long-term associations with customers.“
(Homburg, C., Sieben, F.G. 2005), S. 437.	“... umfasst ein Customer Relationship Management die Planung, Durchführung, Kontrolle sowie die Anpassung aller Unternehmensaktivitäten, die zu einer Erhöhung der Profitabilität der Kundenbeziehung und damit zu einer Optimierung des Kundenportfolios beitragen.“

Die vierte Dimension des CRM ist die *Technologiedimension*. Diese umfasst die systematische Sammlung, Aufarbeitung und Überlieferung von Kundendaten mit Hilfe

¹⁰⁹ Zitiert nach Wolf, E.E. (2002), S. 71.

¹¹⁰ Vgl. Greve, G. (2006), S. 15.

¹¹¹ Quelle: Eigene Darstellung.

von Informations- und Kommunikationstechnologien.¹¹² Den Bezug auf eine technologische CRM-Dimension nehmen beispielsweise Wolf, Leußer/ Hippner/ Wilde oder auch Schultz.¹¹³

Tabelle 4: Definitionen von CRM mit dem Fokus auf der Technologiedimension¹¹⁴

Autor (Jahr)	Definition von CRM
(Wolf, E.E. 2002), S. 79.	„CRM ist ein ganzheitlicher strategischer Ansatz zur kundenorientierten Ausrichtung von Unternehmen mit den Zielen einer Verbesserung der Kundenbindung und einer Erhöhung der Kundenprofitabilität. Wesentliche Komponenten sind neben der Strategiedefinition im CRM die daraus resultierende Ausgestaltung der Kundenbeziehungen, die Konzeption von Organisation/ Prozessen und der Einsatz von IT-Systemen/Technologien.“
(Leußer, W., Hippner, H., Wilde, K.D. 2011), S. 18.	“Customer Relationship Management umfasst den Aufbau und die Festigung langfristig profitabler Kundenbeziehungen durch abgestimmte und kundenindividuelle Marketing-, Sales- und Servicekonzepte mit Hilfe moderner Informations- und Kommunikationstechnologien.”
(Schultz, D.E. 2000), S. 11.	CRM is „a technology-driven solution to sales and marketing management. It focuses primarily on managing the information flow between the buyer and seller, such as lead management and telemarketing support, seeking efficiencies in sales-force costs.“

Teilweise wird der Begriff des CRM in der Literatur als eine reine Informationstechnologie aufgefasst.¹¹⁵ Andererseits wiederum wird die Reduzierung von CRM auf seine technologische Komponente, als CRM-System, deren Aufgabe die Datensammlung und -bearbeitung von Kunden beinhaltet, stark kritisiert und ein zunehmend betriebswirtschaftlich geprägtes Begriffsverständnis gefordert.¹¹⁶ Leußer/ Hippner/ Wilde heben hervor, dass weder eine einseitige Fokussierung auf die betriebswirtschaftliche

¹¹² Vgl. Greve, G. (2006), S. 15.

¹¹³ Vgl. Greve, G. (2006), S. 16-18; vgl. auch Wolf, E.E. (2002), S. 71.

¹¹⁴ Quelle: Eigene Darstellung.

¹¹⁵ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S.13.

¹¹⁶ Vgl. Leußer, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S. 17.

Komponente des CRM noch eine Konzentrierung auf CRM-Systeme zielführend sind. Blickt man auf dessen Begriffsdefinition von CRM, wird ersichtlich, dass CRM zwei zentrale Gestaltungsbereiche umfasst: Zum einen steht CRM für eine kundenorientierte Unternehmensstrategie und zum anderen erfordert das CRM den unterstützenden Einsatz von CRM-Systemen (integrierten Informationssystemen).¹¹⁷

Auch wenn es die unterschiedlichsten Auffassungen vom CRM-Begriff gibt, ist fast allen Definitionen gemein, dass das Ziel des Kundenbeziehungsmanagements die Steigerung des Unternehmenserfolgs bzw. -werts durch die Ausgestaltung profitabler Kundenbeziehungen ist. Dabei sind das Erzielen von Zufriedenheit bei unzufriedenen Kunden und die Festigung der Zufriedenheit bei bereits zufriedenen Kunden für profitable Kundenbeziehungen unerlässlich, auch wenn diese Wirkungskette durch unterschiedliche unternehmensinterne und -externe Faktoren beeinflusst wird, sodass eine Erhöhung oder Festigung der Kundenzufriedenheit nicht als Garantie für eine gesteigerte Profitabilität gesehen werden kann.¹¹⁸

Zusammenfassend kann folgende Arbeitsdefinition festgehalten werden:

Kundenbeziehungsmanagement (Customer Relationship Management, CRM) bezeichnet einen strategischen Managementansatz, der neben der Akquisition auch die Bindung und Rückgewinnung wertstiftender Kunden und damit die Steigerung der Kundenprofitabilität und damit des Unternehmenserfolgs zum Ziel hat. Die Basis des Kundenbeziehungsmanagements bilden dabei eine betriebswirtschaftlich fundierte Analyse, Planung, Implementierung und Kontrolle.

2.2.2 Das Kundenbeziehungsmanagement in Abgrenzung zu verwandten Begriffen des beziehungsorientierten Marketings

In der vorherrschenden (Marketing-) Literatur findet man neben der Bezeichnung des „Customer Relationship Management“ maßgeblich Begrifflichkeiten wie „Relationship Marketing“, „Relationship Management“ oder auch „Customer Retention Management“.¹¹⁹ Diese Bezeichnungen¹²⁰ werden in der Praxis häufig nicht klar definiert, un-

¹¹⁷ Vgl. Leußner, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S.18.

¹¹⁸ Vgl. Leußner, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S. 20f. Vgl. hierzu 2.3.2.

¹¹⁹ Vgl. Leußner, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S. 19.

¹²⁰ Ein ebenso in der Literatur verwendeter Begriff ist der des „Patient Relationship Management“ (PRM, Patientenbeziehungsmanagement). Dieser Ausdruck wurde erstmals in einer Studie der Capgemini

genügend voneinander abgegrenzt und teilweise synonym verwendet.¹²¹ Daher gilt es zunächst, diese Begriffe klar voneinander abzugrenzen.

Die Bezeichnung des „**Relationship Marketing**“ (Beziehungsmarketing) trat zum ersten Mal in den 80er Jahren im angloamerikanischen Raum auf.¹²² Berry definierte Beziehungsmarketing wie folgt: „*Relationship Marketing is attracting, maintaining and [...] enhancing customer relationships*“.¹²³ Der Grund für dessen Aufkommen war die zunehmende Kritik an einem rein transaktionsorientierten Marketing.¹²⁴ Während beim traditionellen Marketing die Herbeiführung einer Transaktion mit einem Kunden im Mittelpunkt stand,¹²⁵ soll beim Relationship Marketing hingegen dem Gedanken der langfristigen Gestaltung von Kundenbeziehungen Rechnung getragen werden.¹²⁶ Hierbei stehen nicht alleine der Kauf eines Produktes oder die Inanspruchnahme einer Dienstleistung im Vordergrund, sondern vielmehr die gesamte Wertschöpfungskette und somit auch die Folgen einer Transaktion.¹²⁷ Im Vergleich zum Transaktionsmarketing sind im Beziehungsmarketing neben der Akquisition von Kunden auch deren Bindung und gegebenenfalls deren Rückgewinnung dominante Marketingziele. Diese dynamische Betrachtung der Beziehung zum Kunden schlägt sich in dem am Produktlebenszyklus angelehnten Konzept, dem Kundenbeziehungslebenszyklus¹²⁸ nieder.¹²⁹ Folgt man der Auffassung nach Bruhn, lässt sich das Relationship Marketing nach zwei Ausgestaltungsformen, nämlich nach Relationship Marketing im engen und im weiten Sinne differenzieren. Während Beziehungsmarketing im engen Sinne ausschließlich Kunden-

Deutschland GmbH mit dem gleichen Titel benutzt. Der PRM-Ansatz wird dabei aus dem CRM-Ansatz abgeleitet. Vgl. Weinhhammer, U. (2005), S. 219. Badenhoop definiert PRM als „*innovatives Geschäftskonzept für den Aufbau und Erhalt langfristiger, profitabler Geschäftsbeziehungen zum Patienten als Endverbraucher von medizinischen Produkten*.“ Badenhoop, R. (2001), S.15. PRM im Krankenhaus bezeichnet Weinhhammer als „*Management-Ansatz zu Aufbau, Pflege und Optimierung von Geschäftsbeziehungen zu Patienten und Multiplikatoren*.“ Weinhhammer, U. (2005), S. 222.

¹²¹ Vgl. Leußer, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S. 19.

¹²² Vgl. Berry, L.L. (1983), S. 25. Mit aufnehmen vgl. Leußer et al. 2011, S. 19.

¹²³ Berry, L.L. (1983), S. 25.

¹²⁴ Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 8. Teilweise wird die Entwicklung zum Relationship Marketing als Paradigmenwechsel vom transaktions- hin zum beziehungsorientierten Marketing bezeichnet. Vgl. hierzu z.B. Bruhn, M. (2009a), S. 37.

¹²⁵ Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 9.

¹²⁶ Vgl. Meffert, H., Bruhn, M. (2006), S. 51.

¹²⁷ Vgl. Hansen, U., Bode, M. (1999) zitiert nach Hensen, P. (2009), S. 850.

¹²⁸ Vgl. hierzu auch Kap. 2.3.1.

¹²⁹ Vgl. Meffert, H., Bruhn, M. (2006), S. 50f.

beziehungen betrachtet, werden beim Beziehungsmarketing im weiten Sinne die Beziehungen eines Unternehmens zu sämtlichen Anspruchsgruppen betrachtet.¹³⁰

Direkt aus dem Relationship Marketing heraus entwickelte sich das **Customer Relationship Management**, im Deutschen als Kundenbeziehungsmanagement bezeichnet.¹³¹ CRM bezieht sich, im Gegensatz zum Beziehungsmarketing (im weiten Sinne), lediglich auf die Steuerung der Beziehungen zum Kunden, wobei nicht nur die aktuellen, sondern auch die potentiellen oder verlorenen Kunden im Fokus stehen. Im Vordergrund der Betrachtung des CRM stehen dabei die Geschäftsbeziehungen zum Endkunden, d.h. das Business-to-Consumer-Geschäft und nicht, wie beim Relationship Marketing, das Business-to-Business-Geschäft.¹³²

Ein Teilaspekt des CRM wiederum ist das **Kundenbindungsmanagement** („Customer Retention Management“).¹³³ Nach Homburg/ Bruhn ist darunter *„die systematische Analyse, Planung, Durchführung sowie Kontrolle sämtlicher auf den aktuellen Kundentamm gerichteten Maßnahmen mit dem Ziel, dass diese Kunden auch in Zukunft die Geschäftsbeziehung aufrechterhalten oder intensiver pflegen“*¹³⁴, zu verstehen. Somit liegt der Fokus der Betrachtung auf bereits bestehenden Kunden, während die Neukundengewinnung oder auch die Kundenrückgewinnung ausgeklammert werden.¹³⁵

Als übergeordnetes Prinzip für die bisher genannten Ansätze des beziehungsorientierten Marketings ist das **Beziehungsmanagement** („Relationship Management“) zu verstehen.¹³⁶ Dieses kann nach Diller als *„aufeinander abgestimmte Gesamtheit der Grundsätze, Leitbilder und Einzelmaßnahmen zur langfristig zielgerichteten Selektion, Anbahnung, Steuerung und Kontrolle von Geschäftsbeziehungen“*¹³⁷ definiert werden. Diller versteht das Beziehungsmanagement dabei als ein umfassendes Konzept, das sich

¹³⁰ Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 10f.

¹³¹ Vgl. Leußer, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S. 19.

¹³² Vgl. Gummesson E. (2004), S. 137 sowie die Ausführungen von Greve, G. (2006), S. 13.

¹³³ Vgl. Leußer, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S. 9.

¹³⁴ Homburg, C., Bruhn, M. (2003), S. 8.

¹³⁵ Vgl. Greve, G. (2006), S. 14.

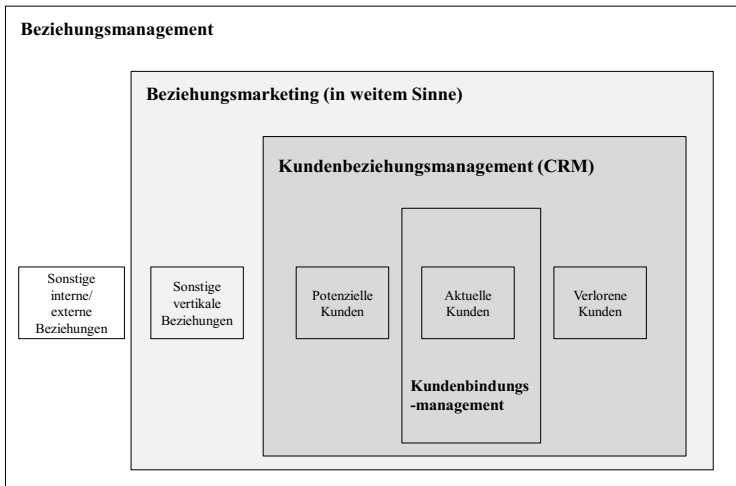
¹³⁶ Vgl. Greve, G. (2006), S.12.

¹³⁷ Diller, H. (1995a), S. 286.

keineswegs nur auf Kundenbeziehungen, sondern auch auf Lieferantenbeziehungen oder auch Beziehungen zu Wettbewerbern erstrecken kann.¹³⁸

In nachfolgender Abbildung werden die Zusammenhänge der Begrifflichkeiten des beziehungsorientierten Marketings verdeutlicht.

