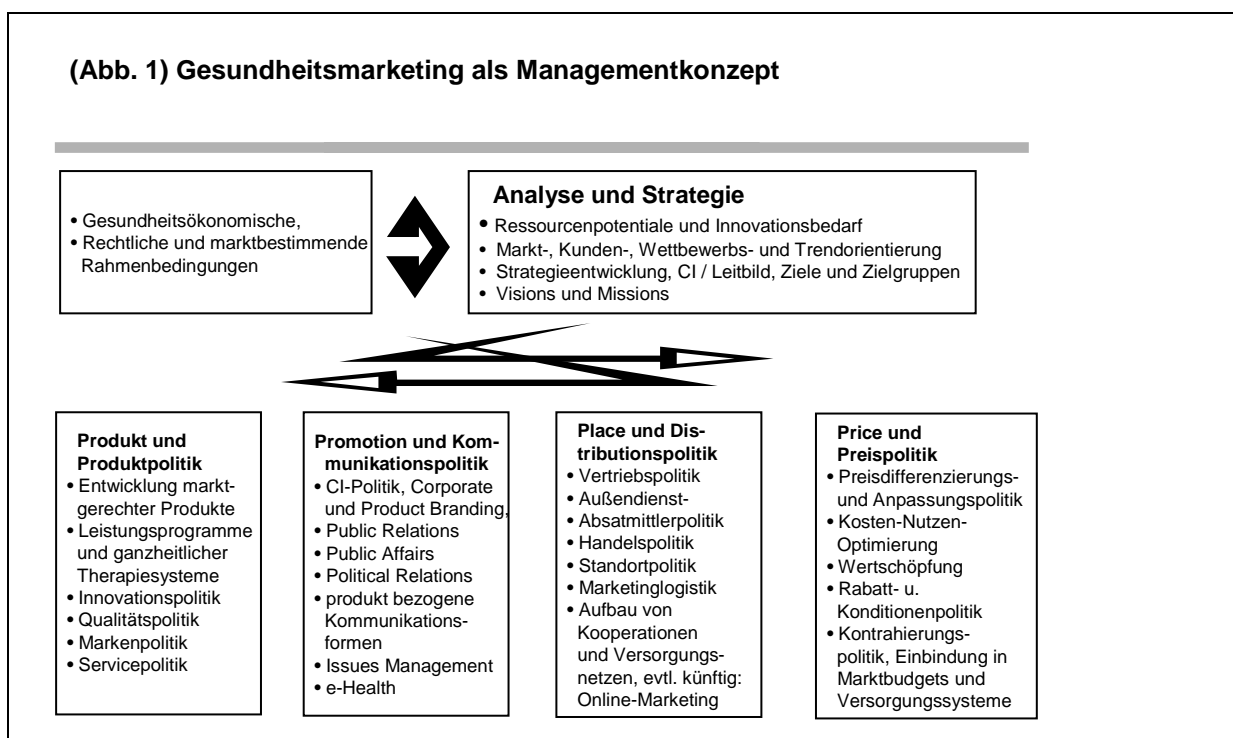


Gesundheitsmarketing als Managementkonzept

Fred Harms, Health Care Competence Center Zürich

Gesundheitsmarketing als Core-Kompetenz zur Steuerung von Marktbeziehungen

Innerhalb des Gesundheitsbereichs, der sich zunehmend marktwirtschaftlich und kundenorientiert entwickelt, wird das Marketing ein zunehmend wichtigeres Managementkonzept zur Gestaltung und Steuerung der Marktbeziehungen. Während man sich in den USA bereits seit den 70er Jahren mit Health Care Marketing beschäftigt (Kotler 1975/1978/1999), wurde dieses Thema erst in den letzten Jahren auch in Deutschland zu einem wichtigen Betätigungsfeld. Dabei ist Gesundheitsmarketing ein Managementkonzept zur Planung, Koordination und Kontrolle aller marktbezogener Aktivitäten. Es wendet die erprobten Marketingmethoden und -techniken der Steuerung von Marktbeziehungen in Form einer ganzheitlichen Betrachtung auf das Gesundheitswesen an (Kreyher 2001) (Abb. 1).

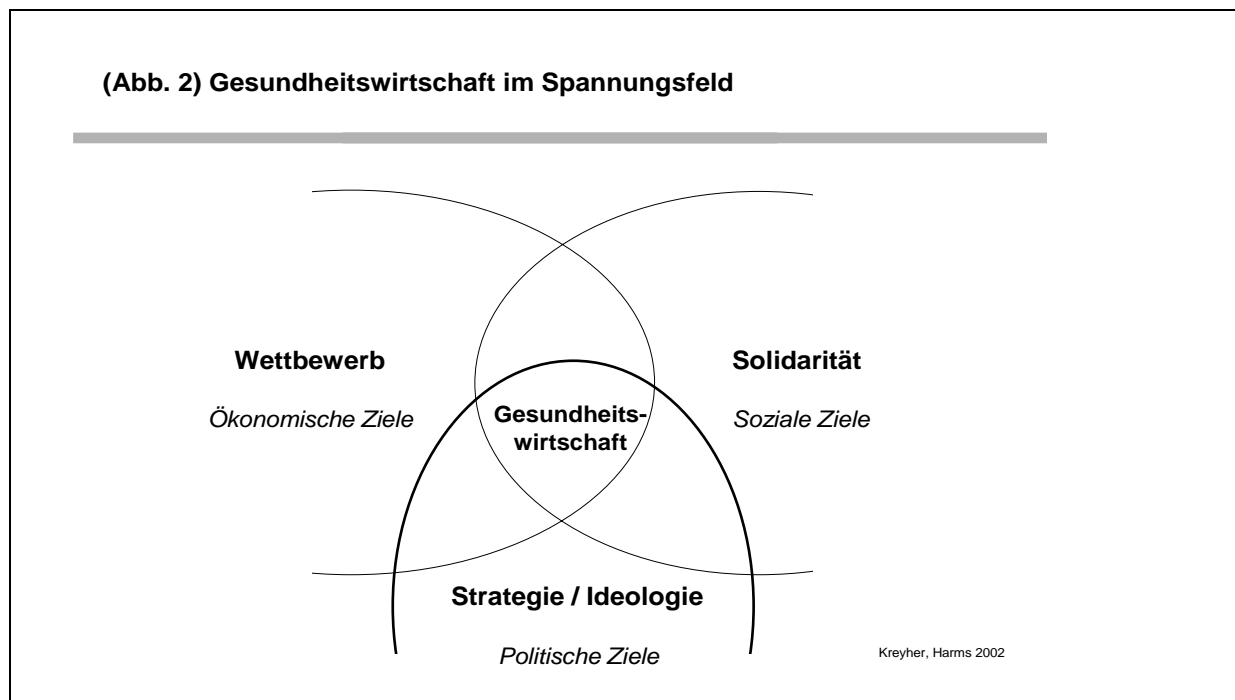


In der Medizin steht der Patient als Mitproduzent der medizinischen Leistungen im Mittelpunkt der Austauschbeziehungen. Aufgabe des Marketing ist es daher, die Qualität der Leistungen auf die Bedürfnisse, Erwartungen und Ansprüche der Kunden und Patienten auszurichten. Somit müssen die Unternehmen der Gesundheitsindustrie die besonderen Interessen, Erwartungen und Einstellungen der Beteiligten am Gesundheitsmarkt berücksichtigen bzw. die Kontakte zu den Marktpartnern aktiv und bewusst gestalten.

Spannungsfeld von Solidarität und Wettbewerb

Alle Aufgaben und Bereiche, die sich auf das Gut Gesundheit beziehen, finden in der Öffentlichkeit eine hohe Beachtung. Zwar ist Gesundheit ein persönliches Gut, allerdings liegt es nicht nur in individueller, sondern auch in kollektiver Verantwortung. Das gesundheitliche Versorgungssystem wird von gesellschaftlichen und ethischen Grundsätzen, den Prinzipien der Humanität, Solidarität und Daseinsvorsorge bestimmt. Aus der Sozialbindung des Gesundheitswesens leiten sich gesellschaftspolitische Erwartungen und soziale Ansprüche ab.

