

**UNIVERSITÄT DER BUNDESWEHR MÜNCHEN**



**FAKULTÄT FÜR WIRTSCHAFTS- UND  
ORGANISATIONSWISSENSCHAFTEN**

**Thema der Dissertation:**

**„Customer Relationship Management und Mass Customization in  
Gesundheitsnetzwerken – Ein Ansatz zur Fokussierung auf den Pati-  
enten“**

**Verfasser:**

**Dipl.-Kffr. Johanna Burkart**

Promotionsausschuss:

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. Friedrich L. Sell

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Günther E. Braun

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Eva-Maria Kern

Tag der Prüfung: 13.10.2010

Mit der Promotion erlangter akademischer Grad:

Doktor der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. Pol.)

Neubiberg, den 13.10.2010

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	VIII
Tabellenverzeichnis.....	XIII
Abkürzungsverzeichnis .....	XVII
1 Einführung in die Arbeit .....	1
1.1 Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit.....	4
1.2 Aufbau der Arbeit.....	5
2 Veränderung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen als Ausgangs- basis der Notwendigkeit zur Fokussierung auf den Patienten .....	9
2.1 Entwicklung des medizinischen und medizintechnischen Wissens.....	10
2.2 Informationsmanagement im Gesundheitswesen.....	13
2.2.1 Begriffsklärungen und technologische Kernelemente des Informations- managements .....	13
2.2.1.1 Information und Wissen .....	13
2.2.1.2 Kommunikation.....	17
2.2.1.3 Informations- und Kommunikationssysteme .....	18
2.2.1.3.1 Begriffsklärung.....	18
2.2.1.3.2 Auswirkungen der Entwicklung neuer Informations- und Kommunikationssysteme .....	20
2.2.2 Informations- und Kommunikationssysteme im Gesundheitswesen .....	23
2.2.2.1 Definition medizinischer Informations- und Kommunikations- systeme .....	24
2.2.2.2 Vertikale medizinische Informations- und Kommunikationssysteme ..	25
2.2.2.3 Horizontale medizinische Informations- und Kommunikations- systeme .....	29
2.2.2.4 Medizinische Informations- und Kommunikationssysteme in Gesundheitsnetzwerken.....	33
2.2.3 Probleme mit Informations- und Kommunikationssystemen im Gesund- heitswesen .....	38
2.3 Veränderungen der Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen .....	41
2.3.1 Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen .....	41
2.3.1.1 Gesundheitsreformen .....	41

---

2.3.1.2	Gesetzliche Regelungen zum Qualitätsmanagement.....	47
2.3.1.3	Regulierung von Marketing im Gesundheitswesen.....	48
2.3.2	Potenzielle Marktmacht der Patienten/Versicherten.....	53
2.3.3	Netzwerkbildung im Gesundheitswesen.....	58
2.3.3.1	Begriffsklärung.....	58
2.3.3.2	Rahmenbedingungen.....	59
2.3.3.3	Merkmale von Netzwerken.....	61
2.3.3.4	Formen vernetzter Versorgungsstrukturen.....	64
2.3.3.5	Rechtliche Grundlagen für vernetzte Versorgungsstrukturen.....	68
2.3.4	Zunehmende Bedeutung des Marketing im Gesundheitswesen.....	71
2.3.4.1	Definition Marketing.....	71
2.3.4.2	Besonderheiten des Marketing im Gesundheitswesen.....	74
2.3.4.3	Marketing in Gesundheitsnetzwerken.....	76
2.3.5	Wachsendes Qualitätsbewusstsein im Gesundheitswesen.....	79
2.3.5.1	Qualitätsverständnis.....	79
2.3.5.2	Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung.....	82
2.3.5.3	Qualitätsmanagement im deutschen Gesundheitswesen.....	84
2.3.5.3.1	Qualitätsmanagementsysteme und Zertifizierungen im deutschen Gesundheitswesen.....	84
2.3.5.3.2	Instrumente des Qualitätsmanagement.....	88
2.3.5.4	Transparenz und Kommunikation von Qualität.....	91
2.4	Auswirkung von Veränderungen in der Gesellschaft auf das Gesundheits- wesen.....	92
2.4.1	Einfluss des Demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Kostenentwicklung im Speziellen.....	92
2.4.2	Informatisierung der Gesellschaft.....	97
2.4.3	Änderungen der kognitiven Orientierung der Patienten.....	100
2.4.3.1	Der Patient als Kunde.....	100
2.4.3.1.1	Begriffliche Definition eines Kunden.....	100
2.4.3.1.2	Patientenmündigkeit.....	101
2.4.3.1.3	Zahlungsbereitschaft der Patienten.....	104
2.4.3.2	Patiententypologien.....	106
2.5	Die zeitliche Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung.....	110