Abbildung 8: Systematisierung der Begrifflichkeiten des beziehungsorientierten Marketings¹³⁹



2.2.3 Prüfung der Anwendbarkeit von Kundenbeziehungsmanagement im Gesundheitswesen, speziell im Krankenhaus

2.2.3.1 Gesundheitsökonomische Besonderheiten der Krankenhausdienstleistung

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich, nicht zuletzt durch die Trennung von Leistungsempfänger und -finanzierer, durch komplexe Beziehungen zwischen den Kunden- und Anspruchsgruppen aus.¹⁴⁰ Folglich stellt sich die Frage, ob das klassische Kundenbeziehungsmanagement ohne weiteres auf das Gesundheitswesen, speziell auf den Krankenhausbereich, angewendet werden kann. Daher sollen in diesem Punkt zunächst die Besonderheiten der Krankenhausdienstleistung genauer erläutert werden.

¹³⁸ Vgl. Diller, H. (1995b), S. 442.

¹³⁹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Leußner, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S.20.

¹⁴⁰ Vgl. Tscheulin, D.K., Dietrich, M. (2010), S. 253.

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Eigenschaften von Dienstleistungen immateriellen Charakters ebenso für die der Krankenhausdienstleistung. D.h. neben dem zeitlichen Zusammenfall von Leistungserzeugung und -konsum (dem uno-actu-Prinzip) sind Dienstleistungen nicht lagerfähig, nur in geringem Maße standardisierbar und weisen eine geringe Kapazitätselastizität auf. Im Gesundheitswesen werden diese Merkmale ergänzt durch eine fehlende Handelbarkeit des Gesundheitsgutes, einem Zukunftsgutcharakter der Gesundheitsleistung und dem Kollektivgutcharakter in bestimmten Fällen.¹⁴¹

Krankenhausdienstleistungen zeichnen sich insbesondere durch folgende Charakteristika aus:

Grundsätzlich handelt es sich bei der Krankenhausdienstleistung, im Gegensatz zu Waren oder Produkten, um eine abstrakte, stofflich nicht fassbare Form, die einen hohen Erklärungsbedarf aufweist. Die (pflegerische und die medizinische) Leistung des Krankenhauses kann durch den Patienten kaum beurteilt werden und auch der niedergelassene Arzt befindet sich in einer ähnlichen Situation, wenn er das Klinikum, in das er einweist, nicht kennt.¹⁴² Somit rücken bei der Prüfung der Dienstleistungsqualität an die Stelle sonst üblicher Beurteilungskriterien die Erfahrungseigenschaften, im Falle, dass der Patient die Leistung nach Inanspruchnahme bewerten kann, oder die Vertrauenseigenschaften, sofern die Leistung auch nach Inanspruchnahme nicht beurteilbar ist. Aufgrund der fehlenden Bewertbarkeit der Dienstleistung stehen im Krankenhaus für die Patienten folglich oft die einfacher beurteilbaren Leistungsindikatoren, wie zum Beispiel die Qualität der Verpflegung oder der Räumlichkeiten, im Vordergrund. Aber auch die Empfehlungen Dritter nehmen dadurch eine besondere Rolle ein.¹⁴³ Bei der Empfehlung eines Krankenhauses durch niedergelassene Ärzte können somit für die Ärzte nicht nur Qualitätsindikatoren, sondern auch die Meinungen von Kollegen prägend sein.¹⁴⁴

Eng in Verbindung mit dem Charakteristikum der Immaterialität steht das der mangelnden Reversibilität. Das heißt, es handelt sich bei der Krankenhausdienstleistung um eine Leistung, die in der Regel nicht rückgängig gemacht oder, wie bei Sach-

¹⁴¹ Vgl. Weinhhammer, U. (2005), S. 179.

¹⁴² Vgl. Thill, K.D. (1999), S. 44.

¹⁴³ Vgl. Weinhhammer, U. (2005), S. 180.

¹⁴⁴ Vgl. Thill, K.D. (1999), S. 44, sowie Döbelstein, T. (2007), S. 23.

leistungen, getauscht werden kann. Folglich ist die Entscheidung der Patienten oft durch eine hohe Unsicherheit geprägt, da diese die Konsequenzen der meisten medizinischen Maßnahmen nicht beurteilen bzw. einschätzen können. Daher gewinnt vor allem die Kommunikationspolitik an Bedeutung, die mittels geeigneter Marketingmaßnahmen das subjektive Risikoempfinden der Patienten minimieren soll.¹⁴⁵

Des Weiteren ist die Krankenhausdienstleistung nicht lagerfähig und nur wenig standardisierbar. Die Leistungserstellung und deren Inanspruchnahme erfolgen zeitgleich, daher kann keine Lagerung, wie dies bei Waren möglich ist, stattfinden. In der Konsequenz ergibt sich für Kliniken eine stetige Leistungsbereitschaft und das Ziel, einen möglichst konstanten und planbaren Zustrom von Patienten anzustreben. Auch eine Standardisierung kann nur in sehr geringem Maße stattfinden, da die Intensität und der Zeitpunkt der Leistung nicht steuerbar sind.¹⁴⁶ Zudem ist eine Standardisierung nur in geringem Maße möglich, da der Patient selbst ein Teil des Leistungserstellungsprozesses ist. Damit bestimmt dieser nicht nur den Zeitpunkt der Leistung, wie bereits erwähnt, sondern auch in gewissem Maße deren individuelle Umsetzung und kann dementsprechend als Ko-Produzent angesehen werden.¹⁴⁷ In der Folge sind informative und motivierende Kommunikationsmaßnahmen für Patienten besonders wichtig, da die Qualität der Leistung letztlich von der Bereitschaft des Patienten zur Kooperation abhängt. Aber auch gezielte Mitarbeiterschulungen sind erforderlich, da der Produktionsprozess in einem Wechselspiel zwischen Patient und Personal stattfindet.¹⁴⁸

Aus dem Charakteristikum der fehlenden Transportfähigkeit ergibt sich, dass die Krankenhausdienstleistung an den Leistungserbringungsort gebunden ist. Dies bindet das Krankenhaus stark an sein regionales Umfeld und das naheliegende Einzugsgebiet und macht eine umfassende Marktforschung und aktive Standortpolitik unerlässlich, damit sich das Krankenhaus gegenüber Vergleichsangeboten abgrenzen und positionieren kann.¹⁴⁹

Eine ebenso bedeutsame Besonderheit der Krankenhausdienstleistung ist das Vorhandensein von Informationsasymmetrien zwischen dem Arzt und dem Patienten und die

¹⁴⁵ Vgl. Thill, K.D. (1999), S. 47.

¹⁴⁶ Vgl. Thill, K.D. (1999), S. 45.

¹⁴⁷ Vgl. Weinhhammer, U. (2005), S. 181, sowie Thill, K.D. (1999), S. 46.

¹⁴⁸ Vgl. Thill, K.D. (1999), S. 46f.

¹⁴⁹ Vgl. Thill, K.D. (1999), S. 46.

daraus resultierende Principal-Agent-Problematik. Auch in anderen Branchen ist diese Problematik vorherrschend, allerdings ist das Ausmaß der Asymmetrie im Rahmen der Arzt-Patientenbeziehung extrem ausgeprägt, da medizinische Informationen und dessen Gewinnung äußerst komplex sind.¹⁵⁰

2.2.3.2 Customer Relationship Management im Krankenhaus

Da der CRM-Ansatz ursprünglich als ein rein ertragsorientierter Marketing-Ansatz entwickelt wurde, stellt sich zu Recht die Frage, ob dieser auch im Krankenhaus angewendet werden kann.¹⁵¹ Das klassische Kundenmanagement bezieht sich hauptsächlich auf den kommerziellen Bereich. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Ansätze des klassischen Kundenmanagements aus dem kommerziellen Dienstleistungsbereich ebenso auf den Non-Profit-Bereich übertragen werden können. Handelt es sich allerdings um ein komplexes Gefüge verschiedener Anspruchsgruppen, was insbesondere dann der Fall ist, wenn, wie im Krankenhaussektor, eine Trennung zwischen Leistungsfinanzierer und -empfänger vorherrscht, dann gilt es den klassischen Kundenmanagement-Ansatz anzupassen und Besonderheiten zu beachten.¹⁵²

Bei der Übertragung des klassischen Kundenmanagements sollte grundsätzlich die Bedingung einer direkten Beziehung zwischen Anbieter und Nachfrager und das Ziel einer langfristig angelegten Beziehungsdauer erfüllt sein. Eine solche Beziehung herrscht im Krankenhaus vor allem zwischen den Kliniken und den niedergelassenen Ärzten.¹⁵³ Bei den Patienten versucht man, unter anderem bedingt durch das DRG-System, die Verweildauer möglichst gering zu halten und das Wiederauftreten einer Krankheit zu vermeiden. Hinzu kommt, dass der Bedarf einer Krankenhausbehandlung durch epidemiologische Prozesse bestimmt und nicht als Größe durch das Krankenhaus beeinflussbar ist. Leistungsveranlasser und damit die erste Anspruchsgruppe sind daher meistens die niedergelassenen, einweisenden Ärzte.¹⁵⁴ Daraus ergibt sich, dass speziell die niedergelassenen Ärzte in den Fokus des Kundenmanagements rücken und das klassische Kundenmanagement grundsätzlich für diese Anspruchsgruppe Anwendung

¹⁵⁰ Vgl. Schreyögg, J. (2010), S. 152.

¹⁵¹ Vgl. Weinhammer, U. (2005), S. 227.

¹⁵² Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 308, sowie Tscheulin, D.K., Dietrich, M. (2010), S. 253.

¹⁵³ Vgl. Tscheulin, D.K., Dietrich, M. (2010), S. 262f.

¹⁵⁴ Vgl. Tscheulin, D.K., Dietrich, M. (2010), S. 268.

finden kann.¹⁵⁵ Hingegen kann aufgrund der steigenden Patientensouveränität angenommen werden, dass auch der Einfluss der Patienten als direkte Nachfrager bei der Krankenhausausswahl stark zunimmt, sodass auch diese Kundengruppe in den Fokus der Betrachtungen des Kundenmanagements rückt. Hierbei muss allerdings, wie schon erwähnt, beachtet werden, dass die Nachfrage nach Krankenhausleistungen durch die Patienten nicht auf Dauer angelegt, sondern das Idealziel vielmehr die Herstellung der Gesundheit ist und somit keine direkte Kundenbindung, wie dies in anderen Bereichen erzielt wird, möglich ist.¹⁵⁶ Daher muss das Kundenmanagement von Patienten versuchen, eine eigentlich langfristige, direkte Kundenbeziehung, und damit die Bindung der Patienten, durch Surrogate der Kundenbindung zu ersetzen. Da das Krankenhaus nicht die Möglichkeit hat, durch ein wiederholtes Aufsuchen des Krankenhauses die Patienten von der Leistungsfähigkeit des Hauses zu überzeugen, rücken Surrogate, wie die Weiterempfehlung und die positive Mund-zu-Mund-Kommunikation in den Vordergrund, um eine hohe Reputation zu erzielen.¹⁵⁷

Auch Weinhhammer prüft die Übertragbarkeit des CRM-Ansatzes auf das Kunden-/Patientenmanagement im Krankenhaus und kommt zu dem Schluss, dass durch die Vergleichbarkeit des Entstehungs- und Wirkungskontextes eine grundsätzliche Übertragung möglich ist. Dazu beschreibt er zunächst die strukturellen Veränderungen, welche zur Einführung des Kundenmanagement-Ansatzes in anderen Bereichen geführt haben, und stellt fest, dass diese hohe Übereinstimmung mit den derzeitigen gesundheitspolitischen Veränderungen haben. Auch im Gesundheitswesen lässt sich, bedingt durch verstärkte Wettbewerbsstrukturen und zunehmende Patientensouveränität, ein zumindest partieller Wandel von einem anbieter- hin zu einem nachfrageorientierten Markt erkennen. Weinhhammer überprüft ebenso, ob die Methoden des CRM-Ansatzes bei der Anwendung im Krankenhaus grundsätzlich wirksam bleiben. Da (zumindest größtenteils) sowohl nachfrageseitige als auch angebotsseitige Freiheitsgrade vorhanden sind, d.h. sowohl die Wahlmöglichkeiten für die Patienten bestehen als auch der Einsatz von Kundenmanagementmethoden durch das Krankenhaus möglich ist, und Wett-

¹⁵⁵ Vgl. Tscheulin, D.K., Dietrich, M. (2010), S. 265.

¹⁵⁶ Vgl. Tscheulin, D.K., Dietrich, M. (2010), S. 261, 265.

¹⁵⁷ Vgl. Tscheulin, D.K., Dietrich, M. (2010), S. 268.

bewerbsstrukturen zur Bildung eines Marktes vorherrschen, kann auch dies bejaht werden.¹⁵⁸

Daraus folgt, dass eine grundsätzliche Übertragung des klassischen Kundenmanagements auf den Krankenhaussektor möglich ist. Bisher ist die Anwendung vor allem auf die Kundengruppe der niedergelassenen, einweisenden Ärzte gut umsetzbar. Aber auch auf die Kundengruppe der Patienten direkt kann das CRM-Konzept (zukünftig verstärkt) angewendet werden, sofern die genannten Besonderheiten der Krankenhausdienstleistung beachtet werden.

2.3 Konzeptionierung des Kundenbeziehungsmanagements

2.3.1 Der Kundenbeziehungslebenszyklus

2.3.1.1 Das Konzept des Lebenszyklus

Die konzeptionelle Basis für die Gestaltung von Kundenbeziehungen bildet vor allem das (Denk-)Konzept des Kundenbeziehungslebenszyklus. Damit wird dem Leitgedanken des (Kunden-)Beziehungsmanagements, nämlich der Steuerung langfristiger Kundenbeziehungen dynamischen Charakters und nicht der kurzfristigen Initiierung eines Kundenkontakts, Rechnung getragen.¹⁵⁹

Das Konzept des Lebenszyklus entstammt ursprünglich der Adoptions- und Diffusionsforschung, welche die Durchsetzung von Innovationen bei einer Zielgruppe zum Gegenstand hatte.¹⁶⁰ Grundgedanke des Konzepts ist, dass das zu untersuchende Objekt verschiedene idealtypische Phasen, analog der Lebensphasen eines Individuums, durchläuft und eine begrenzte Lebensdauer besitzt. Hierbei weisen die einzelnen Phasen

¹⁵⁸ Vgl. Weilnhammer, U. (2005), S. 227f.