Ein Grundzug der Gesundheitswirtschaft ist es, dass alle im Gesundheitsmarkt tätigen Akteure in einem Spannungsfeld zwischen Solidarität und Wettbewerb stehen, der zunehmend durch politische Ziele beeinflusst wird (Harms 2003) (Abb. 2).



Das Solidarprinzip schließt eine einseitige Marktorientierung aus (Paetow 2001). Alle gesetzlich versicherten Bürger haben Anspruch und Zugang zu bedarfsgerechten, beitragsunabhängigen Komponenten. Die Versorgung mit gesundheitsbezogenen Leistungen (Bedarfsdeckung) ist oberstes Ziel der Leistungserbringer. Um die Effektivität und Effizienz der Versorgung zu erhöhen und Rationalisierungsreserven durch bessere Koordination zu erschließen, werden marktwirtschaftliche Steuerungsformen eingeführt (u.a. Einführung des Kassenwettbewerbs durch Wahlfreiheit). Kliniken und Arztpraxen sollen sich an marktwirtschaftlichen Prinzipien orientieren bzw. die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen verbessern. Dabei dürfen wirtschaftliche Ziele und Interessen nicht zu Lasten des besonderen Gutes Gesundheit gehen.

Die am Gesundheitsmarkt beteiligten Leistungsanbieter müssen Strategien entwickeln um gesellschaftliche bzw. unternehmerische Interessen in Einklang zu bringen (Balance zwischen sozialen und wirtschaftlichen Zielsetzungen; Schmid 1999; Kreyher 2001). Aufgabe ist es, den Prozess des gesellschaftlichen Wandels aktiv zu begleiten und einen Ausgleich zwischen Werte-Orientierung (Orientierung an gesellschaftlichen Werthaltungen) und Wert-Orientierung (Orientierung am ökonomischen Gewinn) zu finden. Dafür muss das unternehmerische Selbstverständnis der Leistungserbringer neu bestimmt werden (Oehme und Oehme 2001; Kalmus 2001).

Gerade in Anbetracht der zunehmenden Wirtschaftlichkeitsorientierung der medizinischen Versorgung (Primat der Effizienz) wird die Aufgabe, Ökonomie und Humanität miteinander zu verbinden, zu einer besonderen Herausforderung der Gesundheitswirtschaft. Unternehmen der Gesundheitsindustrie müssen das besondere Spannungsfeld zwischen Solidarität und Wettbewerb bei ihren Marketingplanungen berücksichtigen, wenn sie auf dem deutschen Markt tätig sind.

Aufgabe ist es einerseits, sich aktiv am Meinungsbildungsprozess zu beteiligen, um bereits im Vorfeld Einfluss auf marktpolitisch entscheidende Entwicklungen zu nehmen. Aufgabe ist es andererseits, in enger Kooperation mit den Marktpartnern innovative Lösungen zur Optimierung der Versorgung zu entwickeln.

Innovationsmanagement als Herausforderung

Kundenorientierung als Erfolgsfaktor

Gesundheit ist weltweit - und besonders in den westlichen Industriegesellschaften - ein wachsender Wirtschaftsmarkt. Die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen der Gesundheitsindustrie wird in erster Linie durch marktgerechte Innovationen gesichert. Innovative Produkte und Verfahren, besonders aus dem Bereich der gen- und der medizintechnologischen Forschung, schaffen Wettbewerbsvorteile und Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt. Produktinnovation und professionelles Innovationsmarketing tragen wesentlich zur Wertschöpfung und damit zur Existenzsicherung der Unternehmen bei.

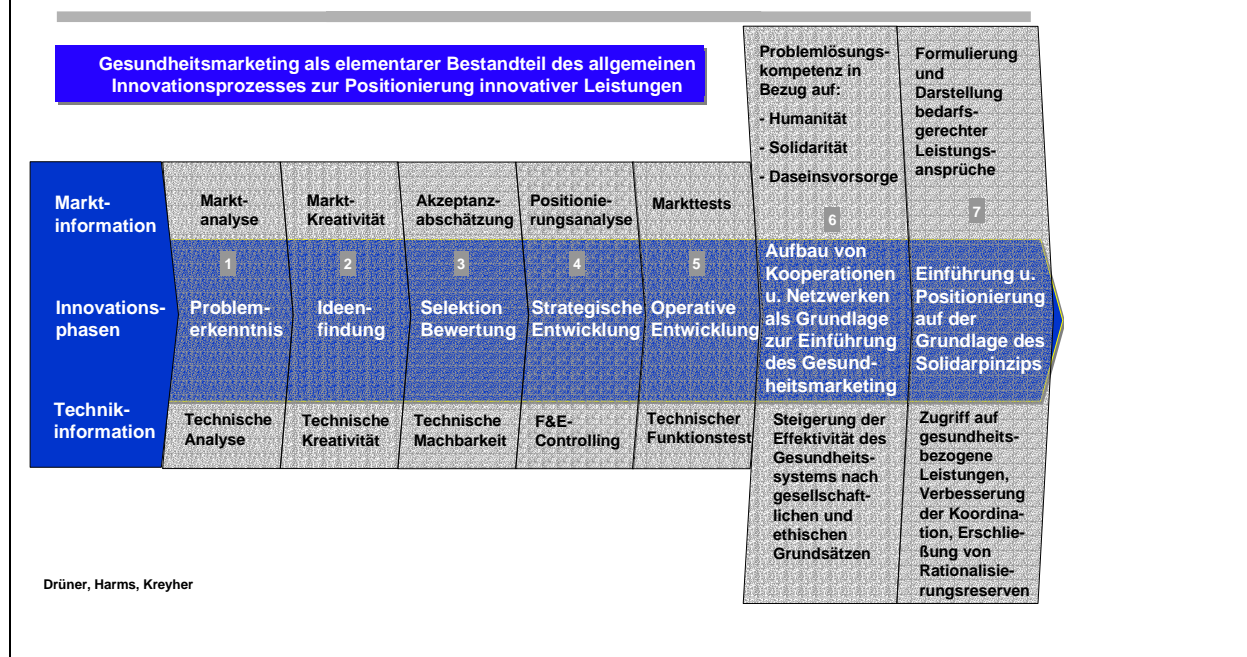
Das künftige Wirtschaftswachstum und das Entstehen neuer Arbeitsplätze können letztlich nur durch neue geschäftliche Aktivitäten und vermarktungsfähige Innovationen gesichert werden, die nachweislich zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Patienten beitragen und gleichzeitig Akzeptanz in Gesellschaft und Politik finden.

Innovation ist antizipierter Wettbewerb. Kundenorientierung und -interaktion werden zu wichtigen Erfolgsfaktoren, die sich durch den gesamten Innovationsprozess - von der Forschung über die klinischen Phasen bis zur Markteinführung - ziehen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wird der Markterfolg medizinischer Produkte nicht nur durch die Wirksamkeit, sondern zunehmend durch externe Faktoren bestimmt (Harms et al. 2003).

Um den Innovationsprozess erfolgreich zu gestalten, genügt es nicht, neue Produktideen zu erarbeiten, die einen medizinischen, pharmakologischen oder technischen Fortschritt begründen könnten. Innovationen sind Prozesse. In den verschiedenen Entwicklungsphasen müssen unterschiedliche Kommunikations- und Kooperationsstrategien angewendet werden.

Die Integration der Zielkunden wird zur entscheidenden Kompetenz für Innovationskonzepte. Übergreifende Interaktionen zwischen Wirtschaft und Wissenschaft, Industrie und Medizin, Produzenten und Kunden, der Aufbau von Netzwerken, Kooperation und Kommunikation, Lobbying und Kundenorientierung werden zu Erfolgsfaktoren der Marktpositionierung (Harms et al. 2003) (Abb. 3).

(Abb. 3) Der allgemeine Innovationsprozess beim Gesundheitsmarketing



7.2.2 Anpassung von Produkt und Markt

Ziel des Innovationsmarketing ist es, innovative Produkte adäquat auf dem Markt zu positionieren. Aufgabe ist es, die Stärken des entwickelten oder noch zu findenden Produktes mit den Bedürfnisstrukturen des zukünftigen Marktes in Übereinstimmung zu bringen.