2.5.1	Prinzipal-Agent Ansatz als wissenschaftstheoretische Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung .....	111
2.5.2	Typen der Arzt-Patienten-Beziehung .....	114
2.5.2.1	Übersicht über die Typen der Arzt-Patienten-Beziehung .....	114
2.5.2.2	Die Paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung .....	115
2.5.2.3	Der Arzt als Agent.....	118
2.5.2.4	Partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung .....	119
2.5.2.5	Der Arzt als Informant .....	121
2.5.3	Zeitliche Entwicklung vom Paternalismus zur Partnerschaft.....	122
3	Customer Relationship Management .....	125
3.1	Begriffsklärung und Einordnung in den Unternehmenskontext .....	125
3.2	Grundlagen des Customer Relationship Management .....	132
3.2.1	Bestandteile des Customer Relationship Management .....	132
3.2.2	Komponenten des Customer Relationship Management .....	136
3.2.3	Ziele des Customer Relationship Management.....	137
3.3	Implementierung und Wirkungskette des Customer Relationship Management .....	140
4	Interaktive Wertschöpfung – Mass Customization .....	144
4.1	Der Ansatz der interaktiven Wertschöpfung .....	144
4.2	Mass Customization – ein Schwerpunkt der interaktiven Wertschöpfung ...	146
4.2.1	Grundlagen der Mass Customization .....	146
4.2.2	Ausprägungsarten der Mass Customization .....	149
4.2.3	Standardisierung und Modularisierung in der Mass Customization .....	152
4.2.4	Kundenintegration und Interaktion in der Mass Customization .....	155
4.2.5	Implementierung der Mass Customization.....	163
4.3	Mass Customization im Dienstleistungssektor .....	165
4.4	Mass Customization in der Praxis – Darstellung anhand von Beispielen.....	168
4.4.1	Mass Customization in der Konsumgüterindustrie .....	168
4.4.2	Mass Customization in der Dienstleistungsbranche.....	170
4.4.2.1	Mass Customization in der Tourismusbranche .....	170
4.4.2.2	Mass Customization in der Hotelbranche .....	170

---

5	Entwurf eines Anwendungsmodells zur Umsetzung des Ansatzes der Mass Customization und des Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken.....	172
5.1	Synergieeffekte zwischen Mass Customization und Customer Relationship Management .....	172
5.2	Anforderungen an Gesundheitsnetzwerke zur Implementierung von Mass Customization und Customer Relationship Management.....	174
5.2.1	Anforderungen zur Umsetzung der Mass Customization.....	174
5.2.2	Anforderungen zur Umsetzung eines Customer Relationship Management.....	176
5.3	Eignung von Gesundheitsnetzwerken zur Umsetzung von Mass Customization und Customer Relationship Management.....	177
5.3.1	Standardisierung in Gesundheitsnetzwerken zur Umsetzung der Mass Customization .....	178
5.3.1.1	Informations- und Kommunikationstechnologien zur Standardisierung in Gesundheitsnetzwerken .....	179
5.3.1.2	Standardisierung von Prozessabläufen .....	182
5.3.1.2.1	Organisatorische Prozessabläufe.....	182
5.3.1.2.2	Terminmanagement .....	187
5.3.1.2.3	Behandlungspfade.....	188
5.3.1.2.4	Behandlungsleitlinien.....	190
5.3.1.2.5	Disease Management Programme.....	191
5.3.1.3	Standardisierung und Modularisierung der Leistung/des Ergebnisses .....	192
5.3.1.4	Vorteile der Standardisierung/Modularisierung .....	195
5.3.2	Individualisierung des Leistungserstellungsprozesses eines Gesundheitsnetzwerkes zur Umsetzung der Mass Customization.....	196
5.3.2.1	Technische Basis zur Individualisierung der Dienstleistung Gesundheit .....	196
5.3.2.2	Patienteninteraktion mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien .....	198
5.3.2.3	Individualisierung der Interaktion zwischen Patient und Personal.....	202
5.3.2.4	Individualisierung von Disease Management Programmen .....	204