¹⁵⁹ Vgl. Bruhn, M. (2002), S. 133.

¹⁶⁰ Vgl. hierzu die Ausführungen von Bruhn, M. (2009b), S. 53. Die Lebenszyklushypothese baut auf empirisch nachgewiesenen Ergebnissen der Adoptions- und Diffusionsforschung auf. Diese beschäftigt sich mit typischen Lebenszyklen von Technologien. Grundannahme ist, dass sich das Lösungsprinzip einer Technologie im zeitlichen Verlauf einer Leistungsgrenze nähert und mit zunehmendem Annähern an diese die Substitutionsmöglichkeiten durch andere Technologien steigen. Vgl. Kaspar, C. (2006), S. 4. Handelt es sich um die Übernahme von einer Innovation durch ein Individuum, spricht man von Adoption. Während im Rahmen der Adoptionstheorie das Erforschen des Verhaltens eines Individuums im Fokus steht, untersucht die Diffusionsforschung das Ausbreiten von Innovationen in sozialen Systemen (im zeitlichen Verlauf). Vgl. Borchert, J., Goos, P., Hagenhoff, Svenja (2003) sowie Albers, S., Litfin, T. (2001) zitiert nach Kaspar, C. (2006), S. 3.

spezifische Besonderheiten auf, die wiederum verschiedene Konsequenzen für das Management des jeweiligen Untersuchungsobjekts erfordern.¹⁶¹

Im Marketingbereich fand das Lebenszykluskonzept z.B. in Form des Produkt-, Markt- und Markentypenlebenszyklus Verwendung. Anhand des Produktlebenszyklus beispielsweise kann die Entwicklung eines Produkts am Markt anhand ökonomischer Größen, wie z. B. dem Marktanteil oder dem Umsatz, abgebildet werden. Die typischen Entwicklungsphasen sind die Einführung, das Wachstum, die Reife, die Sättigung und der Verfall, anhand derer gezielte, produktspezifische Handlungsempfehlungen für das Marketing abgeleitet werden können. Geht man nun weg von einem produktorientierten hin zu einem kundenorientierten Marketing, kann das Konzept des Lebenszyklus auch auf die Entwicklung von Kundenbeziehungen übertragen werden. Hierbei kann zwischen dem Kundenlebenszeitzyklus, dem Kundenepisodenzyklus und dem Kundenbeziehungszyklus unterschieden werden. Sind die Bedürfnisse, die ein Kunde zu einem bestimmten Zeitpunkt hat, abhängig von seiner Lebensphase bzw. seinem biologischem Alter, so spricht man vom *Kundenlebenszeitzyklus*. Treten hingegen innerhalb der Leistungsanspruchnahme wiederkommende Ereignisse ein, die es dem Unternehmen erlauben, die Kundenbeziehung episodenhaft zu unterteilen, handelt es sich um einen *Kundenepisodenzyklus*.¹⁶² Im Rahmen des *Kundenbeziehungslebenszyklus* wird die Intensität bzw. Stärke der Kundenbeziehung in Abhängigkeit von der Dauer der Beziehung dargestellt.¹⁶³ Diese Form der Übertragung des Lebenszykluskonzepts auf die Entwicklung von Kundenbeziehungen steht im Rahmen der folgenden Überlegungen im Vordergrund der Betrachtung. Dabei werden die (drei) Kernphasen des Kundenlebenszyklus erläutert, eine graphische Darstellung vorgestellt und Bezug auf mögliche Indikatoren zur Messung der Beziehungsintensität genommen.

2.3.1.2 Die Phasen des Kundenbeziehungslebenszyklus

Der **Kundenbeziehungslebenszyklus** beschreibt den zeitlichen Verlauf einer Kundenbeziehung, die in Abhängigkeit der Beziehungsintensität in verschiedene Phasen

¹⁶¹ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 53.

¹⁶² Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 53f. Die Begrifflichkeiten Kundenbeziehungslebenszyklus, Kundenlebenszyklus und Kundenbeziehungszyklus werden synonym verwendet.

¹⁶³ Vgl. Schreyögg, J. (2010), S. 153.

eingeteilt werden kann.¹⁶⁴ Dabei kann dieser sowohl aus der Perspektive der Anbieter als auch aus der Kundenperspektive betrachtet werden. Der Kundenlebenszyklus, als idealtypisches Erklärungsmodell, kann dabei in Abhängigkeit des Leistungstyps einer bestimmten Branche bezüglich der Merkmale „Dauer der Phasen“ und „Existenz der Phasen“, variieren.¹⁶⁵ Insgesamt kann man die diversen Stadien des Zyklus in drei Kernphasen gliedern. Dazu gehören:

- die Kundenakquisition
- die Kundenbindung
- sowie ggf. die Kundenrückgewinnung.¹⁶⁶

Diese Hauptphasen wiederum können in verschiedene andere Phasen untergliedert werden. Innerhalb der einzelnen Stadien des Kundenbeziehungslebenszyklus müssen die verschiedenen Erwartungen der (potentiellen und aktuellen) Kunden, in Abhängigkeit ihrer Beziehungsstärke, beachtet und daher differenzierte Konsequenzen für das Marketing gezogen werden.¹⁶⁷

Die Initiierung einer Kundenbeziehung zum Unternehmen wird im Rahmen der **Kundenakquisitionsphase**, die sich in die Anbahnungs- und Sozialisationsphase untergliedert, beschrieben. Wenn noch kein Güter- oder Leistungsaustausch stattgefunden hat, dann handelt es sich um die *Anbahnungsphase*. In dieser versucht der Nachfrager, Informationen über den Anbieter ausfindig zu machen, während das Unternehmen Akquisitionsmaßnahmen gegenüber dem potentiellen Kunden ergreift. Nach der ersten gütertauschbezogenen Transaktion beginnt die *Sozialisationsphase*, in der sich der Kunde und der Anbieter miteinander vertraut machen können. Im Rahmen dieser Phase kann nicht nur der Kunde erste Erfahrungen über die Leistungen des Unternehmens, sondern ebenso der Anbieter erste Erkenntnisse über den Neukunden gewinnen.¹⁶⁸ Übertragen auf das Kundenmanagement in Krankenhäusern, ist die Kundenakquisitionsphase die Phase, in der der potentielle Patient zunächst in der Anbahnungsphase Informationen über ein Krankenhaus sucht und dieses wiederum

¹⁶⁴ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 59. Teilweise existieren in der Literatur verschiedene Begrifflichkeiten und Einteilungen für die Phasen des Kundenbeziehungszyklus. Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 60.

¹⁶⁵ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 64f.

¹⁶⁶ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 60.

¹⁶⁷ Vgl. Bruhn, M. (2002), S. 133.

¹⁶⁸ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 62f.

versucht geeignete Informationen bereitzustellen. Hat sich ein Patient für die Leistung eines Krankenhauses entschieden und nimmt diese in Anspruch, so spricht man von der Sozialisationsphase, in der sich der Patient und das Krankenhaus in einer Eingewöhnung befinden.¹⁶⁹ Die Phase der Akquisition ist in der Regel mit Kosten der Informationsbereitstellung verbunden, denen keine Umsätze gegenüberstehen, sodass dies auf Seiten des Unternehmens (bzw. des Krankenhauses) zu kundenspezifischen Verlusten führt.¹⁷⁰

In der zweiten Zyklusphase, der **Kundenbindungsphase**, können wiederum die Wachstums- und die Reifephase unterschieden werden, vorausgesetzt, es handelt sich um eine positive Entwicklung der Beziehung. Die *Wachstumsphase* ist aus Sicht des Anbieters durch eine Ausschöpfung der Kundenpotenziale gekennzeichnet, indem eine Ausweitung der Kundenbeziehung durch eine Steigerung der Leistungsanspruchnahme durch den Nachfrager verfolgt wird. In der *Reifephase* findet bereits eine intensive Leistungsnutzung durch den Kunden statt, sodass dessen Potenziale zunehmend ausgeschöpft sind. In dieser Phase des Kundenlebenszyklus gilt es, die Beziehung zum Kunden, d.h. das nachgefragte Leistungsnutzungslevel und damit die kundenspezifischen Erlöse, möglichst aufrechtzuerhalten. Dies kann dem Unternehmen vor allem durch vereinfachte Nutzungs- und Zugangsmöglichkeiten zur Leistung für den Kunden (und damit einhergehender Zufriedenheit dessen) gelingen.¹⁷¹ Übertragen auf den Krankenhaussektor, können Kliniken, im Zuge der Wachstumsphase, beispielsweise versuchen, mittels einer intensiven Einweiserbeziehungspflege die niedergelassenen Ärzte zu vermehrten Einweisungen zu überzeugen. Im Falle der bereits erreichten Reifephase, in der die niedergelassenen Ärzte viele Patienten in das Krankenhaus einweisen, sollte versucht werden dieses Niveau zu erhalten.¹⁷² Im Gegensatz zur Kundenakquisitionsphase kann im Rahmen der Kundenbindungsphase von einer ökonomischen Vorteilhaftigkeit für das Unternehmen (bzw. Krankenhaus) ausgegangen werden. Im Zuge der intensiveren Leistungsnutzung durch den Kunden während der Wachstumsphase sinken die Kosten bei gleichzeitig steigenden Umsätzen, da der Kunde die Leistung ohne größeren Aufwand nachfragen kann und sich die Beziehungen zu den Lieferanten

¹⁶⁹ Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 164.

¹⁷⁰ Vgl. Stauss, B. (2011), S. 327, Bruhn, M. (2009b), S. 63 sowie Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 164.

¹⁷¹ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 63.

¹⁷² Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 164.

eingespielt haben. Somit können Kostensenkungspotenziale erschlossen und kunden-spezifische Deckungsbeiträge erzielt werden.¹⁷³

Die dritte Phase des Kundenbeziehungszyklus ist die **Kundenrückgewinnungsphase**. Diese gliedert sich in die Gefährdungs-, Auflösungs- und Abstinenzphase. Überlegt der Kunde, die Leistung zukünftig nicht mehr nachzufragen bzw. der Patient die Nutzung der Krankenhausleistung einzustellen, so spricht man von der *Gefährdungsphase*. Hierfür können nicht nur Unzufriedenheit des Kunden (Patienten), sondern auch das Streben nach Abwechslung¹⁷⁴ oder eventuelle Angebote vonseiten der Konkurrenz bzw. anderer Kliniken mögliche Ursachen sein. Entscheidet sich der Kunde letztlich dafür, die Leistung nicht mehr nachzufragen und dem Anbieter zu „kündigen“¹⁷⁵, tritt die *Auflösungsphase* ein. Schließlich folgt die *Abstinenzphase*, in der der Kunde die Leistung nicht mehr in Anspruch nimmt.¹⁷⁶ Mit dem Ende der Geschäftsbeziehung stellen sich schließlich auch die kundenbezogenen Deckungsbeiträge ein.¹⁷⁷

Wie bereits zu Beginn erwähnt, kann der Kundenbeziehungslebenszyklus in Bezug auf die Länge bestimmter Phasen oder gar auf das Vorhandensein dieser stark variieren. Betrachtet man beispielsweise die Kundenbeziehung eines Krankenhauses zu seinen Patienten, so wird ersichtlich, dass im Falle einer Notfallbehandlung beispielsweise die Phase der Informationssuche seitens des Patienten entfällt. Handelt es sich hingegen um planbare, elektive Eingriffe, so kann diese Phase durchaus sehr lang sein. Hinzu kommt, dass die Mobilitäts- bzw. Wechselbarrieren im Krankenhaus als deutlich höher einzustufen sind, als dies bei anderen Branchen der Fall ist. Die Gefährdungsphase, d.h. die Überlegung, das Krankenhaus beispielsweise zu wechseln, kann bei einem Patienten deutlich länger dauern, sofern keine gravierenden Fehler im Rahmen des Krankenhausaufenthalts zu beanstanden sind.¹⁷⁸

In nachfolgender Abbildung ist der idealtypische Verlauf des Kundenbeziehungslebenszyklus graphisch dargestellt. Während auf der Ordinate die Stärke/ Intensität der

¹⁷³ Vgl. Stauss, B. (2011), S. 327.

¹⁷⁴ Der Wunsch nach Abwechslung wird in der Literatur im Zuge des „Variety-Seeking“ diskutiert. Vgl. hierzu z.B. Woratschek, H., Horbel, C. (2006).

¹⁷⁵ Die Kündigung kann hierbei „offen“, vor allem im Falle einer mitgliedschaftsähnlichen Beziehung, oder „geheim“ erfolgen. Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 63.

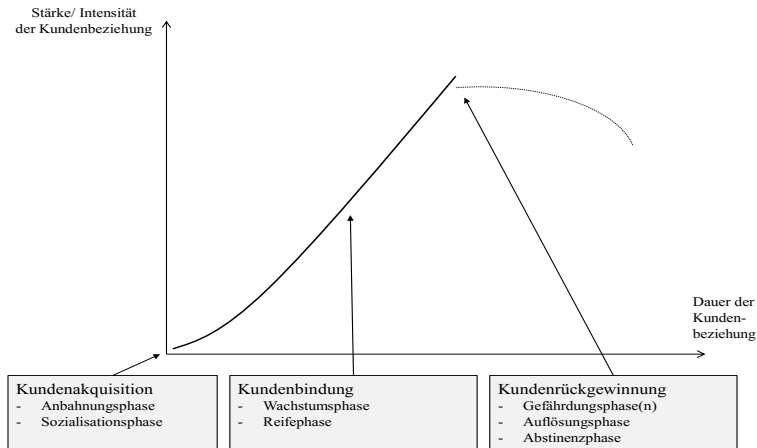
¹⁷⁶ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 63 sowie Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 164.

¹⁷⁷ Vgl. Stauss, B. (2011), S. 327.

¹⁷⁸ Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 164.

Kundenbeziehung abgebildet wird, ist auf der Abszisse die Dauer der Geschäftsbeziehung verortet.