Dabei kommen folgende Strategien zum Tragen (Haedrich und Tomczak 1996):

- Anpassung des Produktes an den Markt, also an die Vorstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse der Kunden. Ziel ist es, die Eigenschaften des Produktes so an den Markt anzupassen, dass das Produkt der geforderten Idealmarke entspricht.
- Anpassung des Marktes an das Produkt, also der Vorstellungen der Kunden an die realen Produkteigenschaften. Ziel ist es, die Nutzenerwartungen der Kunden so zu verändern, dass das angebotene Produkt ihren Vorstellungen entgegen kommt.

Um eine optimale Anpassung zwischen Produkt und Markt zu erreichen, sollten beide Strategien miteinander verbunden werden.

Dies ist eine Aufgabe der Produkt- und Kommunikationspolitik:

- Durch produktpolitische Maßnahmen, also Entwicklungen der Produkteigenschaften, der Gestaltung und des Services, sollte das Produkt an aktuelle und künftige Marktentwicklungen, wie besondere Kunden- und Anwenderbedürfnisse oder demographische und gesellschaftliche Trends adaptiert werden.
- Durch kommunikationspolitische Maßnahmen, also Aktivitäten zum Aufbau oder zur Veränderung bestimmter Einstellungen, Bedürfnisse und Verhaltensweisen, sollte der Markt an das Produkt angepasst sein.
- Um Nachfrage und Präferenz zu schaffen, werden positive Einstellungen zum Produkt durch Maßnahmen der Image- und Markenpolitik aufgebaut.
- Um Akzeptanz in Gesellschaft und Politik für neue Entwicklungen zu finden, müssen Verfahren der Kommunikationspolitik, wie die Darstellung von Beziehungen, Kooperationen und Netzwerken, Public Relation und Lobbying eingesetzt werden.
- Innovationsbewusste Unternehmen der Gesundheitsindustrie zeichnen sich dadurch aus, dass sie latent vorhandene, noch nicht umgesetzte Bedürfnisse potentieller Kundengruppen und Desiderate des medizinischen Fortschritts identifizieren und hierfür aktiv nach innovativen Problemlösungen suchen.
- Die Darlegung von Synergien bestehend aus Produkteigenschaften und Kundeneinstellungen sind besonders wichtig, wenn es um die Bewertung der Qualität durch den Patienten zur Steigerung der Compliance geht (Nutzer- und Nutzungspräferenz).

7.3 Chancen des Gesundheitsmarktes

Folgende Trends, also zukunftsbestimmende gesellschaftliche Orientierungen, bestimmen die aktuelle Entwicklung des Gesundheitsmarktes und bieten für die Gesundheitsindustrie entsprechende Chancen (Kreyher 2001):

- Gesundheitsorientierung
- Patientenorientierung
- Informationsorientierung
- Lebensqualität
- Versorgungsqualität

- **Zukunftsqualität**

Das Bedürfnis, der Gesundheit einen hohen individuellen und gesellschaftlichen Stellenwert einzuräumen, ist in allen modernen Gesellschaften aktuell.

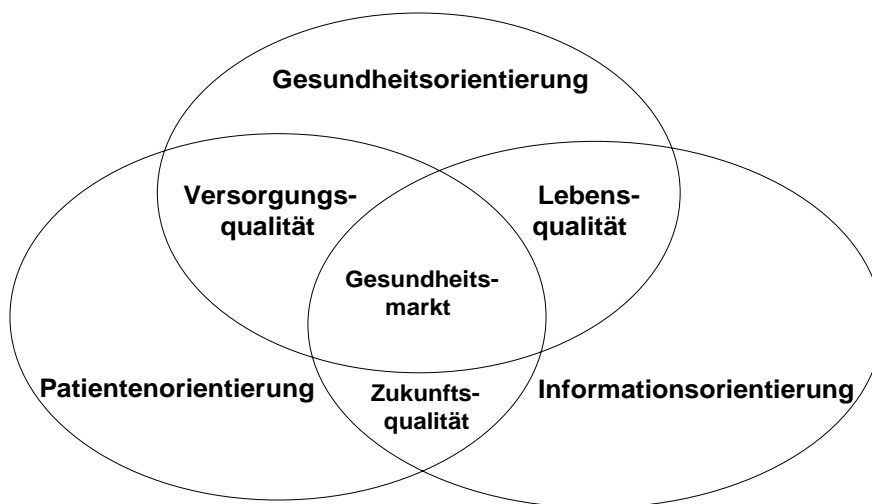
Dabei wird einerseits an das ganzheitliche Gesundheitsverständnis der WHO, andererseits an das Ideal der selbstbestimmten Gesundheit angeknüpft.

Dieses Ideal wird vom Anspruch bestimmt, Gesundheit durch bewusste Lebensweise und selbstbestimmtes Verhalten lenken zu können.

Dabei kommen freizeit-, erlebnis- und konsumorientierte Vorstellungen zum Tragen. Fitness, Wellness, Entspannung, Körperbewusstsein und natürliche Lebensweise sind Ausdruck eines neuen Lebensstils (Abb. 7.4 - 7.7).

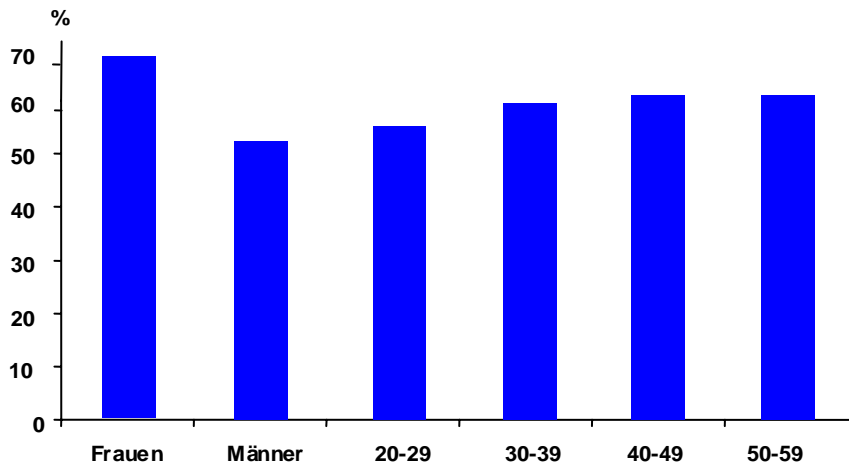
Denn: „Auch chronisch Kranke können ihr Leben eigenverantwortlich gestalten“.