5.3.2.5	Individuelles Patienten- und Gesundheitscoaching.....	207
5.3.2.6	Case Management – Orientierung am einzelnen Krankheitsfall.....	210
5.3.2.7	Electronic Disease Management .....	211
5.3.3	Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken.....	213
5.3.4	Zusammenfassung der konzeptionellen Übertragung.....	215
6	Zielsetzung, Methodik und Durchführung der empirischen Untersuchung zur Akzeptanz von Mass Customization und Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken und zur Patientensegmentierung.....	217
6.1	Zielsetzung der empirischen Untersuchung.....	217
6.2	Definition der Hypothesen der empirischen Untersuchung.....	218
6.3	Methodische Vorgehensweise in der empirischen Untersuchung.....	221
6.4	Grundgesamtheiten und Stichproben der empirischen Untersuchung.....	224
6.5	Durchführung der empirischen Untersuchung.....	226
6.5.1	Datenerhebung der Online-Befragung.....	226
6.5.2	Datenerhebung der schriftlichen Befragung.....	227
7	Ergebnisse der empirischen Untersuchung.....	229
7.1	Ergebnisse der Online-Befragung.....	229
7.1.1	Prüfung der Datenqualität.....	229
7.1.2	Analyse der soziodemografischen Zusammensetzung der Teilnehmer.....	230
7.1.3	Erste Auswertung der Ergebnisse.....	236
7.1.3.1	Häufigkeitsverteilungen.....	236
7.1.3.2	Untersuchung des Einflusses unabhängiger Variablen auf die Ergebnisse.....	257
7.2	Ergebnisse der schriftlichen Befragung.....	268
7.2.1	Soziodemografische Daten der Teilnehmer und Qualität der Ergebnisse..	268
7.2.2	Erste Ergebnisse der schriftlichen Befragung.....	269
7.3	Prüfung der Hypothesen.....	275
7.3.1	Variablendefinition als Grundlage der Hypothesenprüfung.....	275
7.3.1.1	„Patientenmündigkeit“ als Variable zur Charakterisierung des Patienten als Kunden.....	275
7.3.1.2	„Zahlungsbereitschaft“ als Variable zur Charakterisierung des Patienten als Kunden.....	278
7.3.2	Prüfung der einzelnen Hypothesen.....	279

---

7.4	Analyse der Kundenvariablen „Patientenmündigkeit“ und „Zahlungsbereitschaft“ .....	291
7.4.1	Analyse der Variable „Patientenmündigkeit“ .....	291
7.4.2	Analyse der Variable „Zahlungsbereitschaft“ .....	299
7.5	Clusteranalyse zur Patientensegmentierung und Entwicklung der Patiententypologie.....	303
7.5.1	Definition der Cluster zur Erstellung von Patientensegmenten.....	303
7.5.2	Analyse prägender Variablen nach Patientensegment.....	306
7.5.3	Patiententypisierung.....	322
8	Implikationen der empirischen Untersuchung für die Umsetzung des Konzeptes der Mass Customization und des Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken .....	327
8.1	Allgemeine Implikationen der empirischen Untersuchung .....	327
8.1.1	Wahl der Methode der Mass Customization.....	327
8.1.2	Anhaltspunkte für die Umsetzung der Interaktionsphasen der Mass Customization .....	329
8.1.3	Empirische Absicherung der Relevanz von Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken .....	331
8.2	Verantwortlichkeiten für Mass Customization und Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken.....	332
8.3	Beispielhafte Implementierungsansätze von Mass Customization und Customer Relationship Management für ein Gesundheitsnetzwerk .....	333
8.3.1	Anspruchsvolle, zahlungsbereite Kunden.....	334
8.3.1.1	Beschreibung der Zielgruppe.....	334
8.3.1.2	Ansatz der Mass Customization und des Customer Relationship Management.....	341
8.3.2	Bedachte Kunden .....	343
8.3.2.1	Beschreibung der Zielgruppe.....	343
8.3.2.2	Ansatz der Mass Customization und des Customer Relationship Management.....	351
9	Schlussbetrachtung und Ausblick.....	353
	Anhang.....	359
	Literaturverzeichnis .....	403