Abbildung 9: Phasen des Kundenbeziehungslebenszyklus¹⁷⁹



Die **Intensität einer Kundenbeziehung** kann anhand verschiedener Konstrukte wiedergegeben werden. Dabei kann man drei verschiedene Arten von Indikatoren, welche sowohl in isolierter als auch in kombinierter Form zur Bestimmung der Stärke einer Kundenbeziehung eingesetzt werden können, unterscheiden. Neben psychologischen existieren ebenso verhaltensbezogene und ökonomische Indikatoren.¹⁸⁰ Zu den **psychologischen Indikatoren** zählen neben der Kundenzufriedenheit oder der Beziehungsintensität aus Nachfragersicht ebenso das Commitment des Kunden zum Anbieter bzw. dessen wahrgenommenes Preis-Leistungs-Verhältnis. Wird die Beziehungstärke beispielsweise anhand der Kundenbindung, d.h. mit Hilfe der Dimensionen der Ge- und Verbundenheit oder über das Informations-, Kommunikations- oder das Integrationsverhalten des Kunden ermittelt, spricht man von **verhaltensbezogenen Indikatoren**. Werden hingegen der Kundendeckungsbeitrag in statischer oder der Kundenwert in

¹⁷⁹ Quelle: Bruhn, M. (2009b), S. 60.

¹⁸⁰ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 60f.

dynamischer Hinsicht, der Umsatz, der Marktanteil oder der Absatz als Indikatoren für die Beziehungsintensität herangezogen, handelt es sich um **ökonomische Indikatoren**.¹⁸¹

2.3.2 Von der Kundenorientierung zum Kundenwert – Die Wirkungskette des CRM

Im Rahmen des Beziehungsmanagements zählt, neben dem Konzept des Kundenbeziehungslebenszyklus, auch das „Denken in einer Erfolgskette“ zu den grundlegenden konzeptionellen Ansätzen bei der Gestaltung von Kundenbeziehungen. Dieses konzeptionelle Fundament dient der gedanklichen Unterstützung für das Analysieren, Steuern und Kontrollieren bestimmter Marketingmaßnahmen. Um eine systematische Analyse und Ableitung bestimmter Marketingaktivitäten zu ermöglichen, werden in dem Gedankenmodell der Erfolgskette die Wirkungen verschiedener Variablen, die inhaltlich in verschiedenen Zusammenhängen stehen, untersucht. Dabei kann die Erfolgskette grundlegend in drei Teile gegliedert werden: zunächst in die Unternehmensaktivitäten (als Input) sowie in die daraus resultierenden Wirkungen bei den Kunden und schließlich den ökonomischen Unternehmenserfolg (als Output).¹⁸²

Das Konzept des Customer Relationship Managements basiert dabei grundlegend auf einem ökonomischen Verständnis. Ziel ist es, wie bereits erläutert, profitable Kundenbeziehungen zu erreichen und somit den Unternehmenswert zu steigern.¹⁸³ Die Profitabilität eines Kunden kann anhand des Kundenwerts¹⁸⁴, der den langfristigen Wertbeitrag eines Kunden zum Unternehmen ausdrückt, ermittelt werden. Eine essentielle vorökonomische Erfolgsgröße stellt dabei die Bindung¹⁸⁵ profitabler Kunden an das Unternehmen dar. Zur Erreichung der Kundenbindung wiederum ist die Erzielung einer (hohen) Kundenzufriedenheit und als Voraussetzung dafür eine Kundenorientierung notwendig. Während die Kundenorientierung die Beachtung der Kundenerwartungen

¹⁸¹ Vgl. Bruhn, M. (2009b), S. 60f.

¹⁸² Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 9ff.

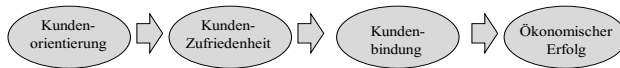
¹⁸³ Vgl. Leußner, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S. 20. Zum Wertorientierten Kundenmanagement Vgl. Kap. 3.

¹⁸⁴ Im Rahmen der Ermittlung des Kundenwerts findet eine Gegenüberstellung (abgezinster) Ein- und Auszahlungen statt. Dabei findet eine ökonomische Gesamtbetrachtung des Kunden statt, in dem sowohl zukünftige als auch gegenwärtige Erfolgspotenziale berücksichtigt werden. Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 38. Vgl. zur Thematik des Kundenwerts Kapitel 3.2.

¹⁸⁵ Unter Kundenbindung „werden sämtliche psychologischen Bewusstseinsprozesse beziehungsweise beobachtbaren Verhaltensweisen eines Kunden verstanden, in denen sich die intentionale beziehungsweise faktische Erhaltung beziehungsweise Intensivierung seiner Beziehung zum Unternehmen [...] manifestiert.“ Bruhn, M. (2009a), S. 38. Zu der Thematik (der Determinanten) der Kundenbindung vgl. ebenso Paul, M., Hennig-Thurau, T. (2010) S. 81ff.

charakterisiert, zeigt die Kundenzufriedenheit auf, wie die Erwartungen aus Kundensicht durch das Unternehmen erfüllt werden.¹⁸⁶ Somit entsteht die Erfolgskette der Kundenorientierung mit den Teilen der Kundenorientierung, -zufriedenheit, -bindung und letztlich dem Kundenwert beziehungsweise dem ökonomischen Unternehmenserfolg, wie nachfolgend vereinfacht dargestellt.¹⁸⁷

Abbildung 10: Die Erfolgskette der Kundenorientierung in vereinfachter Darstellung¹⁸⁸



Allerdings handelt es sich bei den Wirkungszusammenhängen innerhalb dieser Erfolgskette nicht um eindeutige Zusammenhänge, da sowohl die einzelnen Kettenteile als auch die Zusammenhänge zwischen diesen durch sogenannte moderierende Faktoren beeinflusst werden. Hierbei unterscheidet man zwischen unternehmensexternen und -internen Faktoren. Unternehmensextern können beispielsweise heterogene Kundenerwartungen dazu führen, dass bestimmte Marketingaktivitäten nicht generell zu einer höheren Kundenzufriedenheit führen. Auch eine erhöhte Zufriedenheit muss nicht zwingend zu einer Kundenbindung führen, wenn beispielsweise ein Abwechslungsbedürfnis (Variety Seeking) besteht.¹⁸⁹ Unternehmensintern können Faktoren wie die Individualität der Dienstleistung, deren Komplexität oder auch die Möglichkeiten vertraglicher Bindungen die Wirkungszusammenhänge beeinflussen.¹⁹⁰ Ebenso gilt es zu berücksichtigen, dass sich der angestrebte monetäre Erfolg letztlich meist erst mittel- bis

¹⁸⁶ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 38f. Zum Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und -bindung vgl. ebenso Homburg, C., Becker, A., Hentschel, F. (2010), S. 111ff. Im Rahmen der Konzeptualisierung des Kundenzufriedenheitsentstehungsprozesses wird häufig auf den Erklärungsansatz des *CD-Paradigmas* (*Confirmation/Disconfirmation-Paradigma*) zurückgegriffen. Demnach vergleicht der Kunde die wahrgenommene Ist-Leistung mit einem Vergleichsstandard, der erwarteten Soll-Leistung. Entspricht die Ist-Leistung dem Vergleichsstandard oder übertrifft diesen, spricht man von Konfirmation bzw. positiven Diskonfirmation und im Ergebnis von Zufriedenheit. Negative Diskonfirmation und damit Unzufriedenheit hingegen entsteht, wenn die Ist-Leistung nicht dem Vergleichsstandard entspricht, sondern diesem unterliegt. Vgl. Homburg, C., Becker, A., Hentschel, F. (2010), S. 114f.

¹⁸⁷ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 39, sowie Bruhn, M. (2012), S. 12.

¹⁸⁸ Quelle: In Anlehnung an Bruhn, M. (2012), S. 12.

¹⁸⁹ Im Rahmen einer Krankenhausbehandlung wird das Variety Seeking weniger eine Rolle spielen, da hier zufriedene (genesene) Kunden keinen Grund haben, das Krankenhaus zu wechseln.

¹⁹⁰ Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 11-13.

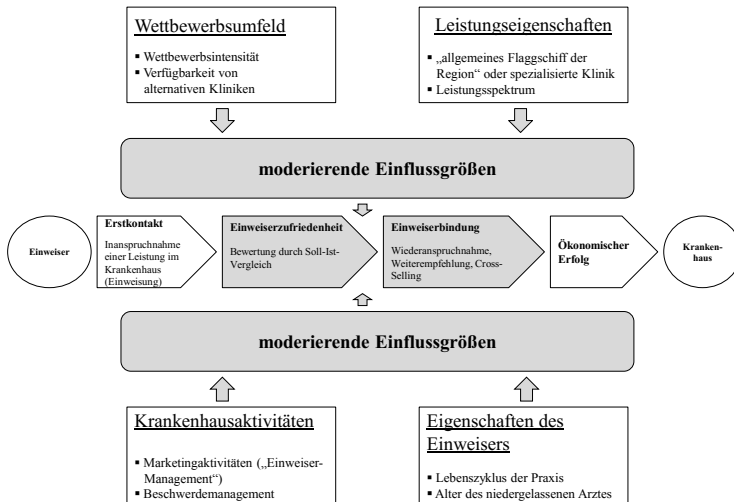
langfristig niederschlägt, auch wenn die ersten Schritte der Erfolgskette mitunter zügig durch das Unternehmen realisiert werden können.¹⁹¹

Im Krankenhausbereich ist das Denken in einer erfolgsrelevanten Wirkungskette möglich, in dem z.B. über die Einweiserzufriedenheit Einweiserbindung und somit durch regelmäßige Fallzuweisungen ökonomischer Erfolg erzielt werden kann. Hier gilt es ebenso, die moderierenden Variablen zu berücksichtigen. In diesem Fall sind nicht nur das Wettbewerbsumfeld, in dem sich das Krankenhaus befindet, sondern auch deren Leistungseigenschaften sowie die Eigenschaften der niedergelassenen einweisenden Ärzte zu beachten. Die niedergelassenen Ärzte müssen durch vertrauensweckende Marketingmaßnahmen von Seiten der Kliniken überzeugt werden, in ein Krankenhaus im Bedarfsfall einzuweisen und künftig regelmäßig Krankenhausdienstleistungen in Anspruch zu nehmen.¹⁹² In nachfolgender Abbildung ist die erfolgsrelevante Wirkungskette einer Klinik, die die moderierenden Einflussgrößen, welche den Zusammenhang zwischen Einweiserzufriedenheit und -bindung beeinflussen, abgebildet.¹⁹³

¹⁹¹ Vgl. Leußer, W., Hippner, H., Wilde, K.D. (2011), S. 21.

¹⁹² Vgl. Braun, G., Nissen, J. (2005), S. 379f.

¹⁹³ Verschiedene Studien zur Einweiserzufriedenheit kommen zu dem Ergebnis, dass die niedergelassenen Ärzte vordergründig Wert auf die Kernprodukte des Krankenhauses und somit die Qualität der Behandlung und den Ruf des Krankenhauses sowie der Klinikärzte legen. Ein breites Spektrum an Fortbildungsangeboten beispielsweise spielt hingegen eher eine untergeordnete Rolle. Vgl. Braun, G., Nissen, J. (2005), S. 376 ff. sowie Hesse, A., Schreyögg, J. (2007), S. 310ff.

Abbildung 11: Die Erfolgskette im Krankenhaus und deren moderierende Einflussgrößen¹⁹⁴

Letztlich gilt es, die unternehmensexternen und -internen „Störfaktoren“ zu kontrollieren, um das Ziel einer umfassenden Kundenorientierung im Rahmen der Erfolgskette zu erreichen.¹⁹⁵

2.3.3 Der Kundenmanagementprozess

2.3.3.1 Vorbemerkung

Zur Einführung bzw. Umsetzung eines systematischen Kundenbeziehungsmanagements in einem Unternehmen bedarf es einer strukturierten Vorgehensweise. Im Rahmen des Marketingmanagements haben sich, in Anlehnung an den klassischen Managementprozess, die vier Phasen der Analyse, Planung, Implementierung und Kontrolle etabliert. Dabei besteht der Prozess der kundenorientierten Unternehmensführung idealtypischer Weise aus inhaltlich und zeitlich aufeinander aufbauenden Prozessschritten. Die einzelnen Phasen allerdings können inhaltlich wechselseitige Abhängigkeiten aufweisen.¹⁹⁶ Im Folgenden werden die einzelnen Phasen überblicksartig dargestellt.

¹⁹⁴ Quelle: Braun, G., Nissen, J. (2005), S. 380.

¹⁹⁵ Vgl. Bruhn, M. (2012), S. 13.

¹⁹⁶ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 41.

Dabei orientiert sich die Darstellung hauptsächlich an Ausführungen von Bruhn¹⁹⁷ und Raab¹⁹⁸.

2.3.3.2 Die Analyse der Ist-Situation

Die erste Phase der kundenorientierten Unternehmensführung ist typischerweise die **Analysephase**. Im Rahmen dieses Prozessschrittes gilt es, zunächst die Ist-Situation des Unternehmens zu analysieren. Dabei gliedert sich die Bestandsaufnahme der Ausgangssituation in eine externe und eine interne Analyse. Der erste Teil der *externen Analyse* ist die Betrachtung des Makroumfeldes des Unternehmens, das die grundlegenden politisch-rechtlichen, sozio-kulturellen und auch wirtschaftlichen Rahmenbedingungen festlegt. Des Weiteren wird im Zuge der externen Analyse das Mikroumfeld analysiert. Hierbei werden nicht nur der (regionale) Markt und die Wettbewerber, sondern ebenso die Kunden betrachtet.¹⁹⁹

Eine *Kundenanalyse* gilt es speziell zur Beurteilung der Chancen und Risiken bisheriger und potenzieller Kundenbeziehungen durchzuführen. Dabei können, entsprechend der Erfolgskette der Kundenorientierung, insbesondere Daten zur Kundenzufriedenheit, -bindung und zum Wertbeitrag der Kunden (zum Unternehmenserfolg) erhoben werden.²⁰⁰ Die Situationsanalyse erfolgt in der Regel mit Hilfe der Methoden der Marktforschung. Hierbei können sowohl eigens für eine bestimmte Fragestellung erhobene Daten (Primärdaten) Anwendung finden als auch auf bereits vorhandene Daten (Sekundärdaten) zurückgegriffen werden. Typische Instrumente der Primärforschung, um Präferenzen zu ermitteln, sind dabei Befragungen oder Beobachtungen.²⁰¹ Bei der Analyse der Kundenzufriedenheit können so Informationen zur Umsetzung der Kundenorientierung aus Kundensicht gewonnen und im Zuge der Kundenbindungsanalyse Kunden identifiziert werden, die langfristige Beziehungen anstreben und somit besonders interessant für das Unternehmen sind. Hierbei sind z.B. Daten bezüglich des Wiederkaufverhaltens oder das Kommunikationsverhalten von Kunden gegenüber

¹⁹⁷ Vgl. Bruhn, M. (2009a).