(Abb. 7.4) Gesundheitsmarkt als Chance



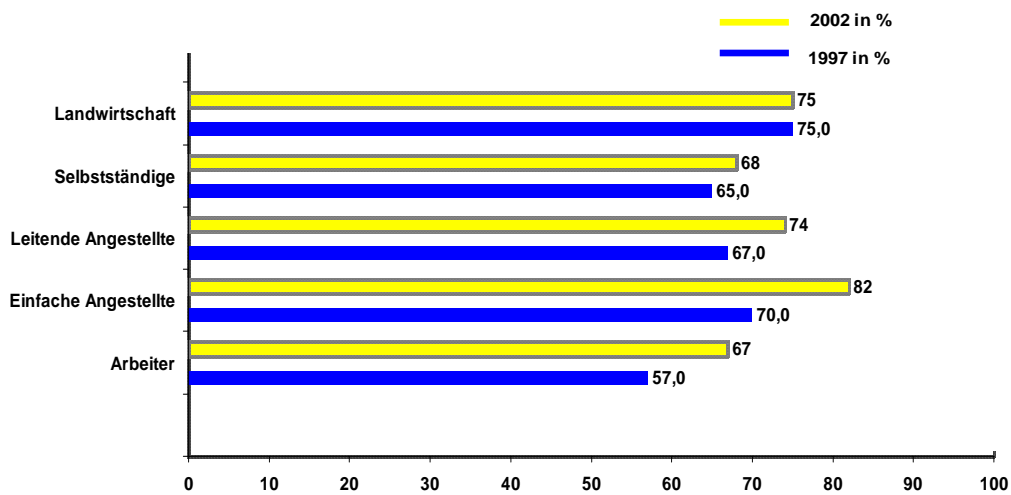
adaptiert nach Kreyher, Harms 2002

(Abb. 7.5) Positive Einstellung gegenüber Life Style und Wellness



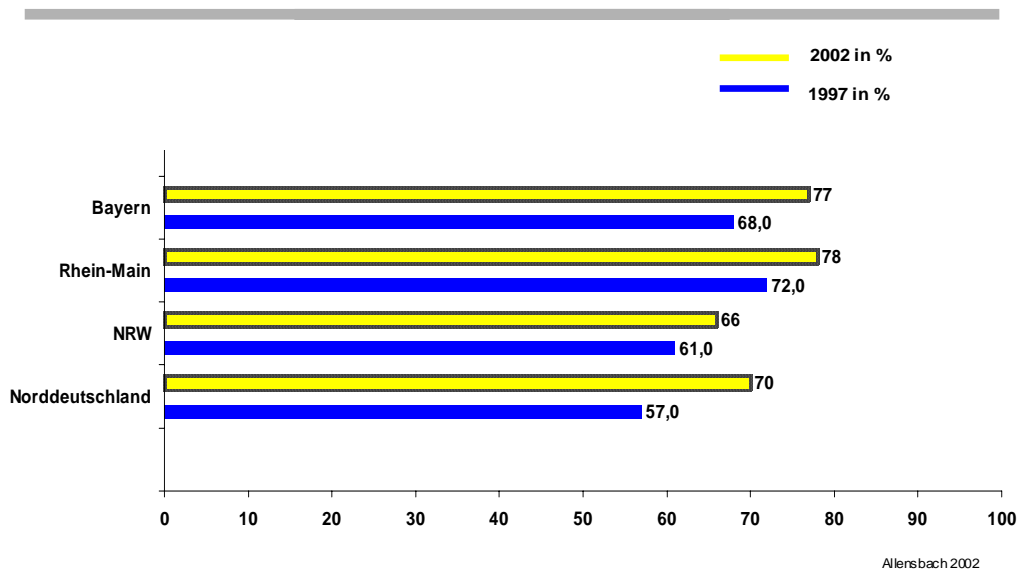
Altersbach 2002

**(Abb. 7.6) Selbstmedikation 2002
Akzeptanz Naturheilmittel 1997-2002 gegliedert nach Beruf**



Altersbach 2002

(Abb. 7.7) Selbstmedikation 2002
Akzeptanz Naturheilmittel 1997-2002 gegliedert nach Regionen



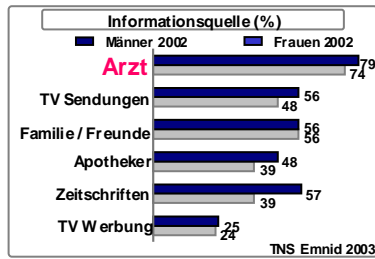
Gesundheit kann durch folgende Methoden gefördert werden:

- Enabling (Förderung von Kompetenz und Eigenverantwortung)
- Network Forming (Aufbau und Koordination von Netzwerken)
- Advocating (Vertretung gesundheitsbezogener Interessen in der Öffentlichkeit)

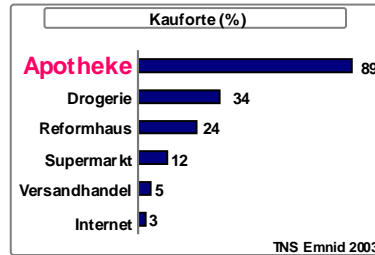
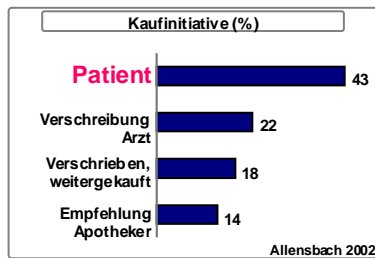
Um erfolgreich zu sein, müssen gesundheitsorientierte Aktionen und Kampagnen zielorientiert und zielgruppengerecht gestaltet, also strategisch geplant werden. Aus der Orientierung auf mehr und eigenverantwortete Gesundheit ergeben sich Möglichkeiten für die Gesundheitsindustrie zur Entwicklung patienten- und kundenbezogener Produkt- und Kommunikationsprogramme. Gesundheitsförderung und Prävention bieten Chancen für Gesundheitsunternehmen, die sich unter dem Vorzeichen einer stärkeren Patientenorientierung mit gesundheitsorientierten Themen und Programmen bei ihren Zielgruppen positionieren wollen (z.B. Aktionen zur gesunden Ernährung, zum Nichtraucherschutz bei Atemwegserkrankungen, zur angemessenen sportlichen Betätigung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.). Dabei bieten sich Kooperationen mit medizinischen Einrichtungen, Ärztenetzen, Patientengruppen und Gesundheitsorganisationen an (Kreyher 1997, Allensbach 2002, Emnid 2003, Kreyher/Harms 2002) (Abb. 7.8).

(Abb. 7.8) Gesundheitsorientierung (Ärzte / Apotheken / Patienten)

- Die Ärzte sind nach wie vor eine der wichtigsten Informationsquellen



- Die Patienten werden immer stärker zum Auslöser des Kaufs von Medikamenten



- Die Apotheken sind derzeit der wichtigste Ort um Medikamente zu kaufen, allerdings bei kontinuierlicher Zunahme von Alternativen.
- Zudem entwickelt sich der Apotheker als bedeutender Erstkontakt für den Patienten und damit zum OTC-Multiplikator der Industrie.

Öffentlichkeitsorientierte Aktionen im Präventionsbereich können dazu beitragen, die Unterstützung von Multiplikatoren, Interessenvertretern und Entscheidungsträgern bei aktuellen Problemstellungen der gesundheitlichen Versorgung zu gewinnen. Pharmaunternehmen können sich aktiv an der Meinungsbildung und möglichen Veränderungen gesundheitsbezogener und gesundheitspolitischer Einstellungen beteiligen, indem sie entweder selbst wichtige Themen in die öffentliche Diskussion einbringen oder sich gezielt in aktuelle Themenfelder einmischen (Issue Management) (Bohle und Foltin 1995, Harms und Grosse Wichtrup 2000 a,b).

7.3.1 Patientenorientierung: Neue Rolle des Patienten

In der modernen Vorstellung ist der Patient aktiver Mitproduzent der Gesundheit. Der Paradigmenwechsel vom akzeptierenden zum mitbestimmenden Patienten führt zu einer Neubestimmung der Beziehungen und Verhaltensweisen im Gesundheitswesen (Goutier 2001). Dies betrifft vor allem die Arzt-Patienten-Beziehung. Aber nicht nur Ärzte und Apotheker sind mit dem Ansprüche stellenden Patiententyp konfrontiert.

Auch die pharmazeutische Industrie muss ihre Rolle neu bestimmen (Hohensohn 1998). In einer eher partnerschaftlichen Beziehung kommt den Unternehmen die Aufgabe zu, die Patienten aus der Hilfsbedürftigkeit herauszuführen und ihre Fähigkeiten zu Eigenverantwortung und Partizipation zu aktivieren (Abb. 7.9).

**(Abb. 7.9) Gesundheitsstrukturreform 2004:
Damit Deutschland gesund bleibt**



Patientenorientierung betrifft nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch die Organisation der Dienstleistungen in Klinik und Praxis. Patientenorientierung als Aufgabe des patienten- und kundenorientierten Qualitätsmanagements ist Ziel aktueller Marketingstrategien (Schmutte 2001).