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Veränderungen der Marktstruktur.....	10
Abbildung 2: Abgrenzung implizites/explicites Wissen.....	15
Abbildung 3: Barrieren der Leistungsvernetzung.....	21
Abbildung 4: Prozess und Einflussfaktoren der Wissensentwicklung und -umwandlung.....	23
Abbildung 5: Informationssystem einer Arztpraxis.....	25
Abbildung 6: Beispielhafte Darstellung eines Integrierten Systems zur Datenverwaltung.....	28
Abbildung 7: Beispielhafte Übersicht über patientenbezogene elektronische Akten.....	37
Abbildung 8: Übersicht über die Reformen im Gesundheitswesen von 1989-1999.....	42
Abbildung 9: Übersicht über die Reformen im Gesundheitswesen von 2000 bis 2009.....	43
Abbildung 10: Übersicht der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Einschränkung von Werbung und Marketing im Gesundheitswesen.....	50
Abbildung 11: §§ 27, 28 der (Muster) Berufsordnung für Ärzte.....	52
Abbildung 12: Verhalten von Patienten bei Unstimmigkeiten mit dem Arzt.....	55
Abbildung 13: Arztwechsel wegen Dissens über Behandlung.....	56
Abbildung 14: Integrierte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen.....	65
Abbildung 15: Beispielhafte Darstellung möglicher Kooperationsformen im Gesundheitswesen.....	66
Abbildung 16: Aufgaben des Marketing.....	73
Abbildung 17: Bestandteile des Gesundheits- und Medizinmarketing.....	75
Abbildung 18: Systematik des Begriffs Qualität.....	81
Abbildung 19: Interessenschwerpunkte der Parteien im Qualitätsmanagement.....	83
Abbildung 20: Vereinfachter Bezugsrahmen des Einflusses der demografischen Entwicklung auf die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen.....	93
Abbildung 21: Anzahl pflegebedürftiger Menschen nach Alter.....	94
Abbildung 22: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands 2006 in Tausend.....	94
Abbildung 23: Pro-Kopf-Leistungsausgaben der GKV nach Alter und Geschlecht.....	95
Abbildung 24: Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben innerhalb der Altersgruppen 1995 und 2005.....	96