¹⁹⁸ Vgl. Raab, A., Drissner, A. (2011a).

¹⁹⁹ Vgl. Raab, A., Drissner, A. (2011d), S. 34.

²⁰⁰ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 41. Zu näheren Ausführungen der Thematik des Kundenwerts vgl. auch Kap. 3.2.

²⁰¹ Vgl. Schreyögg, J. (2010), S. 153.

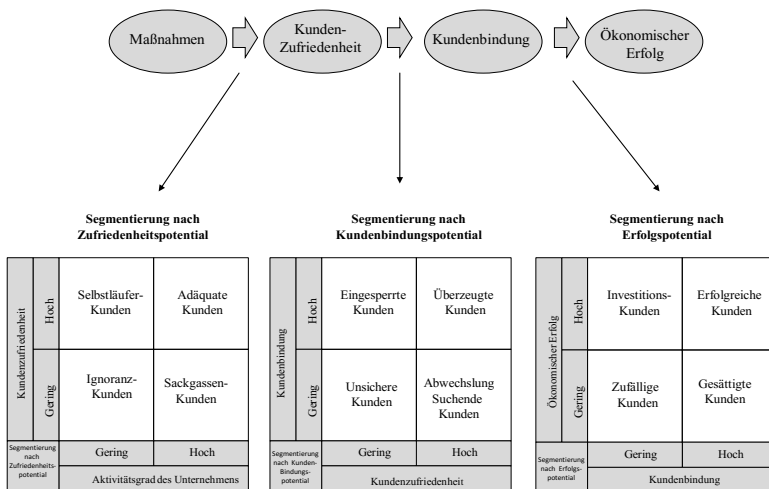
anderen möglichen Kunden relevant. Letztlich kann über die Ermittlung des Kundenwerts die Profitabilität der Kunden ermittelt werden.²⁰²

Des Weiteren bedarf es der *Kundensegmentierung*, um letztlich (kunden-)spezifische Maßnahmen erarbeiten zu können. Hierbei kann auf die zwei grundlegenden Konzepte des Kundenmanagements, den Kundenbeziehungslebenszyklus und die Erfolgskette der Kundenorientierung, zurückgegriffen werden. Somit können die Kundenbeziehungen in die verschiedenen Phasen der Akquisition, Bindung und Rückgewinnung unterschieden und gezielt Anhaltspunkte für die Steuerung dieser geliefert werden.²⁰³ Während Kunden in der Akquisitionsphase zwar möglicherweise Interesse für ein Unternehmen zeigen, ist dennoch nicht sicher, ob sich diese letztlich für dieses entscheiden. Daher stehen mitunter hohe Akquisitionskosten seitens des Unternehmens geringen ökonomischen Beiträgen des Kunden für das Unternehmen entgegen. Während im Rahmen der Kundenbindungsphase die Intensität der Beziehung und somit auch die Preisbereitschaft des Kunden zunehmen, sinken aufgrund von Erfahrungseffekten tendenziell die Kosten. Infolge der unterschiedlichen Kundenbeziehungsphasen ist es sinnvoll, die Kundenbeziehungen nach den Teilen der Erfolgskette zu gruppieren. Bruhn klassifiziert die Kundenbeziehungen ebenso nach ihrem Zufriedenheits-, Bindungs- und Erfolgspotenzial. Wie in nachfolgender Abbildung erkennbar, kann mit Hilfe der Portfoliotechnik eine Segmentierung der Kunden auf den drei genannten Ebenen und somit eine zielgerichtete Maßnahmenplanung und Kundenbearbeitung stattfinden.²⁰⁴

²⁰² Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 41, 42. Zu der Thematik des Kundenwerts vgl. Kap. 3.2.

²⁰³ Vgl. hierzu Kap. 2.3.

²⁰⁴ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 44.

Abbildung 12: Portfolios im Rahmen einer beziehungsorientierten Kundensegmentierung²⁰⁵

Die Einteilung nach dem Zufriedenheitspotential ergibt sich durch die Betrachtung des Grades der Aktivitäten eines Unternehmens auf der einen und der Zufriedenheit des Kunden auf der anderen Seite. Reagieren die Kunden auf Unternehmensaktivitäten nicht mit Zufriedenheit, wie beabsichtigt, so handelt es sich beispielsweise um sogenannte „Sackgassen-Kunden“, und es ist zu analysieren, ob die (aus Kundensicht) relevanten Leistungsmerkmale durch das Unternehmen ausreichend fokussiert wurden. Das Kundenbindungspotenzial kann durch die Gegenüberstellung der Kundenzufriedenheit mit der Kundenbindung analysiert werden. Infolgedessen können z.B. „Überzeugte Kunden“ identifiziert werden, bei denen weitere Maßnahmen der Zufriedenheit bzw. Bindung aus Unternehmensperspektive sinnvoll sind. Im Rahmen der dritten Ebene, dem Erfolgspotenzial, kann schließlich überprüft werden, bei welchen Kunden weitere Anstrengungen der Kundenbindung zu einem höheren Kundenwert führen.²⁰⁶

²⁰⁵ Quelle: Bruhn, M. (2009a), S. 45.

²⁰⁶ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 44f.

Ergänzend zur externen erfolgt die *interne Analyse*, in der die Stärken und Schwächen analysiert werden. Abschließend kann durch die Gegenüberstellung der Stärken und Schwächen mit den Chancen und Risiken eine SWOT-Analyse durchgeführt werden.²⁰⁷

Aufbauend auf die Analyse der Ist-Situation, gilt es Ziele zu definieren. Dabei können verschiedene Zielkategorien unterschieden werden. Größen, wie das Image oder die Kundenzufriedenheit, zählen dabei zu kundenbezogenen psychologischen Zielen, während kundenbezogene ökonomische Ziele z.B. der Kundendeckungsbeitrag oder der Customer Lifetime Value sind. Grundsätzlich sind die kundenbezogenen psychologischen Ziele Voraussetzung für die Erreichung der ökonomischen Ziele.²⁰⁸ Bei der Formulierung der Ziele sollte darauf geachtet werden, dass diese nicht nur realistisch und motivierend, in Teilziele untergliederbar, terminiert und nachvollziehbar, sondern ebenso operationalisierbar sind.²⁰⁹

2.3.3.3 Die Steuerungs- bzw. Planungsphase

Nach der Analysephase folgt die **Steuerungs- bzw. Planungsphase**. Nach der Analyse der Ist-Situation und der Festlegung der Ziele (Soll-Situation) wird nun der Weg zur Zielerreichung, die Strategie, fixiert.²¹⁰ Aus den zuvor definierten Zielen werden Ziele zur Akquisition, Bindung, und Rückgewinnung von Kunden festgehalten.²¹¹ Bruhn bezeichnet diesen Schritt als die *strategische Steuerungsphase*, im Rahmen dieser die grundlegende Ausrichtung eines Unternehmens festgelegt und ein Großteil der Unternehmensaktivitäten im Zuge der Kundenorientierung koordiniert wird. Hierbei sollten vordergründig in den drei Phasen der Akquisition, Bindung und Rückgewinnung grundlegende Stoßrichtungen festgelegt werden.²¹² Beim Krankenhausmarketing gilt es ebenso auf der Grundlage der zuvor festgelegten Ziele die bestmögliche Kombination der Strategieoptionen abzustimmen. Zunächst können drei verschiedene Varianten der *kundenorientierten Strategien* unterschieden werden. Konzentriert sich ein Krankenhaus insbesondere auf das Patientenmarketing, um (potenzielle) Patienten zu gewinnen, so

²⁰⁷ Vgl. Raab, A., Drissner, A. (2011d), S. 34.

²⁰⁸ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 42, 43. Eine andere Kategorisierung von Zielen ist bspw. die Unterteilung in Marketingziele, Prozessziele und Ökonomische Ziele. Vgl. hierzu Raab, A., Drissner, A. (2011j), S. 74ff.

²⁰⁹ Vgl. Hofbauer, G., 'Schweidler, A. (2006), S. 199 zitiert nach Raab, A., Drissner, A. (2011j), S. 75.

²¹⁰ Vgl. Raab, A., Drissner, A. (2011d), S. 34.

²¹¹ Vgl. Schreyögg, J. (2010), S. 153.

²¹² Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 46.

handelt es sich um die *Pull-Marketing-Strategie*. Wendet sich ein Klinikum hingegen zunächst an die niedergelassenen Ärzte, um über diese an die Zielgruppe der Patienten zu gelangen, spricht man von der *Push-Marketing-Strategie*. Im Rahmen des *Kooperationsmodells* werden sowohl die Patienten selbst als auch die niedergelassenen Ärzte als „Vermittler“ angesprochen, mit der Annahme, dass sich beide Zielgruppen gegenseitig beeinflussen.²¹³

Neben der Festlegung für eine kundenorientierte Strategie sollte das Krankenhaus ebenso eine *Marktfeld-* als auch eine *Marktparzellierungsstrategie* bestimmen. Im Rahmen der Marktfeldstrategien lassen sich wiederum, in Anlehnung an die Leistungs-Markt-Matrix nach Ansoff²¹⁴, vier Strategievarianten unterscheiden, von denen eine oder auch eine Kombination aus verschiedenen verfolgt werden kann. Neben einer Marktdurchdringung, einer Marktentwicklung und einer Leistungsentwicklung ist ebenso eine (horizontale, vertikale oder laterale) Diversifikation denkbar. Während im Zuge der Marktdurchdringung der Fokus auf bisher angebotenen Leistungen und damit dem Versuch, die Anzahl der Fallzuweisungen von Einweisern, die bisher schon einweisen, zu erhöhen, liegt, gilt es bei einer Marktentwicklung den bisherigen Einweiserkreis, z.B. auf vorherige Nicht-Einweiser, auszuweiten. Wird das aktuelle Dienstleistungsangebot des Krankenhauses ausgeweitet, so spricht man von der Leistungsentwicklung, wird dann auch noch zusätzlich eine neue Zielgruppe bearbeitet, handelt es sich um die Form der Diversifikation. Letztlich bleibt noch die Entscheidung für ein sogenanntes Massen- oder segmentspezifisches Marketing, bei dem der Markt in verschiedene Segmente untergliedert wird und eine differenzierte Marktbearbeitung stattfindet.²¹⁵

Im Anschluss an die strategische folgt, nach Bruhn, die *operative Steuerungsphase*.²¹⁶ Grundsätzlich können die festgelegten Strategien im Rahmen des klassischen *Marketing-Mix* operationalisiert werden.²¹⁷ Hierbei weist Bruhn darauf hin, dass sich die Funktionalität der Marketinginstrumente dann erhöht, wenn sich diese inhaltlich an den Phasen der Kundenbeziehung orientieren.²¹⁸ Im Dienstleistungsbereich bzw. im Gesund-

²¹³ Vgl. Riegl, G.F. (2000), S. 263 und Haseborg, F., Zastrau, R. (2008), S. 250 zitiert nach Raab, A., Drissner, A. (2011c), S. 76.

²¹⁴ Vgl. Ansoff, H.I. (1966), S. 13ff. zitiert nach Raab, A., Drissner, A. (2011c), S. 79.

²¹⁵ Vgl. Raab, A., Drissner, A. (2011c), S. 77ff.

²¹⁶ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 40, 48.

²¹⁷ Vgl. Schreyögg, J. (2010), S. 153.

²¹⁸ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 49.

heitswesen können die klassischen 4 P's („product“, „price“, „place“, „promotion“) um die 3 P's „players“, „processes“ und „positioning“ ergänzt werden. Während mit „players“ die Beachtung der Erwartungen aller Beteiligten gemeint ist, steht „process“ für die Berücksichtigung der Prozessabläufe und „positioning“ für die Positionierung, bei der sowohl die Prozesse als auch die Akteure berücksichtigt werden.²¹⁹ Die Instrumente des Marketings werden dann in den spezifischen Phasen der Kundenbeziehung eingesetzt. Im Rahmen der Akquisitionsphase werden z.B. im Zuge der Leistungspolitik durch Zertifikate oder Qualitätsgarantien Empfehlungen an den Kunden abgegeben und ein attraktives Leistungsangebot aufgezeigt, das mit Hilfe der Kommunikationspolitik, die ein Qualitätsimage aufbaut, den Bekanntheitsgrad des Unternehmens erhöht. Im Rahmen der Kundenbindungsphase kann dann z.B. mit Hilfe der Leistungspolitik eine hohe Dienstleistungsqualität aufrechterhalten und in der Folge Kundenzufriedenheit bzw. -bindung erzeugt werden. Auch bei der Kundenrückgewinnungsphase können die Marketinginstrumente gezielt eingesetzt werden und z.B. im Zuge der Leistungspolitik durch Qualitätsmessungen Leistungsdefizite identifiziert werden. Somit können die Marketinginstrumente gezielt in den Kundenbeziehungsphasen eingesetzt werden.²²⁰

Im Krankenhaus spielen, bei der Gestaltung der Marketinginstrumente, letztlich lediglich fünf P's eine Rolle. Neben der Leistungs-, Kommunikations- und Personalpolitik sind auch die Prozesspolitik und das Ambiente von Bedeutung. Da die Kosten nicht von den Patienten, sondern von den Krankenkassen getragen werden, ist die Preispolitik im Rahmen der Marketingaktivitäten nicht relevant.²²¹ Auch die distributionspolitischen Maßnahmen spielen keine Rolle, da ausschließlich das Krankenhaus der Ort der Leistungserbringung ist.²²²

²¹⁹ Vgl. Schreyögg, J. (2010), S. 153. Um die besondere Bedeutung von Humanressourcen und der Personalpolitik in Dienstleistungsbereichen zu betonen, werden in Dienstleistungsbereichen, wie beispielsweise einer Arztpraxis, die 2 P's „players“ und „positioning“ auch häufig durch die im Dienstleistungsmarketing sonst üblichen „personell“ und „physical facilities“ ersetzt. Vgl. Schreyögg, J. (2010), S. 153f. Zu den Marketinginstrumenten im Krankenhaus vgl. auch Lüthy, A., Buchmann, U. (2009), S. 50.