Nicht nur die objektiv messbaren Kenngrößen, sondern auch die subjektiven Wahrnehmungen entwickeln sich zum kritischen Erfolgsfaktor des strategischen Konzeptes. Patientenorientierung bezieht sich vor allem auf die Rolle des Patienten als Nachfrager und Konsument medizinischer Leistungen (Dierks et al. 2000; von Reibnitz 2001). Da der Arzt durch seine medizinische Kompetenz und seinem Informationsvorsprung die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Produkten maßgeblich steuert, besitzen Patienten von vornherein eine eingeschränkte Marktsouveränität.

Politik und Krankenkassen erhoffen sich von dem kritischen, mitbestimmenden Patienten eine Einflussnahme auf das bisher von den Leistungserbringern gesteuerte System. Die Gesundheitsindustrie kann durch gezielte Informationsangebote - etwa im Internet - dazu beitragen, die Patienten zum eigenverantwortlichen Umgang mit medizinischen Leistungen sowie zur Vertretung ihrer besonderen Interessen zu befähigen (Kreyher 1997, Allensbach 2002, Kreyher/Harms 2002, Emnid 2003).

7.3.2 Informationsorientierung und e-Health

Im Zusammenhang mit dem neuen Bild des informierten Patienten und der wachsenden Bedeutung der Neuen Medien wird von einer neuen Informationskultur im Gesundheitswesen gesprochen. Patienten können nur dann Eigenverantwortung übernehmen und Entscheidungen über Verfahren und Eingriffe treffen, wenn sie die Ausführungen des Arztes verstehen und die Risiken einer Intervention begreifen. Um die Verständlichkeit der Informationen zu ermöglichen, ist die Zielgruppengerechtigkeit der Ansprache, die laiengerechte Wortwahl und der klare Aufbau der Ausführungen - besonders bei komplexen Sachverhalten - von entscheidender Bedeutung.

Der Informationswert der Ausführungen muss sich am Nutzen für den Patienten orientieren. Es gilt, die Informationsinhalte zu beleuchten, die sich nicht nur auf die medizinische und pharmakologische Wirksamkeit, sondern auch auf den subjektiven Nutzen des medizini-

schen Verfahrens für den Patienten beziehen (Auswirkungen auf die Lebensqualität, Beschwerdefreiheit, Verbesserungen oder Beeinträchtigungen der Funktionstüchtigkeit, berufliche und soziale Folgen).

Besondere Ansprüche gelten für Gesundheitsinformationen im Internet. Diese müssen sich in der Art der Präsentation vor allem an den Informationsbedürfnissen der Nutzer, nicht der Anbieter, orientieren (Nachfrageorientierung). Gefordert ist vor allem die Nutzerfreundlichkeit (Usability) des Auftritts. Dies betrifft sowohl den Inhalt des Informationsangebotes als auch die Gestaltung. Der Nutzer muss die Möglichkeit haben, sich jederzeit durch eine klare Navigationsstruktur orientieren zu können. Vor allem pharmazeutische Unternehmen sollten die Chance zur Individualisierung der Informationen wahrnehmen. Online-Informationen könnten durch gezielte Abfrage und Evaluation von Nutzerdaten auf die speziellen Bedürfnisse der Nachfrager zugeschnitten werden.

Die Online-Präsentation muss neben der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit einen Mehrwert gegenüber konventionellen Print-Medien bieten. Durch interaktive Angebote, wie abrufbare Serviceleistungen und Diskussionsforen, wird eine Bindung des Nutzers an den Internet-Auftritt erreicht. Die verschiedenen Nutzergruppen können durch redaktionell auf sie zugeschnittene e-Newsletter mit aktuellen Themen versorgt werden (Harms/Drüner 2003).

Nach der bisherigen Phase der Mystifizierung der Neuen Medien wird deutlich, dass das Internet ein ernstzunehmendes, aber nicht zu überschätzendes Instrument ist. Der Internet-Auftritt kann ohne den gleichzeitigen Aufbau von Beziehungen zu Experten bzw. Multiplikatoren und ohne das aktive Bekannt machen des Web-Angebotes in der Presse (Site-Promotion) keine adäquate Wirkung entfalten. Für alle gesundheitsbezogenen Medien - also auch für Online-Präsentationen - gilt die Anforderung, dass sie sowohl zielgruppengerecht als auch originell (Uniqueness) gestaltet sein müssen, damit sie sich aus der Informationsflut konkurrierender Angebote abheben.

Das Internet bietet Gesundheitsunternehmen die Chance, neue Serviceleistungen für Patienten und Health Professionals zu entwickeln. Diese können indikationsbezogene e-Health-Foren - etwa in Kooperation mit medizinischen Einrichtungen, Kliniken, Gesundheitsorganisationen oder Selbsthilfegruppen - aufbauen. In diesen Foren können Laien (und im geschützten Bereich die Fachkreise) alle nötigen krankheitsbezogenen Informationen und Leistungen abrufen und durch systematisch angelegte Verlinkungen wichtige Einrichtungen und Angebote finden (Kreyher 2001, Harms/Drüner 2003). Die neuen Möglichkeiten der Telekommunikation und Telemedizin können eine wichtige Rolle bei der Wissens- und Informationsvermittlung, der Bereitstellung behandlungsrelevanter Informationen und der Vernetzung und Optimierung der medizinischen Versorgung übernehmen (Lüthy 2001).

7.3.3 Lebensqualität und Patientenorientierung

Mit dem Begriff der Lebensqualität als Ausdruck des subjektiven Wohlbefindens verbinden sich Wertvorstellungen, wie Zufriedenheit, Selbstverwirklichung, Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Lebensqualität bezeichnet den Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Befindens aus Sicht des Patienten (Volmer 1995). Dabei ist der Nutzen medizinischer Verfahren in Form einer Verlängerung des Lebens oder einer Verbesserung der Lebensqualität ein wichtiges Kriterium für die Bewertung. Die Betonung der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit ist Ausdruck der zunehmenden Patientenorientierung in Praxis und Klinik.

Die Bewertung der medizinischen Leistungen wird von der subjektiven Wahrnehmung durch den Patienten bzw. der patienten- und kundenorientierten Qualität bestimmt (Bundesärzte-

kammer 1998, Schmutte 2001). Die Qualitätsbeurteilung des Patienten resultiert bei diesen Leistungen aus den subjektiven Erwartungen und den wahrgenommenen Erfahrungen.

Sie ergibt sich einerseits aus den Forderungen an die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit (Potentialqualität), die u.a. durch Informationsmedien, die erlebte Atmosphäre in Praxis oder Klinik und die Qualifikation der Ärzte ausgelöst werden. Andererseits entwickelt sie sich aus den Wahrnehmungen während des Leistungsprozesses (Prozessqualität), also der empfundenen Betreuung, den erlebten Interaktionen mit dem Personal und der Art und Weise der Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen und Handlungen. Sie leitet sich außerdem aus der subjektiven Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Leistung (Ergebnisqualität), also der Wiederherstellung oder Steigerung des Gesundheitszustandes ab.

Medizinische Leistungen können nur in Form von Leistungsversprechen angeboten werden, da sie immateriell sind und erst bei der Inanspruchnahme unter Einbeziehung des Patienten produziert werden (Meffert und Bruhn 1995). Daher wird sich der Patient bei der Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung vor allem an der Kommunikationsbotschaft, die eine Vertrauensbasis zwischen ihm und dem Leistungsanbieter (Beziehungsebene) herstellen muss, orientieren. Er kann nur von den ausgelösten Erwartungen (Leistungspotential) auf die zu erbringende Leistung schließen. Gerade bei vertrauensintensiven Gütern sind Einstellungen meist wichtiger für die Wahl des Leistungsanbieters als einzelne Fakten.

Die Kommunikations- und Imagepolitik, deren Ziel es ist Vertrauen in die Kompetenz des Anbieters zu entwickeln, spielt daher eine wichtige Rolle für den Aufbau der Qualitätserwartung und -wahrnehmung des Patienten. Die subjektive, patientenbezogene Qualität resultiert aus dem besonderen Verhältnis von Leistungsversprechen, Leistungserwartung und Leistungswahrnehmung.