Abbildung 25: Rollen der Nutzer im Gesundheitswesen.....	104
Abbildung 26: Einflussfaktoren auf die Autonomie des Patienten.....	117
Abbildung 27: Entwicklung des CRM.....	127
Abbildung 28: Zusammenhang zwischen CRM, 1:1-Marketing und Mass Customi- zation.....	131
Abbildung 29: Einflussfaktoren auf Customer Value und Kundenwert.....	140
Abbildung 30: Wirkungskette des CRM .....	141
Abbildung 31: Entwicklung der interaktiven Wertschöpfung.....	145
Abbildung 32: Prinzipien der Mass Customization .....	149
Abbildung 33: Informationskreis der Mass Customization.....	155
Abbildung 34: Phasen des Interaktions- und Kaufprozesses.....	156
Abbildung 35: Phasen der Interaktion der Mass Customization .....	157
Abbildung 36: Zeitpunkt der Kundenintegration in den Wertschöpfungsprozess .....	160
Abbildung 37: Anwendungsschleife der Mass Customization.....	164
Abbildung 38: Synergieeffekte zwischen Mass Customization und CRM .....	173
Abbildung 39: Anzahl an Teilnehmern, die im Gesundheitswesen tätig sind.....	230
Abbildung 40: Zusammensetzung der Teilnehmer nach Geschlecht .....	232
Abbildung 41: Altersverteilung der Teilnehmer.....	232
Abbildung 42: Vergleich der Altersverteilung ARD/ZDF Online-Studie, GfK Online-Monitor und Online-Befragung .....	233
Abbildung 43: Anzahl chronisch kranker Teilnehmer und Erkrankungsart.....	235
Abbildung 44: Bewertung der Informationsmöglichkeiten nach Bildungsabschluss...	259
Abbildung 45: Einstellung zu MVZ in Abhängigkeit des Bildungsabschlusses .....	260
Abbildung 46: Einfluss der Versicherungsart auf den Informationsstand der Teil- nehmer.....	262
Abbildung 47: Einfluss der Versicherungsart auf die Beurteilung der Informations- möglichkeiten.....	263
Abbildung 48: Einfluss der Versicherungsart auf die Einstellung der Teilnehmer zu MVZ.....	264
Abbildung 49: Einfluss der Versicherungsart auf den Wunsch nach Service- angeboten .....	265
Abbildung 50: Einfluss einer chronischen Erkrankung auf den Informationsstand.....	266

Abbildung 51: Einfluss einer chronischen Erkrankung auf die Bewertung der Informationsmöglichkeiten.....	267
Abbildung 52: Einfluss einer chronischen Erkrankung auf die Einstellung zu MVZ ..	268
Abbildung 53: Ausprägung der Zahlungsbereitschaft .....	280
Abbildung 54: Ausprägung der Patientenmündigkeit.....	281
Abbildung 55: Fragen zur Feststellung des Bedarfs an Serviceleistungen .....	282
Abbildung 56: Bedarf an Serviceleistungen.....	283
Abbildung 57: Zusammenhang zwischen Zahlungsbereitschaft und Patientenmündigkeit.....	284
Abbildung 58: Wahrnehmung des Informationsmangels im Gesundheitswesen.....	286
Abbildung 59: Fragen zur Forderung von Qualitätsnachweisen.....	286
Abbildung 60: Wunsch nach Qualitätsnachweisen.....	287
Abbildung 61: Zusammenhang zwischen Informationsmangel und Forderung nach Qualitätsnachweisen .....	287
Abbildung 62: Offenheit zur Nutzung neuer IuK-Technologien im Gesundheitswesen .....	289
Abbildung 63: Fragen zur Wertschätzung der Zusammenarbeit .....	290
Abbildung 64: Wertschätzung der Zusammenarbeit.....	291
Abbildung 65: Patientenmündigkeit der Teilnehmer .....	292
Abbildung 66: Zusammenhang zwischen Alter und Patientenmündigkeit.....	293
Abbildung 67: Boxplots Patientenmündigkeit und Tätigkeit im Gesundheitswesen....	294
Abbildung 68: Boxplots Patientenmündigkeit nach Geschlecht.....	294
Abbildung 69: Boxplots Patientenmündigkeit und Ausbildung .....	295
Abbildung 70: Boxplots Beruf und Patientenmündigkeit.....	296
Abbildung 71: Boxplot Patientenmündigkeit nach Versicherungsart.....	297
Abbildung 72: Vergleich Patientenmündigkeit nach Versicherung und Bildungsabschluss.....	298
Abbildung 73: Boxplots Patientenmündigkeit nach Größe des Wohnortes.....	298
Abbildung 74: Zahlungsbereitschaft der Teilnehmer.....	299
Abbildung 75: Zusammenhang zwischen Alter und Zahlungsbereitschaft .....	300
Abbildung 76: Zahlungsbereitschaft und Tätigkeit im Gesundheitswesen.....	300
Abbildung 77: Zahlungsbereitschaft nach Geschlecht.....	301
Abbildung 78: Zusammenhang Zahlungsbereitschaft und Bildung.....	301