²²⁰ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 49ff.

²²¹ Im Krankenhaus spielt, bei der Kundengruppe der Patienten, lediglich bei Wahl- oder (unentgeltlichen) Serviceleistungen ein gewisser preispolitischer Spielraum eine Rolle. Vgl. Janßen, U., Schmidt Eva-Maria (2007), S. 125. Auch in Bezug auf die Kundengruppe der niedergelassenen Ärzte ist die Preispolitik irrelevant, da die Leistungen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert werden. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit.

²²² Vgl. Lüthy, A., Buchmann, U. (2009), S. 50.

2.3.3.4. Die Phase der Implementierung

Nach der Analyse der Ist-Situation und der Steuerungs- bzw. Planungsphase erfolgt die **Implementierungsphase**. Hierbei münden die entwickelten Ziele bzw. Strategien letztlich in operative Maßnahmen. Während die Konzeptionierung einer kundenorientierten Unternehmensführung meist gut zu bewältigen ist, gestaltet sich die Implementierung hingegen oft schwieriger. Eine besondere Rolle spielt hierbei die interne Realisierung. Dazu gilt es nicht nur Anpassungen im Rahmen der Organisationsstrukturen und der Managementsysteme sondern ebenso in der Unternehmenskultur zu bewerkstelligen.²²³ Zur Umsetzung einer am Kunden orientierten Organisationsstruktur können unterschiedliche Maßnahmen dienen. Neben der Stärkung einer aufgabenübergreifenden Zusammenarbeit kann z.B. auch durch eine verbesserte Prozessorientierung das Ziel einer gesteigerten Kundenzufriedenheit erreicht werden.²²⁴ Im Krankenhaussektor gibt es meist großes Verbesserungspotenzial im Rahmen der Ablauforganisation, da ein Großteil der Ablaufprozesse bisher vordergründig an den Bedürfnissen des Personals angelehnt ist. Ebenso im Bereich der Managementsysteme bzw. bei der Orientierung der Organisationskultur an den Kundenbedürfnissen besteht im Krankenhausbereich Veränderungsbedarf. Im Rahmen einer kundenorientierten Unternehmenskultur im Krankenhaus gilt es, insbesondere das Personal bezüglich verschiedener Verhaltensgrundsätze gegenüber den Kunden zu schulen. Des Weiteren sind Qualitätsmanagementsysteme von zunehmender Bedeutung, um die Kundenzufriedenheit zu bessern und Kosteneinsparungen zu erzielen. Somit können nicht nur Kundenbedürfnisse ermittelt, sondern auch Qualitätsziele gesetzt, die notwendigen Ressourcen bereitgestellt und deren Wirksamkeit überprüft werden.²²⁵ Die Außenkommunikation im Rahmen des Qualitätsmanagements kann in Kliniken beispielsweise durch Zertifizierungen stattfinden.²²⁶

²²³ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 53.

²²⁴ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 53f.

²²⁵ Ein wichtiges System ist z.B. das EFQM-Modell, bei dem die Kundenorientierung als Teil des Qualitätsmanagements zählt. Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 166. Vgl. EFQM.

²²⁶ Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 166. Typische Zertifizierungsverfahren im Krankenhaussektor sind KTQ und DIN EN ISO. Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 166.

2.3.3.5 Die Kontrollphase

Letztlich schließt sich eine **Kontrollphase** an. In dieser werden die zuvor gesetzten Ziele und der Einsatz der Maßnahmen zur Kundenorientierung auf ihre erfolgreiche Umsetzung hin überprüft.²²⁷ Eine kontinuierliche Überprüfung der kundenorientierten Maßnahmen zählt dabei zu einem der wichtigsten Schritte im Rahmen des Kundenmanagementprozesses und trägt somit in hohem Maße zur Erreichung des Unternehmenserfolgs bei. Die Ergebnisse der Kontrollphase können direkt in die folgenden strategischen Planungen einfließen und somit, im Falle der Verfehlung gewünschter Wirkungen, die Ziele angepasst oder gegebenenfalls sogar neu formuliert werden.²²⁸

Nach Bruhn können bei der Kontrolle der Kundenorientierung die marktbezogene und die unternehmensbezogene unterschieden werden. Während bei der *marktbezogenen Kontrolle* die (aus Perspektive der externen Kunden wahrgenommene) Kundenorientierung, -zufriedenheit, -bindung und der Kundenwert die zentralen Erfolgsgrößen sind, wird bei der unternehmensbezogenen Kontrolle eine Beurteilung interner Prozesse aus Unternehmenssicht vorgenommen.²²⁹ Im Rahmen der marktbezogenen Wirkungskontrolle können wiederum *vorökonomische*, wie die Kundenzufriedenheit und -bindung, und ökonomische Größen, wie der Kundenwert, differenziert werden. Im Rahmen der Kundenzufriedenheitsmessungen existieren verschiedene Verfahren. Neben einer merkmalsbezogenen Messung, bei der die Zufriedenheit der Kunden anhand von Leistungsmerkmalen erhoben wird, kann die Messung ebenso problem- oder ereignisorientiert erfolgen. Im Gegensatz zur ereignisorientierten Messung, bei der relevante Einzelereignisse abgefragt werden, werden bei der problemorientierten Messung vordergründig negative Kundenerfahrungen erhoben.²³⁰ Im Rahmen der merkmalsbezogenen Kundenzufriedenheitsmessung im Krankenhaus können Kliniken z.B. bei schriftlichen Befragungen die Kundenwahrnehmung in Bezug auf bestimmte Leistungsmerkmale der Krankenhausdienstleistung erlangen. Aber auch die problem- und ereignisorientierten Verfahren sind im Krankenhausbereich, aufgrund der intensiven Kundenbeteiligung im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses, von besonderer Be-

²²⁷ Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 166.

²²⁸ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 57f.

²²⁹ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 58, 60.

²³⁰ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S.59.

deutung.²³¹ Die Messung der Kundenbindung kann intentional, durch die Messung des beabsichtigten Verhaltens der Kunden, oder faktisch, im Rahmen der Messung des tatsächlichen Kundenverhaltens, erfolgen.²³² Die *ökonomische Wirkungskontrolle* erfolgt durch die Messung des Kundenwerts. Auch hier gibt es wiederum verschiedene Messverfahren.²³³ Neben heuristischen Messansätzen, bei denen z.B. im Zuge von Kunden-Portfolios grobe Richtwerte zur Beurteilung des Kundenwerts getroffen werden, können bei den quasi-analytischen Verfahren auch monetäre Werte, wie der Customer Lifetime Value, ermittelt werden. Hierbei werden die Kundenbeziehungen aus einer investitionsorientierten Perspektive als Investitionsfelder betrachtet.²³⁴ Die Interpretation des Customer Lifetime Value im Krankenhaus sollte allerdings recht großzügig erfolgen. In diesem Fall müssen vor allem zusätzliche Faktoren, wie das Weiterempfehlungsverhalten, Berücksichtigung finden.²³⁵

Neben der marktbezogenen kann bei der Kontrolle der Kundenbeziehung, wie bereits erwähnt, auch die unternehmensbezogene Perspektive herangezogen werden. Im Rahmen der *unternehmensbezogenen Kontrolle* können neben der internen Kundenorientierung auch die extern wahrgenommene Kundenorientierung unternehmensintern analysiert werden. Bei der Messung der internen Kundenorientierung findet eine Bewertung der Unternehmensprozesse durch die Mitarbeiter statt. Hierbei wird beispielsweise das Arbeitsumfeld oder der Arbeitsplatz untersucht. Im Rahmen der internen Messung, der von den Kunden wahrgenommenen Kundenorientierung, wird aus unternehmensinternen Sicht erfasst, wie die Kundenorientierung durch das Unternehmen gegenüber den Kunden verwirklicht wird. Hierbei können sowohl die institutionelle als auch die personelle Kundenorientierung analysiert werden.²³⁶

²³¹ Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 167.

²³² Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 59.

²³³ Vgl. zu den verschiedenen Messverfahren des Kundenwerts auch Kap. 3.3.

²³⁴ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 59f.

²³⁵ Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 167. Vgl. hierzu auch Kap. 3.3.2.

²³⁶ Vgl. Bruhn, M. (2009a), S. 60f.

2.4 Rechtliche Rahmenbedingungen für das Kundenbeziehungsmanagement in Kliniken

2.4.1 Grundsätzliche Regelungen bei Werbemaßnahmen der Krankenhäuser

Im Rahmen des Kundenmanagements in Krankenhäusern gibt es, insbesondere im Bereich der Kundenakquisition, d.h. im Rahmen der Ansprache von (Neu-)Kunden, grundlegende rechtliche Restriktionen²³⁷ zu beachten.²³⁸ Unabhängig von ihrer Rechtsform oder der Trägerschaft unterliegen Krankenhäuser dem allgemeinen Wettbewerbsrecht, da es keine speziell für das Krankenhaus entwickelten rechtliche Vorgaben bzw. Gesetze gibt. Krankenhäuser müssen im Rahmen ihrer Außendarstellung insbesondere folgende rechtliche Vorschriften beachten: das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG), das Heilmittelwerbegesetz (HWG) und Rechtsvorschriften des ärztlichen Berufsrechts (MBO-Ä). Ziel dieser rechtlichen Einschränkungen ist insbesondere die Vermeidung einer Kommerzialisierung des Arztberufes und die Verhinderung des Ausnutzens des Vertrauens der Patienten. Dabei gilt es bei der Gestaltung einer Werbemaßnahme durch das Krankenhaus stets zu prüfen, ob die Anwendung aller drei Regelwerke vonnöten ist, da diese grundsätzlich unabhängig voneinander zu betrachten sind.²³⁹ Es muss eine exakte Unterscheidung des Informationsabsenders stattfinden. Dabei können Informationen von einem (Krankenhaus-)Arzt oder von der Institution Krankenhaus ausgehen. Generell gelten für das Krankenhaus zunächst das UWG und das HWG. Das ärztliche Berufsrecht gilt nur im Ausnahmefall des Verbots der Fremdwerbung für Ärzte, während für Ärzte das ärztliche Berufsrecht ohne Einschränkungen gilt. Aber auch je nach Informationsempfänger ergeben sich unterschiedlich zu beachtende gesetzliche Vorgaben. Hierbei wird unterschieden in Personen, die dem Fachkreis angehören, Ärzte, und diejenigen, die außerhalb dessen sind, die Patienten bzw. die Öffentlichkeit.²⁴⁰ Damit unterliegen Kliniken bei der Ausrichtung von Werbemaßnahmen für niedergelassene Ärzte, und damit Mitglieder des Fachkreises, mitunter weniger strengen Regeln, als dies im Rahmen von Werbemaßnahmen für Patienten, als medizinische Laien, der Fall ist.²⁴¹

²³⁷ Alle Angaben zu den rechtlichen Rahmenbedingungen beziehen sich auf den im Jahr 2013 geltenden Stand.

²³⁸ Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 167.

²³⁹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 3.

²⁴⁰ Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 168.

²⁴¹ Vgl. Legl, K. (2011b), S. 182.

Weiterführende gesetzliche Regelungen, die es z. B. bei der Erstellung und Gestaltung einer Krankenhaushomepage zu beachten gilt, finden sich in den generell geltenden Regelungen des Informations- und Kommunikationsdienste-Gesetzes (IuKDG) und in denen des Medienstaatsvertrags (MSfV).²⁴²

In den folgenden Punkten sollen die wichtigsten gesetzlichen Rahmenbedingung, das UWG, das HWG und die Vorschriften des ärztlichen Berufsrechts, überblicksartig dargestellt werden. Dabei wird im Folgenden vordergründig auf den Zweck bzw. den Anwendungsbereich der Norm, einzelne Verbotstatbestände sowie die Folgen des Verstoßes eingegangen.

2.4.2 Das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb

Das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb regelt (zivilrechtlich) die Rechtsbeziehungen unter Wettbewerbern.²⁴³ Es „dient dem Schutz der Mitbewerber, der Verbraucherinnen und Verbraucher sowie der sonstigen Marktteilnehmer vor unlauteren geschäftlichen Handlungen. Es schützt zugleich das Interesse der Allgemeinheit an einem unverfälschten Wettbewerb.“²⁴⁴ Daraus ergibt sich, dass das Gesetz zum einen den Zweck verfolgt, die Verbraucher in ihrer Entscheidungsfreiheit zu schützen. D.h., diese sollen sich frei zwischen den Angeboten unterschiedlicher Unternehmen entscheiden können, ohne dabei unzulässig beeinflusst zu werden. Und zum anderen dient es dem Schutz der Wettbewerber, sich ohne unlautere Methoden durch andere Wettbewerber am Markt frei entfalten zu können.²⁴⁵ Anwendung findet das Gesetz bei so genannten geschäftlichen Handlungen, die Personen „zugunsten des eigenen oder eines fremden Unternehmens vor, bei oder nach einem Geschäftsabschluss, das mit der Förderung des Absatzes oder des Bezugs von Waren oder Dienstleistungen oder mit dem Abschluss oder der Durchführung eines Vertrags über Waren oder Dienstleistungen objektiv zusammenhängt“²⁴⁶, tätigen. Folglich handeln Kliniken, die mit Öffentlichkeitsarbeit und Werbemaßnahmen versuchen möglichst viele Patienten für ihr Haus zu gewinnen, im Sinne ihres Unternehmens. Daneben findet das Gesetz auch Anwendung bei der reinen „Image-Werbung“, auch wenn diese dem Geschäftsabschluss vorgelagert ist. Ausschlaggebend ist

²⁴² Vgl. Helmig, B., Graf, A. (2010), S. 168.