So hat die Differenz zwischen kommunizierter, erwarteter und tatsächlich erlebter Leistung entsprechende Folgen für die Qualitätsbeurteilung. Da sich die Qualität der Nutzenstiftung erst während oder nach der Leistungserbringung offenbart und sie einer hohen Schwankungsbreite im Verhältnis zum Leistungsversprechen unterliegt, ist die Sicherung einer gleich bleibenden Leistungsqualität eine wichtige Aufgabe (Kreyher 2001, Harms/Drüner 2003).

Bei medizinischen Leistungen und Produkten ist es der über den Grundnutzen hinausgehende Zusatznutzen (Added Value), der Entscheidungen und Bewertungen der subjektiven, d.h. kundenorientierten Qualität maßgeblich beeinflusst. Er kann bei medizinischen Interventionen in dem besonderen Service der Praxis oder Klinik liegen. Bei pharmazeutischen und medizintechnischen Produkten bezieht sich dieser Zusatznutzen auf die von der Industrie angebotenen produktbegleitenden Dienstleistungen (Value Added Services), wie z.B. ein Beratungsprogramm für den behandelnden Arzt oder ein besonders zielgruppengerechtes Informationsangebot für den Patienten.

Der Zusatznutzen kann aber auch aus emotionalen Komponenten bestehen, die die Einstellung zum Produkt beeinflussen können. So kann z.B. ein phytogenes Produkt, dessen Verpackung und dessen Medien visuell ansprechend gestaltet sind, mit einem gesunden und natürlichen Lebensstil assoziiert werden. Ein Unternehmen, dem in der Öffentlichkeit eine spezielle medizinische Kompetenz und eine hohe soziale Verantwortung zugeschrieben wird, vermittelt auch bezogen auf seine Produkte eine besondere Sicherheit und Qualität (Kreyher 2001, Harms/Drüner 2003).

Künftig wird die Markenpolitik (Branding) in dem sich verändernden Gesundheitswesen eine besondere Rolle erlangen. Marken signalisieren Einstellungen und Werte. Sie vermitteln dem Kunden Orientierung und Sicherheit bei Auswahl- und Bewertungsentscheidungen, die sich auf die subjektive Qualität beziehen. Das gilt für Produktmarken, für Dienstleistungsmarken sowie für Corporate Brands. Marken werden durch Kommunikationsmaßnahmen in der Öff-

fentlichkeit aufgebaut, indem das mit der Marke verbundene Vorstellungsbild, das sich vor allem an den Wünschen und Erwartungen der Kunden orientiert, als deutliche Botschaft vermittelt wird (Kreyher 2001, Harms/Drüner 2003).

Marken sind nicht mit Etiketten gleichzusetzen. Durch Kennzeichnung (Eintragung, Logo, Name), Einheitlichkeit des Auftretens und die Vorstellung einer gleich bleibenden Qualität (Qualitätsgarantie) positionieren Marken das Unternehmen, die Dienstleistung oder das Produkt - und die damit verbundene Problemlösungskompetenz - in den Köpfen der Verbraucher (...the consumer's idea of a product).

Marken sind Träger von Bedeutungen. Sie schaffen Kundenbindung, Nachfrage und Präferenz. Marken bieten Orientierung und Möglichkeiten zur Identifikation (Weiss 1997, Biel 1999, Bruhn 2001). Gerade im Gesundheitswesen, wo Kompetenz und Vertrauen eine besondere Rolle spielen, sind Einstellungen und emotionale Bindungen für die Auswahl der Angebote wichtig (patienten- und kundenorientierte Qualität).

7.3.4 Versorgungsqualität und Integrierte Versorgung

In Anbetracht der wirtschaftlichen Situation (steigende Gesundheitsausgaben und sinkende Einnahmen) wird es immer wichtiger, eine möglichst hohe Versorgungsqualität bei möglichst niedrigen Kosten zu erreichen. Aufgabe ist es, die Effektivität und die Effizienz der Versorgung zu steigern. Dabei bedeutet die Verbesserung der Effektivität die Optimierung der medizinischen Wirksamkeit im Sinne einer höheren Zielerreichung (Verhältnis zwischen Ziel und Ergebnis: Soll-Ist-Relation).

Optimierung der Effizienz meint die Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Sinne eines verbesserten Ressourcenmanagements (Verhältnis zwischen eingesetzten Mitteln und erstrebtem Zweck: Kosten-Nutzen-Relation). Im Vordergrund des Qualitätsmanagements steht ein ergebnis- und prozessorientiertes Qualitätsverständnis. Um die Ergebnisse medizinisch und ökonomisch steuern zu können, müssen die Leistungsprozesse analysiert und nach optimalen Ablaufbedingungen geregelt werden.

Aufgabe des Qualitätsmanagements ist die Sicherung einer definierten, gleich bleibenden Versorgungsqualität. Qualität wird als Grad der Erfüllung vorher festgelegter Ziele verstanden. Sie ist nicht absolut definiert, sondern in Abhängigkeit von einer formulierten Zielvorgabe zu sehen. Das Ausmaß der erreichten Qualität lässt sich anhand der Erfüllung vorher festgelegter Kriterien (Normen, Standards) beurteilen. Qualität ist vom Markt bestimmt und orientiert sich an den Kundenanforderungen (Schmutte 2001).

Eine übergreifende Steuerung und Koordination der Versorgungsprozesse trägt zur Überwindung der Integrationsprobleme zwischen den Versorgungsbereichen bei und erschließt dadurch Rationalisierungspotentiale. Ziel ist der Aufbau vertikal integrierter Versorgungsstrukturen, die im Versorgungsfall einen nahtlosen Übergang von einem Versorgungssektor in den anderen ermöglichen. Dabei können Case-Management-Konzepte, deren Aufgabe die fallbezogene Steuerung der Versorgung ist, neue Impulse setzen.

Beim Case-Management liegt der Fokus auf der Steuerung der Versorgung des individuellen Patienten, der sektorenübergreifenden Koordination der Angebote verschiedener Leistungserbringer und der Kontrolle des fallbezogenen Versorgungsprozesses. Aufgabe der Zukunft ist das Netzmanagement für die Integrierte Versorgung. Einerseits geht es um den Aufbau von Praxisnetzen niedergelassener Ärzte (horizontale Vernetzung von Akteuren der gleichen Versorgungsstufe). Diese können die Qualität und Effizienz der Versorgung durch aufeinander abgestimmte Angebote verbessern und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen beitragen (Meyer-Lutterloh 2001).

Andererseits steht die Entwicklung sektorenübergreifender, integrierter Versorgungsketten im Vordergrund (vertikale Vernetzung von Akteuren unterschiedlicher Versorgungsstufen). Aufgabe ist hier die Verzahnung der Schnittstellen vom Krankenhaus zum hausärztlichen und fachärztlichen Sektor sowie zur Rehabilitation und Pflege. Für das Netzmanagement und Netzmarketing müssen gemeinsame Konzepte und Medien entwickelt werden (Lingenfelder und Kronhardt 2001).

Innovativ denkende Unternehmen der Gesundheitsindustrie werden den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen künftig im Rahmen von Kooperationspartnerschaften unterstützen. Der Kooperationsaufbau und die Beziehungspflege mit Versorgungsnetzen wird eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsmarketing. Im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung werden Vorstellungen des Managed Care diskutiert. Darunter werden Organisationsformen und Managementinstrumente zur Steuerung der Gesundheitsversorgung verstanden, wobei die Führung des Steuerungsprozesses bei den Krankenkassen und Versicherungen liegt. Dabei wird Managed Care von der Vorstellung einer Qualitätspartnerschaft (Knieps 1996) zwischen Leistungsfinanzierern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern bestimmt.

Das Grundmodell soll hier in vereinfachter Weise skizziert werden:

- 1) Leistungsfinanzierer (Krankenkasse/Versicherung) und Leistungserbringer (Versorgungsnetz/Ärzte/Kliniken) gehen miteinander eine Qualitätspartnerschaft ein, die in der Vereinbarung einer qualitätsgerechten Versorgung zu bestimmten Qualitätsbedingungen und Kostensätzen besteht.
- 2) Leistungsfinanzierer und Leistungsempfänger (Versicherte/Patienten) stehen gleichfalls miteinander in einer Qualitätspartnerschaft, die in der Vereinbarung einer qualitätsgerechten Versorgung zu einem bestimmten Beitragssatz besteht.
- 3) Die Qualitätspartnerschaft zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger liegt in der qualitätsgerechten Erbringung der Versorgungsleistungen nach bestimmten Qualitätsstandards.