Abbildung 79: Zahlungsbereitschaft und Beruf.....	302
Abbildung 80: Zahlungsbereitschaft nach Versicherungsart.....	302
Abbildung 81: Einteilung der Teilnehmer in Kundengruppen .....	304
Abbildung 82: Ergebnis der Clustereinteilung in 6 Cluster.....	306
Abbildung 83: Verteilung der Cluster auf die Altersgruppen.....	307
Abbildung 84: Verteilung der Cluster nach Geschlecht .....	308
Abbildung 85: Zusammensetzung der Cluster nach Bildung .....	308
Abbildung 86: Zusammensetzung der Cluster nach Beruf.....	309
Abbildung 87: Zusammensetzung der Cluster nach Tätigkeit im Gesundheitswesen..	310
Abbildung 88: Zusammensetzung der Cluster innerhalb der im Gesundheitswesen Tätigen.....	310
Abbildung 89: Zusammensetzung der Cluster nach Versicherung .....	311
Abbildung 90: Zusammensetzung der Cluster nach Größe des Wohnortes .....	311
Abbildung 91: Zusammensetzung der Cluster nach Vorliegen einer chronischen Erkrankung.....	312
Abbildung 92: Ausprägung des Servicebedarfs je Cluster .....	313
Abbildung 93: Akzeptanz neuer IuK-Technologien im Gesundheitswesen je Cluster	313
Abbildung 94: Mittelwerte der Nutzungshäufigkeit des Internets je Cluster .....	314
Abbildung 95: Mittelwerte der Internetnutzung mit Bezug zum Gesundheitswesen...	314
Abbildung 96: Mittelwerte zur Vertrautheit mit dem Internet je Cluster .....	315
Abbildung 97: Höhe des Informationsstands je Cluster .....	316
Abbildung 98: Forderung von Qualitätsnachweisen je Cluster .....	316
Abbildung 99: Erwünschte Datenspeicherung auf der Gesundheitskarte .....	317
Abbildung 100: Regelmäßige Informationsquellen für Fragen zum Gesundheits- system.....	318
Abbildung 101: Regelmäßige Informationsquellen für medizinische Fragen.....	318
Abbildung 102: Hausarztbezug nach Clustern .....	319
Abbildung 103: Häufigkeit an Hausarztbesuchen nach Clustern .....	319
Abbildung 104: Häufigkeit an Facharztbesuchen nach Clustern.....	320
Abbildung 105: Gründe für den Arztbesuch nach Clustern .....	320
Abbildung 106: Mittelwerte der Befürwortung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten je Cluster .....	321
Abbildung 107: Mittelwerte der Einstellung zu einem MVZ je Cluster .....	321

Abbildung 108: Bewertung des eigenen Kenntnisstands und der Informations- verfügbarkeit.....	322
Abbildung 109: Auswahl des Cluster 3 zur differenzierten Betrachtung .....	334
Abbildung 110: Alters- und Geschlechtsverteilung in Cluster 3 .....	335
Abbildung 111: Beruf und Bildung in Cluster 3 .....	335
Abbildung 112: Versicherung der Patienten in Cluster 3 .....	335
Abbildung 113: Häufigkeit der Internetnutzung in Cluster 3 .....	338
Abbildung 114: Nutzungshäufigkeit des Internets bezogen auf das Gesundheits- wesen in Cluster 3 .....	338
Abbildung 115: Bewertung des Internets mit Bezug zum Gesundheitswesen in Cluster 3 .....	339
Abbildung 116: Bewertung eines neutralen Ansprechpartners in Cluster 3 .....	339
Abbildung 117: Informationsquelle für strukturelle Fragen in Cluster 3.....	340
Abbildung 118: Informationsquelle für medizinische Fragen in Cluster 3.....	340
Abbildung 119: Beurteilung Services in Cluster 3.....	341
Abbildung 120: Auswahl des Cluster 1 zur differenzierten Betrachtung .....	344
Abbildung 121: Alters- und Geschlechtsverteilung in Cluster 1 .....	344
Abbildung 122: Beruf und Bildung in Cluster 1 .....	345
Abbildung 123: Versicherung der Patienten in Cluster 1 .....	345
Abbildung 124: Häufigkeit der Internetnutzung in Cluster 1 .....	348
Abbildung 125: Nutzungshäufigkeit des Internets bezogen auf das Gesundheits- wesen in Cluster 1 .....	348
Abbildung 126: Bewertung des Internets mit Bezug zum Gesundheitswesen in Cluster 1 .....	349
Abbildung 127: Bewertung eines neutralen Ansprechpartners in Cluster 1 .....	349
Abbildung 128: Informationsquelle für strukturelle Fragen in Cluster 1 (N=57).....	350
Abbildung 129: Informationsquelle für medizinische Fragen in Cluster 1 (N=57).....	350
Abbildung 130: Beurteilung Services in Cluster 1.....	351
Abbildung 131: Ergebnis der Clustereinteilung in 4 Cluster .....	394
Abbildung 132: Ergebnis der Clustereinteilung in 5 Cluster .....	394
Abbildung 133: Ergebnis der Clustereinteilung in 9 Cluster .....	395