²⁴³ Vgl. Schade, H.-J. (2003), S. 68.

²⁴⁴ § 1 UWG.

²⁴⁵ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 43.

²⁴⁶ § 2 Abs. 1 Satz 1 UWG.

hier, dass die Verbraucherentscheidung durch die geschäftliche Handlung beeinflussbar ist. Durch die Werbung des Krankenhauses kann es gelingen, dass mehr Patienten in die Klinik kommen und dadurch der Absatz begünstigt wird. Daher handelt es sich um ein Verhalten, das objektiv mit der positiven Beeinflussung des Absatzes zusammenhängt.²⁴⁷

Daher bleibt festzuhalten, dass es sich bei Werbemaßnahmen bzw. der Öffentlichkeitsarbeit eines Krankenhauses um dem Wettbewerb dienliche geschäftliche Handlungen handelt und dass diese Maßnahmen nach den Rechtsvorschriften des UWG zu überprüfen sind.²⁴⁸ Damit stellt das UWG ein Risiko für diejenigen Kliniken dar, die sich unzulässiger Werbemethoden bedienen, da Krankenhäusern die Möglichkeit offen steht, sich gegen wettbewerbswidrige Werbemaßnahmen von Mitkonkurrenten zu wehren.²⁴⁹

Grundsätzlich werden im Rahmen der Paragraphen 3-7 des UWG die grundlegenden Verbotstatbestände der unlauteren geschäftlichen Handlungen (Generalklausel), der irreführenden geschäftlichen Handlung, der Irreführung durch Unterlassen, die vergleichende Werbung sowie die unzumutbaren Belästigungen dargestellt.²⁵⁰ Auf diese wird nun kurz, speziell mit dem Bezug zu Werbemaßnahmen durch das Krankenhaus, Bezug genommen.

Zunächst wird im Rahmen der Generalklausel (in § 3 UWG) erläutert, dass unlautere geschäftliche Handlungen dann unzulässig sind, „wenn sie geeignet sind, die Interessen von Mitbewerbern, Verbrauchern oder sonstigen Marktteilnehmern spürbar zu beeinträchtigen.“²⁵¹ Damit wird jede unlautere geschäftliche Handlung verboten.²⁵² Eine Aufführung konkreter Beispiele in den §§ 4 bis 7 UWG soll den Begriff der unlauteren geschäftlichen Handlung weiter konkretisieren.²⁵³ Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 handelt man unlauter, wenn man „geschäftliche Handlungen vornimmt, die geeignet sind, die Entscheidungsfreiheit der Verbraucher oder sonstiger Marktteilnehmer durch Ausübung von Druck, in menschenverachtender Weise oder durch sonstigen unangemessenen

²⁴⁷ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 43f.

²⁴⁸ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 45.

²⁴⁹ Vgl. Schade, H.-J. (2003), S. 68.

²⁵⁰ Vgl. § § 3-7 UWG.

²⁵¹ § 3 Abs. 1 UWG. Der Begriff der „unlauteren geschäftlichen Handlung“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der erst durch Fallgestaltungen in der Realität konkretisiert wird. Eine etwas genauere Konkretisierung findet sich in § 3 Abs. 2 UWG. Auf einen Anhang mit einer Beispielliste unzulässiger Handlungen gegenüber Verbrauchern weist § 3 Abs. 3 UWG hin.

²⁵² Vgl. Lüthy, A., Buchmann, U. (2009), S. 271.

²⁵³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 46.

unsachlichen Einfluss zu beeinträchtigen²⁵⁴, oder nach § 4 Abs. 1 Satz 10, wenn „Mitbewerber gezielt behindert“²⁵⁵ werden.²⁵⁶

Nach § 5 UWG handelt man ebenso unlauter, wenn man irreführende geschäftliche Handlungen vornimmt. Dabei ist „eine geschäftliche Handlung [...] irreführend, wenn sie unwahre Angaben enthält oder sonstige zur Täuschung geeignete Angaben über [bestimmte, in § 5 Abs. 1 Satz 2 UWG aufgelistete] Umstände enthält.“²⁵⁷ Ein Krankenhaus muss hier z.B. besonders darauf achten, ob es sich als „Fachklinik für ...“ bezeichnen darf. Hier ist die bloße Beschäftigung mit einem bestimmten Fachgebiet nicht ausreichend. Darüber hinaus ist beispielsweise eine spezielle Qualifikation des Krankenhauspersonals als Voraussetzung anzusehen, damit die Bezeichnung nicht irreführend ist.²⁵⁸ Gleichfalls kann das Verschweigen oder gänzliche Weglassen wichtiger Informationen eine irreführende geschäftliche Handlung bedeuten, wenn hierdurch der Verbraucher in seiner Entscheidungsfreiheit beeinflusst wird. Der Tatbestand der Irreführung durch Unterlassen wird in § 5 a UWG erläutert.²⁵⁹

Kliniken müssen des Weiteren bei der vergleichenden Werbung, d.h. wenn sie ihr Angebot vergleichend zu dem anderer Kliniken bewerben, auf die rechtlichen Rahmenbedingungen achten. Eine vergleichende Werbung ist nur dann zulässig, wenn diese der Wahrheit entspricht, sachlich korrekt und vollständig ist und keinen falschen oder verzerrten Eindruck über den Wettbewerber enthält. Die genauen Anforderungen dazu regelt § 6 UWG.²⁶⁰

In § 7 UWG wird ebenfalls festgehalten, dass eine geschäftliche Handlung nicht zulässig ist, wenn Marktteilnehmer dadurch unzumutbar belästigt werden.²⁶¹ „Dies gilt insbesondere für Werbung, obwohl erkennbar ist, dass der angesprochene Marktteil-

²⁵⁴ § 4 Abs. 1 Satz 1 UWG.

²⁵⁵ § 4 Abs. 1 Satz 10 UWG.

²⁵⁶ Zu Beispielen der unlauteren geschäftlichen Handlung vgl. § 4 UWG.

²⁵⁷ § 5 Abs. 1 Satz 2 UWG.

²⁵⁸ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 52.

²⁵⁹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 55.

²⁶⁰ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 56.

²⁶¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 58.

nehmer diese Werbung nicht wünscht.²⁶² Wettbewerbswidrig im Bereich der Klinikwerbung sind daher z.B. unaufgeforderte E-Mail-Nachrichten oder Telefongespräche.²⁶³

In den §§ 8 bis 9 UWG werden letztlich die Folgen bei einem Verstoß gegen das UWG geregelt. In der Regel kommt es bei der Beanstandung von Werbemaßnahmen zu Unterlassungsansprüchen.²⁶⁴

2.4.3 Das Heilmittelwerbegesetz

Das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz - HWG) „findet Anwendung auf die Werbung für Arzneimittel im Sinne des § 2 des Arzneimittelgesetzes, Medizinprodukte im Sinne des § 3 des Medizinproduktegesetzes, andere Mittel, Verfahren, Behandlungen und Gegenstände, soweit sich die Werbeaussage auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bei Mensch oder Tier bezieht, sowie operative plastisch-chirurgische Eingriffe, soweit sich die Werbeaussage auf die Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit bezieht.“²⁶⁵ Durch Ver- und Gebote für Werbung im Bereich des Heilwesens verfolgt das HWG das Ziel, fachunkundige Patienten und Verbraucher vor unsachgemäßer Beeinflussung zu schützen. Dabei findet das HWG nicht lediglich Anwendung für Betreiber von ärztlichen Einrichtungen oder Ärzten, sondern auf jeden, der Werbemaßnahmen, wie sie im HWG geregelt sind, betreibt, so auch für Krankenhäuser.²⁶⁶ Das Tatbestandsmerkmal der Werbung wird im HWG allerdings nicht definiert. Der Begriff der Werbung wird im HWG nicht unterteilt in die Werbung im eigentlichen Sinne und die Öffentlichkeitsarbeit. Lediglich die Unterscheidung in zulässige und unzulässige Werbung spielt bei der rechtlichen Bewertung von öffentlichkeitswirksamen Handlungen seitens eines Krankenhauses eine Rolle. Daher müssen Kliniken bei öffentlich wirksamen Maßnahmen stets prüfen, ob diese, wenn sie unter die Regelungen des HWG fallen, zulässig sind. Das HWG findet dabei nur Anwendung, wenn sich die Werbeaussage auf bestimmte Behandlungen oder Verfahren z.B. das Diagnostizieren oder beispielsweise die Linderung

²⁶² § 7 Abs. 1 Satz 2 UWG.

²⁶³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 59.

²⁶⁴ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 59.

²⁶⁵ § 1 Abs. 1 HWG.

²⁶⁶ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 5 f. Die Regelungen des HWG sind teilweise sehr starr und bedürfen Änderungen. Hier ist ein zunehmender Liberalisierungstrend in der Rechtsprechung erkennbar. Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 6.

einer Krankheit, bezieht und durch werbende Textteile untermauert wird. Das heißt, dass das rein sachliche Informieren über das Leistungsangebot eines Krankenhauses unbedenklich ist, solange kein direkter Bezug zu konkreten Behandlungsmethoden oder Ähnlichem genommen wird.²⁶⁷ So ist eine Klinikbroschüre, in der nur die Klinik mit ihren Abteilungen und Ärzteteams vorgestellt wird, unbedenklich.²⁶⁸ Hierbei sollte stets eine sachliche Informationsübermittlung im Vordergrund stehen. Denn auch das sachliche Informieren über eine Klinik, sofern damit die Steigerung der Aufmerksamkeit an bestimmten (Dienst-)Leistungen, verbunden mit dem Ziel einer Absatzsteigerung, gewollt ist, fällt unter den Begriff der Werbung im Sinne des HWG.²⁶⁹

Im Rahmen des HWG wird zwischen Fachwerbung, die innerhalb der Personen des Fachkreises stattfindet, und Publikumswerbung, die sich an Patienten und potenzielle Verbraucher richtet, unterschieden. Dabei werden vor allem die Patienten und potenziellen Verbraucher als besonders schutzwürdig betrachtet.²⁷⁰ Folglich bestehen gegenüber dem Laienpublikum weitaus mehr Restriktionen als gegenüber dem Fachpublikum, da man davon ausgehen kann, dass fachunkundige Verbraucher die werbenden Aussagen weniger kritisch hinterfragen können.²⁷¹ Die begriffliche Definition eines Fachkreises findet sich in § 2 HWG.²⁷²

Insbesondere die §§ 3, 11 und 12 HWG sind für die Werbung im Gesundheitswesen zu betrachten.²⁷³ Daher wird im Folgenden kurz auf diese (praxisrelevanten) Verbotsstatbestände eingegangen.

In § 3 HWG ist der Tatbestand der Unzulässigkeit irreführender Werbung geregelt.²⁷⁴ Dabei handelt es sich um Irreführung, wenn falsche Angaben zu therapeutischen Behandlungsmethoden oder zu diagnostischen Wirkungen getroffen werden oder Nebenwirkungen verschwiegen bzw. unehrliche Erfolgsgarantien gegeben werden. Diese

²⁶⁷ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 6 f.

²⁶⁸ Vgl. Lüthy, A., Buchmann, U. (2009), S. 273.

²⁶⁹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 6 f. Vielfach ist die Unterscheidung in zulässige und unzulässige Werbung nur schwer möglich. Beispiele unterschiedlicher Gerichtsurteile, die dies verdeutlichen, finden sich in Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009) S. 7-8.

²⁷⁰ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 8.

²⁷¹ Vgl. Schade, H.-J. (2003), S. 64.

²⁷² Vgl. § 2 HWG.

²⁷³ Vgl. Lüthy, A., Buchmann, U. (2009), S. 272.

²⁷⁴ Vgl. § 3 HWG.

Vorschrift spielt dabei nicht nur bei Angaben zu Arzneimitteln, sondern insbesondere auch bei Angaben zum Unternehmen oder der Angabe von Titeln eine Rolle.²⁷⁵ Eine Besonderheit des § 3 HWG ist, dass ein Verstoß bzw. das vorsätzliche Verletzen dagegen, laut § 14 HWG, mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr bzw. mit einer Geldstrafe geahndet werden kann.²⁷⁶

In der Praxis spielen vor allem auch die §§ 11 und 12 HWG eine besondere Rolle, da diese bei der Zulässigkeitsprüfung verschiedener Werbemaßnahmen durch Gerichte häufig bedeutsam sind und Krankenhäusern mitunter die größten Einschränkungen auferlegen. § 11 HWG regelt das Werbeverbot außerhalb der Fachkreise.²⁷⁷ Nicht nur Krankenhäusern wird im Rahmen dieser Norm verboten, mittels der aufgeführten Tatbestände gegenüber (potentiellen) Patienten zu werben. Hervorzuheben sind insbesondere die Einzeltatbestände des Verbots der Werbung „mit Gutachten, Zeugnissen, wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen sowie mit Hinweisen darauf“²⁷⁸, „mit Angaben, daß das Arzneimittel, das Verfahren, die Behandlung, der Gegenstand oder das andere Mittel ärztlich, zahnärztlich, tierärztlich oder anderweitig fachlich empfohlen oder geprüft ist oder angewendet wird“²⁷⁹, „mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf“²⁸⁰, „mit der bildlichen Darstellung von Personen in der Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe, des Heilgewerbes oder des Arzneimittelhandels“²⁸¹, „mit fremd- oder fachsprachlichen Bezeichnungen, soweit sie nicht in den allgemeinen deutschen Sprachgebrauch eingegangen sind“ und „mit Äußerungen Dritter, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben, oder mit Hinweisen auf solche Äußerungen“^{282 283}.

Weitere Werbeverbote (mit Bezug auf spezifische Krankheiten) sind in § 12 HWG geregelt. Mit dieser Norm wird das Ziel verfolgt, Werbemaßnahmen mit Bezug auf

²⁷⁵ Zu dem Begriff der Irreführung vgl. ebenso § 5 UWG.