Für die Organisation des Grundmodells sollten allerdings bestimmte Bedingungen erfüllt sein:

- Ärzte und Kliniken müssen mit anderen Leistungserbringern kooperieren können, um als Vertragspartner der Krankenkassen oder Versicherungen eine integrierte Versorgungsstruktur für eine Region oder eine Indikation anbieten zu können.
- Die Kassen müssen entscheiden dürfen, mit welchen Leistungserbringern sie qualitätsgerechte Angebote für die Versicherten erarbeiten und anbieten wollen (selektives Kontrahieren).
- Die Versicherten müssen die Möglichkeit haben, zwischen verschiedenen Krankenkassen und Versicherungen wählen zu können. Die Wahlfreiheit der Patienten muss auf die Leistungserbringer, mit denen die Versicherung kooperiert, beschränkt werden.
- Das Solidarprinzip muss für die Versorgung gewahrt sein, indem eine Aufnahmepflicht der Krankenkassen und ein einheitlicher Beitragssatz für alle Versicherungspflichtigen bestehen (Oberender und Hacker 1999).

Unternehmen der Gesundheitsindustrie, die die Zeichen der Zeit erkannt haben, sollten versuchen, sich in diese Qualitätspartnerschaft zwischen Krankenkassen, medizinischen Versorgungsnetzen und Patienten konstruktiv einzubringen.

A. Kooperationsaufbau der Gesundheitsindustrie mit medizinischen Netzen

- Für Unternehmen, die die von ihnen entwickelten Produkte als Gesundheitsleistungen begreifen, bietet sich die Chance, für das Versorgungs- und Netzmanagement der Ärzte bzw. Kliniken indikationsbezogene Serviceprogramme und Therapiesysteme zu entwickeln, die die Integration der Versorgungsprozesse unterstützen (Wahler und Hildebrandt 1999).
- Die Übernahme der Rolle des Kooperationspartners von Kliniken, Ärzten und medizinischen Netzen durch das Gesundheitsunternehmen setzt ein umfassendes dienstleistungsorientiertes Marketingverständnis voraus, das über die traditionelle Form des produktbegleitenden Praxis- und Klinikservices hinausgeht. Für Pharmafirmen, die sich selbst als Problemlöser begreifen, wird das Relationship-Marketing zunehmend wichtiger.
- Aufgabe ist es, aus Kunden Partner zu machen. Dabei spielen regionale und indikationsbezogene Netze, Ärzte und Kliniken, die neue Versorgungsangebote entwickeln eine wichtige Rolle.
- Künftig werden die einzelnen Versorgungsbereiche weniger segmentiert betrachtet. Für die Gesundheitsindustrie bieten sich Chancen zur Entwicklung integrierter Gesundheitslösungen, die für bestimmte Indikationen von der Prävention und Vorsorge über Diagnose und Therapie bis zur Rehabilitation, Nachsorge und Pflege reichen könnten.

B. Kooperationsaufbau der Gesundheitsindustrie mit Patienten

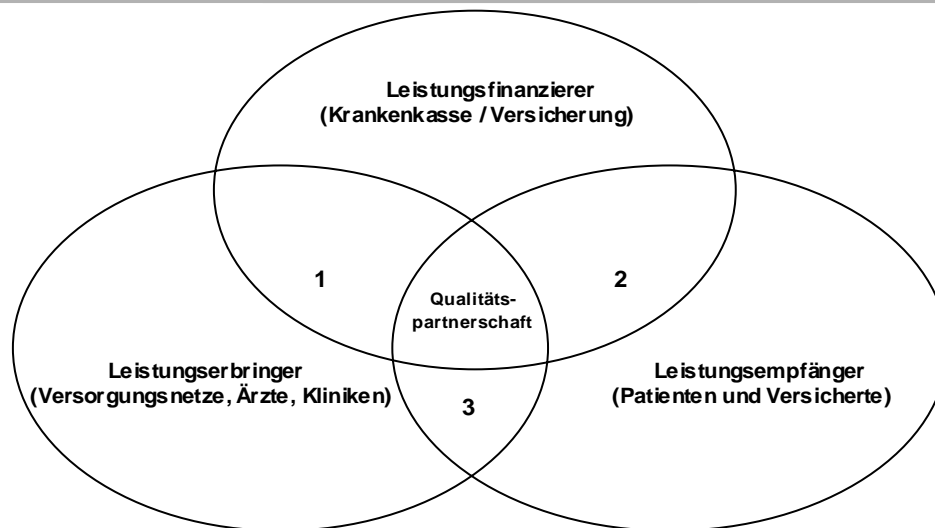
- Gesundheitsunternehmen können sich durch Informationsangebote direkt an die Patienten wenden und dazu beitragen, sie zum eigenverantwortlichen Umgang mit medizinischen Leistungen sowie zur Vertretung ihrer Interessen zu befähigen.
- Für chronisch Kranke müssen Angebote erarbeitet und gemeinsam mit den Ärzten organisiert werden.
- Gedacht ist hier einerseits an die Entwicklung zielgruppengerechter Informations- und Schulungsprogramme (Gesundheitsforen im Internet, Ratgebermedien, Workshops etc.), andererseits an den Kooperationsaufbau mit Patienten-, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen bzw. an die Unterstützung der Gründung geeigneter Patientenorganisationen.
- Die zunehmende Wirtschaftlichkeitsorientierung der Versorgung (Primat der Effizienz) kann zur Einschränkung der ärztlichen Autonomie (Grupp 2000) und im Spannungsfeld der Rationalisierungen zur Rationierung medizinischer Leistungen führen (Preuss 2000).
- Die Standardisierung der Versorgungsprozesse verursacht die Minderung der patientenorientierten Qualität, da gerade bei prozessgeregelten Abläufen individuelle Problemlagen und persönliche Bedürfnisse weniger berücksichtigt werden können.
- Um ihre Ansprüche auf Lebensqualität, Eigenverantwortung und Mitbestimmung zum Tragen zu bringen, werden die Patienten ihre Interessen künftig stärker organisieren müssen.

C. Kooperationsaufbau mit Krankenkassen und Versicherungen

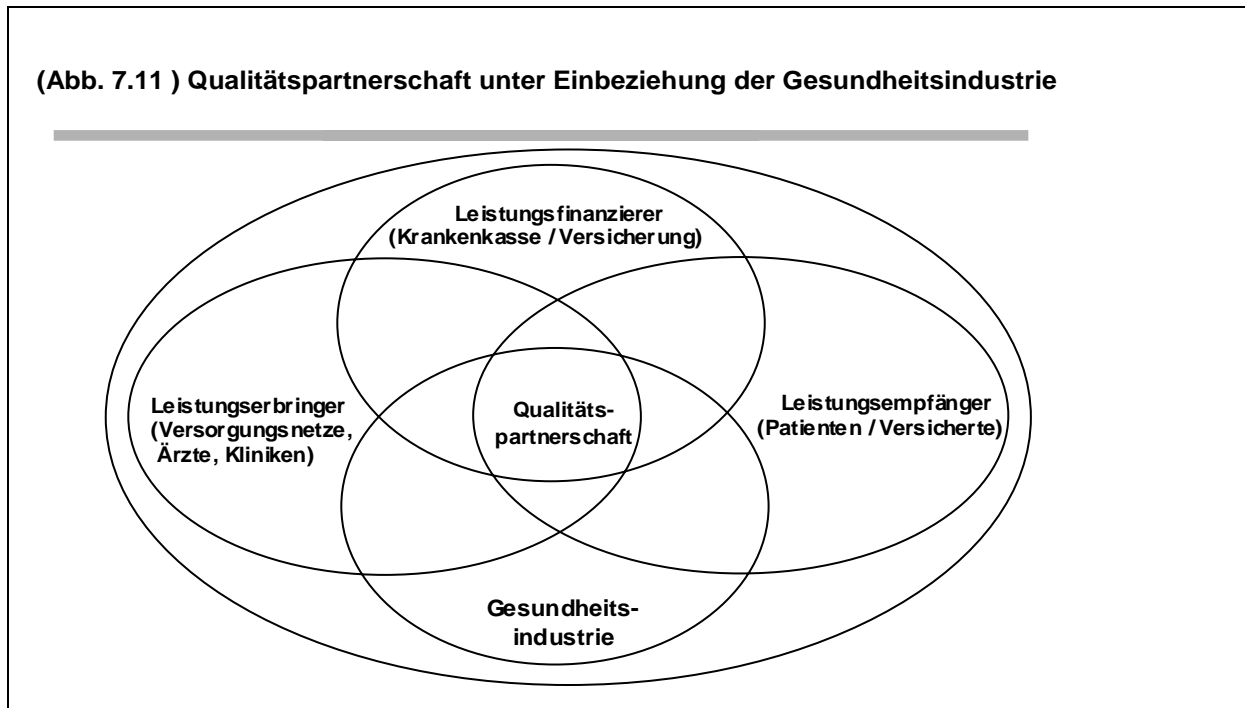
- Unternehmen der Gesundheitsindustrie müssen, gerade wenn es sich um innovative Produkte handelt, frühzeitig das Gespräch mit den Krankenkassen, Versicherungen sowie allen wichtigen politischen Entscheidungsträgern suchen, um mögliche gemeinsame Positionen zu finden.

- Innovative Entwicklungen schaffen neue Möglichkeiten für Diagnose bzw. Therapie und verändern die bisherigen Formen der Versorgung.
- Mit dem medizinischen Fortschritt steigt aber auch die Notwendigkeit, die wachsenden Kosten zu bewältigen.
- Künftig wird es für die Gesundheitsindustrie, wie für alle anderen Beteiligten am Gesundheitsmarkt immer wichtiger, ihre gesundheitspolitischen Positionen gegenüber der Öffentlichkeit aktiv zu vertreten, um soweit wie möglich die Akzeptanz und Unterstützung wichtiger Multiplikatoren, Interessenvertreter und Entscheidungsträger zu erhalten.
- Somit gewinnen gesellschaftsorientierte Strategien und Kommunikationsinstrumente, wie Public Relations, Public Affairs und Lobbying eine wachsende Bedeutung (Abb. 7.10 - 7.11).

(Abb. 7.10) Managed Care als Qualitätspartnerschaft



(Abb. 7.11) Qualitätspartnerschaft unter Einbeziehung der Gesundheitsindustrie



Literatur

1. Biel, A. L. (1999): Grundlagen zum Markenwertaufbau. In: Esch, F.R. (Hrsg.): Moderne Markenführung. Wiesbaden: 61-90.
2. Bohle, F. J., Foltin, B. (1995): Relationship Management – Fairer und offener Dialog. In: Lonsert, M./Preuß, K.J./Kucher, E. (Hrsg.): Handbuch Pharma-Management. Wiesbaden: 217-243.
3. Bruhn, M. (2001): Die zunehmende Bedeutung von Dienstleistungsmarken. In: Köhler, R./Majer, W./Wiezorek, H. (Hrsg.): Erfolgsfaktor Marke. München: 1-21.
4. Bundesärztekammer (1998) (Hrsg.): Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus. 2. Aufl. München, Bern, Wien.
5. Dierks, M.L./Schwarz, F.W./Walter, U. (2000): Patienten als Kunden. In: Jazbinsek, D. (Hrsg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: 150-163.
6. Goutier, M.H.J. (2001): Patienten-Empowerment. In: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: 53-82.
7. Grupp, R. (2000): Standardversorgung versus Therapiefreiheit im Krankenhaus. In: Eiff, W.v./Fenger, H./Gillissen, A. et al. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager. Berlin, Heidelberg: 11/03/1-4, 1-25.
8. Haedrich G./Tomczak, T. (1996): Produktpolitik. Stuttgart, Berlin, Köln.
9. Harms, F. (2001a): Gesundheitsmarketing -Innovationsmarketing in der Pharmaindustrie-, R.v.Decker: 93-112.
10. Harms, F., Grosse-Wichtrup, L. (2000a): Direct-to-Consumer -Möglichkeiten und Grenzen in Europa-, PMJ 5: 150-154.
11. Harms, F., Grosse-Wichtrup, L. (2000b): Direct-to-Consumer -Möglichkeiten und Grenzen in Europa-, PMJ 6: 204-206.

12. Harms, F. (2001b): Welche Chancen und Risiken birgt die Entschlüsselung des menschlichen Genoms -Möglichkeiten der Biotechnologie am Beispiel der Onkologie-, Forum Pharmaceuticum, Gehe, Potsdam.
13. Harms F/Gänshirt D (2005): Gesundheitsmarketing; Patientenempowerment als Kernkompetenz, Lucius-Verlag, Stuttgart, <http://www.luciusverlag.com/buecher/neuerscheinungen/harms.htm>, http://www.luciusverlag.com/buecher/neuerscheinungen/harms_inhalt.htm
14. Hohensohn, H. (1998): Patientenorientiertes Pharmamarketing. Wiesbaden
15. Kalmus, M. (2001): Top-down – Bottom-up. Ein Krankenhaus auf dem Weg zum Leitbild. In: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: 411-423.
16. Kotler, P. (1975/78): Marketing for Nonprofit Organizations, Eglewood Cliffs, New Jersey, USA 1975; Marketing für Nonprofit-Organisationen, Stuttgart 1978.
17. Kotler, P., Bliemel, F. (1999): Marketing-Management, 9. Aufl., Stuttgart, Kapitel 11: 507-561.
18. Kreyher, V.J. (2001): Gesundheits- und Medizinmarketing – Herausforderung für das Gesundheitswesen. In: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing, Heidelberg: 1-51.
19. Lingenfelder, M./Kronhardt, M. (2001): Marketing für vernetzte Systeme. In: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: 313-338.
20. Lüthy, A. (2001): Internet & Intranet als Marketinginstrumente im Krankenhaus, R.v.Decker: 143-163.
21. Meffert, H./Bruhn, M. (1995): Dienstleistungsmarketing. Wiesbaden.
22. Meyer-Lutterloh, K. (2001): Netzmanagement – Aufbau von Praxisnetzen. In: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: 299-312.
23. Oberender, P.O./Hacker, J. (1999): Entwicklungsszenario für Krankenhäuser. In: Braun, G.E. (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement. Stuttgart 1999: 343-365.
24. Oehme, S./Oehme, W. (2001): Marketing für ärztliche Leistungen. In: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: 365-388.
25. Paetow, H. (2001): Neue Anforderungen an das Gesundheitsmarketing. In: Zerres, M./Zerres, C. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing. München, Mering: 1-17.
26. Preuß, K.J. (2000): Managed-Care-Strategien für den stationären Versorgungssektor. In: Eiff, W.v./Fenger, H./Gillesen, A. et al. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager. Berlin: 18/02/1-8, 1-40.
27. Reibnitz, R.v. (2001): Die Rolle des Konsumenten auf dem Gesundheitsmarkt: In: Reibnitz, C.v./Schnabel, P.E./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Der mündige Patient. Weinheim: 265-273.
28. Schmid, R. (1999): Überregional orientierte und große Träger- und Managementstrukturen im Krankenhausbereich. In: Braun, G.E. (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement. Stuttgart: 215-234.
29. Schmutte, A.M. (2001): Marketing und Umfassendes Qualitätsmanagement. In: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: 485-505.
30. Volmer, T. (1995): Lebensqualität und Qualitätsmanagement. Präw.-Rehab., Jg. 7, Nr. 3/1995: 147-154.
31. Wahler, S., Hildebrand, H. (1999): Kooperation Krankenhaus – Pharmaindustrie. In: Braun, G.E. (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement. Stuttgart 1999: 290-307.
32. Weiss, M. (1997): Gesundheitsmanagement. London, Glasgow, Weinheim.