²⁷⁶ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 9f.

²⁷⁷ Vgl. § 11 HWG.

²⁷⁸ § 11 Abs. 1 Satz 1 HWG.

²⁷⁹ § 11 Abs. 1 Satz 2 HWG.

²⁸⁰ § 11 Abs. 1 Satz 3 HWG.

²⁸¹ § 11 Abs. 1 Satz 4 HWG.

²⁸² § 11 Abs. 1 Satz 11 HWG.

²⁸³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 11-21. Hier finden sich zu den einzelnen Tatbeständen ebenso Beispiele aus der Rechtsprechung.

spezielle schwerwiegende und meist chronisch verlaufende Krankheiten zu verbieten. Damit soll die Gefahr einer Selbstbehandlung bzw. einer Behandlung durch fachunkundige Personen vermieden werden. Für welche Krankheiten das Werbeverbot gilt, ist im Anhang zu § 12 HWG aufgeführt. Da die Auflistung der Krankheitsbilder recht umfangreich ist, wird die Werbemöglichkeit für Krankenhäuser in diesem Bereich bedeutend eingeschränkt.²⁸⁴

Bei einem Verstoß gegen das HWG handelt es sich grundlegend um Ordnungswidrigkeiten nach § 15 HWG, denen eine Geldstrafe folgen kann. Außer es handelt sich um einen Verstoß gegen § 3 HWG, dann stellt dies, wie bereits erwähnt, ein strafrechtliches Vergehen dar, dem (nach § 14 HWG) mit einer Geldstrafe oder bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe begegnet werden kann. Zusätzlich können Verstöße gegen das HWG gleichzeitig ein Verstoß gegen die Generalklausel des § 3 UWG bedeuten, da eine Verletzung des HWG in der Regel einen Verstoß gegen die „guten Sitten“ bedeutet. Auch zieht das Verstoßen gegen das HWG meist ein Verletzen des § 4 Nr. 11 UWG nach sich. Daraus ergibt sich, dass durch das Verletzen des HWG zusätzlich Unterlassungs- oder Schadenersatzansprüche über das UWG entstehen können. Ebenso müssen Krankenhäuser mit nicht unbeachtlichen wirtschaftlichen Folgen rechnen, sollten sie gegen § 16 HWG verstoßen. Demzufolge kann es dazu kommen, dass das von Kliniken erstellte Werbematerial, nach Ermessen eines Gerichtes bzw. einer Verwaltungsbehörde, gänzlich eingezogen und vernichtet wird. Um einen solchen finanziellen Verlust zu umgehen, sollten Werbematerialien stets im Sinne des HWG überprüft werden.²⁸⁵

2.4.4 Das Berufsrecht der Ärzte

Grundsätzlich sind die Krankenhäuser nicht unmittelbar an die standesrechtlichen Regelungen der Ärzteschaft gebunden. Dennoch besteht für Krankenhäuser eine unmittelbare Einschränkung durch die ärztlichen Berufsordnungen, da Kliniken gegenüber ihren beschäftigten Ärzten eine sogenannte Fürsorgepflicht innehaben. Das heißt, Krankenhäusern ist es untersagt, Auseinandersetzungen mit dem Berufsrecht der Ärzte zu verursachen.²⁸⁶ Somit sind Krankenhäuser als Institutionen, auch wenn sie nicht primäre Adressaten des ärztlichen Berufsrechts sind, dennoch durch die Fürsorgepflicht

²⁸⁴ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 22.

²⁸⁵ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 23 f.

²⁸⁶ Vgl. Schade, H.-J. (2003), S. 56.

an dieses, im Rahmen ihrer Werbemaßnahmen und der Öffentlichkeitsarbeit, gebunden. Und sobald eine Werbemaßnahme der Klinik Bezug auf einen Arzt als Person nimmt, sind die Einschränkungen der standesrechtlichen Regelungen der Ärzteschaft zu beachten. Es ist also stets zu unterscheiden, ob es sich um Werbemaßnahmen der Klinik zu dem dort angebotenen Leistungsspektrum oder um Werbung seitens des Krankenhauses für Leistungen, die ein im Krankenhaus beschäftigter Arzt erbringt, handelt.²⁸⁷ Auch im Rahmen von Kooperationen zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten, wie z.B. bei Beleg- oder Konsiliararztverträgen oder der Vermietung von Räumlichkeiten, ist die mittelbare Gebundenheit des Krankenhauses an das ärztliche Berufsrecht zu beachten.²⁸⁸

Dennoch wird Krankenhäusern etwas mehr Freiraum in Bezug auf mögliche Werbemaßnahmen eingeräumt, als dies im niedergelassenen Bereich der Fall ist. Begründet wird dies mit der Tatsache, dass Krankenhäuser neben der medizinischen Leistung ebenso (Hotel-)Leistungen, wie die Verpflegung und Unterbringung der Patienten, erbringen und durch diesen (personellen) Mehraufwand und die zusätzlich entstehenden Kosten darauf angewiesen sind, durch geeignete Werbemaßnahmen auf ihr Angebot aufmerksam zu machen, um ihre Existenz zu sichern. Betriebswirtschaftlich sind daher zwischen dem stationären und dem ambulanten Behandlungsmarkt deutliche Unterschiede zu verzeichnen. Dabei sind Krankenhäuser auch bei der Erbringung ambulanter Leistungen den niedergelassenen Ärzten nicht gleichgestellt.²⁸⁹

Grundsätzlich unterliegen also die Ärzte, unabhängig, ob sie freiberuflich tätig oder angestellt sind, dem allgemeinen Werbeverbot. Dabei zählt das für die Ärzte geltende allgemeine Werbeverbot zur Gesetzgebungsbefugnis der Länder. Diese wiederum haben die Verantwortung allerdings an die Landesärztekammern übertragen.²⁹⁰

Die zulässigen Regelungen für die Öffentlichkeitsarbeit von Ärzten sind in den Berufsordnungen der Landesärztekammern festgehalten. Die verschiedenen Berufsordnungen orientieren sich dabei an der auf dem 105. Deutschen Ärztetag (2002) beschlossenen Musterberufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), damit

²⁸⁷ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 25.

²⁸⁸ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 26.

²⁸⁹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 25.

²⁹⁰ Vgl. Schade, H.-J. (2003), S. 57.

Unterschiede in den verschiedenen Landesberufsordnungen vermieden werden können.²⁹¹ In § 27 MBO-Ä wird der Sachverhalt der erlaubten Information und der berufswidrigen Werbung festgehalten.²⁹² Ziel dieser Vorschrift ist „die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis der Ärztin oder des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs“.²⁹³

Verstößt ein Arzt gegen das ärztliche Berufsrecht, so verstößt er im Regelfall gegen § 3 UWG, da er wettbewerbswidrig handelt und damit die guten Sitten verletzt. Weiterhin gilt das Verletzen der MBO-Ä ebenso als Verstoß gegen § 4 Nr. 11 UWG und kann somit einen Unterlassungsanspruch begründen.²⁹⁴

2.5 Zusammenfassung

Im Rahmen des zweiten Kapitels „Kundenorientierung und Kundenbeziehungsmanagement“ wurden vier Hauptgliederungspunkte, wie in nachfolgender Abbildung dargestellt, behandelt.

²⁹¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 28.

²⁹² Vgl. § 27 MBO-Ä.

²⁹³ § 27 Abs. 1 MBO-Ä.

²⁹⁴ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 41. Zu den Verstößen gegen das UWG vgl. ebenso Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009), S. 59-62.

Abbildung 13: Aufbau des zweiten Kapitels²⁹⁵

<i>Kapitel 2</i> Kundenorientierung und Kundenbeziehungsmanagement
<i>Kapitel 2.1</i> Kundenorientierung im Krankenhaus
<i>Kapitel 2.2</i> Kundenbeziehungsmanagement im Krankenhaus
<i>Kapitel 2.3</i> Konzeptionierung des Kundenbeziehungsmanagements
<i>Kapitel 2.4</i> Rechtliche Rahmenbedingungen für das Kundenmanagement in Kliniken
<i>Kapitel 2.5</i> Zusammenfassung

Zunächst wurde in einem ersten Hauptgliederungspunkt die Thematik der **Kundenorientierung im Krankenhaus** behandelt. Nachdem die Entwicklung von der Produkt- zur Kundenorientierung beschrieben wurde, wurde näher auf den Begriff der Kundenorientierung eingegangen. Aufgrund sich stets verändernder wirtschaftlicher und wettbewerblicher Rahmenbedingungen unterlag das Marketing permanenter Anpassungsprozesse. Im Zuge der verschiedenen Entwicklungsphasen, die das Marketing durchlaufen hat, haben sich ebenso die Aufgaben des strategischen Managements und damit der Einsatz von Analyseinstrumenten verändert und es vollzog sich ein Wandel vom transaktions- hin zum beziehungsorientierten Marketingverständnis. Damit ist eine Orientierung der Unternehmensführung am Kunden, die Kundenorientierung, zunehmend in den Fokus gerückt. Ein maßgeblicher Indikator für die Kundenorientierung ist der Grad der Kundenzufriedenheit. Dabei wird das zentrale Ziel verfolgt, langfristig profitable Kundenbeziehungen zu erreichen. Es konnte herausgestellt werden, dass im Krankenhaus zum einen die niedergelassenen, einweisenden Ärzte und zum anderen die Patienten zu den bedeutendsten Anspruchsgruppen zählen. Die rein bilaterale Angebots- und Nachfragesituation trifft im Gesundheitswesen, speziell bei der Nachfrage von Krankenhausleistungen, nicht zu. Auch wenn der Patient der eigentliche Leistungsnachfrager ist, wird dieser in den meisten Fällen von einem niedergelassenen Arzt

²⁹⁵ Quelle: Eigene Darstellung.

eingewiesen. Damit kommt den Niedergelassenen, gerade bei elektiven und planbaren Leistungen, eine besondere Schlüsselrolle zu. Der einweisende Arzt agiert als Sachwalter des Patienten und kann daher mitunter entscheidenden Einfluss auf die Wahl eines Krankenhauses nehmen. Der durch gesundheits- und gesellschaftspolitische Trends beeinflusste Wandel hin zu einem Patienten als aktivem, souveränem Kunden, der die Entscheidung für ein Krankenhaus nicht mehr nur durch seinen Arzt alleine treffen lässt, bewirkt ebenso, dass die Patienten selbst neue Chancen der direkten Patientenansprache liefern.

Der Grundsatz der Kundenorientierung sowie zahlreiche Ansätze dazu werden unter dem Konzept des Kundenbeziehungsmanagements (dem Customer Relationship Management) zusammengefasst. Der zweite Hauptgliederungspunkt beschäftigte sich demnach mit dem **Kundenbeziehungsmanagement im Krankenhaus**. Dazu wurde zunächst die Begriffsdefinition und die Abgrenzung des CRM zu anderen verwandten Begriffen des beziehungsorientierten Marketings vorgenommen, bevor letztlich auf die Anwendbarkeit des CRM im Krankenhaus näher eingegangen wurde.

In der wissenschaftlichen Literatur existieren mannigfache Auffassungen von CRM, die sich von sehr eng gefassten Ansichten bis hin zu fast alle betrieblichen Funktionen umfassenden Begriffsverständnissen erstrecken. Im Rahmen dieser Arbeit wurde folgende Arbeitsdefinition herausgearbeitet: *Kundenbeziehungsmanagement (Customer Relationship Management, CRM) bezeichnet einen strategischen Managementansatz, der neben der Akquisition auch die Bindung und Rückgewinnung wertstiftender Kunden und damit die Steigerung der Kundenprofitabilität und damit des Unternehmenserfolges zum Ziel hat. Die Basis des Kundenbeziehungsmanagements bilden dabei eine betriebswirtschaftlich fundierte Analyse, Planung, Implementierung und Kontrolle.* Ebenso analysiert werden konnte, dass eine Übertragung des Ansatzes auf das Krankenhaus grundsätzlich möglich ist.

Bei der Beschreibung der **Konzeptionierung des Kundenbeziehungsmanagements** wurden neben dem Kundenbeziehungslebenszyklus ebenso die Wirkungskette des Kundenbeziehungsmanagements sowie der Kundenmanagementprozess dargestellt.

Der zeitliche Verlauf einer Kundenbeziehung in Abhängigkeit der Beziehungsintensität wird im Zuge des Kundenbeziehungslebenszyklus beschrieben. Dieser kann in verschiedene Phasen untergliedert werden, die wiederum verschiedene Konsequenzen im Marketing nach sich ziehen. Die Hauptphasen sind die Kundenakquisition, die

Kundenbindung und ggf. die -rückgewinnung. Neben dem Kundenbeziehungslebenszyklus zählt auch das „Denken in einer Erfolgskette“ zu grundlegenden konzeptionellen Ansätzen. Diese resultiert aus den Teilen der Kundenorientierung, der -zufriedenheit, der -bindung und letztlich dem ökonomischen Erfolg. Grundsätzlich bedarf die Implementierung bzw. die Umsetzung eines systematischen Kundenbeziehungsmanagements einer strukturierten Vorgehensweise im Zuge des Kundenmanagementprozesses. Dieser umfasst neben der Analyse ebenso die Planung, Implementierung und Kontrolle.

Abschließend wurden die **rechtlichen Rahmenbedingungen des Kundenbeziehungsmanagements im Krankenhaus** beschrieben. Insbesondere im Bereich der (Neu-)Kundenakquisition gilt es rechtliche Vorgaben zu beachten. Dabei unterliegen Krankenhäuser unabhängig von ihrer Rechtsform oder Trägerschaft dem allgemeinen Wettbewerbsrecht. Neben diesem sind vor allem die Vorgaben des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb, des Heilmittelwerbegesetzes und die Rechtsvorschriften des ärztlichen Berufsrechtes zu beachten.

Einweiser- und Patientenbeziehungsmanagement im
Krankenhaus

Die Option der direkten Patientenakquisition und
-bindung

Burghardt, K.

2016, XXI, 377 S. 94 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-13459-4