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Differenzierung der Begriffe Daten, Information und Wissen .....	16
Tabelle 2: Unzufriedenheit mit Diagnose/vorgeschlagener Behandlung .....	57
Tabelle 3: Arztwechsel aufgrund von Unzufriedenheit .....	57
Tabelle 4: Teilnehmer Gesundheitsmonitor Befragungswelle 10 bis 16 .....	57
Tabelle 5: Einflussfaktoren der Struktur- und Systemkrise .....	60
Tabelle 6: Definitionen des Begriffs „Marketing“ .....	72
Tabelle 7: Entwicklung der Internetnutzung in Deutschland 1997 bis 2008 .....	98
Tabelle 8: Gesundheitstypen nach Psychonomics .....	107
Tabelle 9: Patiententypologie des Zukunftsforum Gesundheitspolitik (ZUFOG) .....	108
Tabelle 10: Patiententypologie der Bertelsmann Stiftung .....	109
Tabelle 11: Klassifikation der Problemtypen der Prinzipal-Agent-Theorie .....	112
Tabelle 12: Typen der Arzt-Patienten-Beziehung .....	115
Tabelle 13: Definitionen von CRM .....	128
Tabelle 14: Merkmale der Individualisierung und Standardisierung auf Produkt- ebene .....	153
Tabelle 15: Übersicht über die Teilnehmerzahl der Befragung .....	229
Tabelle 16: Art der Tätigkeit im Gesundheitswesen .....	231
Tabelle 17: Bildung der Teilnehmer .....	234
Tabelle 18: Beruf der Teilnehmer .....	234
Tabelle 19: Versicherungsart der Teilnehmer inklusive Ärzte .....	234
Tabelle 20: Versicherungsart der Teilnehmer ohne Ärzte .....	235
Tabelle 21: Differenzierung der gesetzlich Versicherten nach Zusatzversicherung inklusive Ärzte .....	235
Tabelle 22: Größe des Wohnortes der Teilnehmer .....	236
Tabelle 23: Verteilung der Teilnehmer auf die Bundesländer .....	236
Tabelle 24: Anteil an Patienten mit Hausarzt .....	237
Tabelle 25: Kreuztabelle Versichertenart und Hausarztbezug .....	238
Tabelle 26: Anzahl an Arztbesuchen pro Jahr .....	238
Tabelle 27: Gründe für den Arztbesuch .....	238
Tabelle 28: Einfluss auf die Entscheidung des Arztes .....	239
Tabelle 29: Gewünschte Einbindung in die Entscheidung des Arztes .....	239

Tabelle 30: Aussagen zur Prozessqualität .....	241
Tabelle 31: Zahlungsbereitschaft .....	242
Tabelle 32: Informationsstand.....	242
Tabelle 33: Bewertung der Informationsmöglichkeiten.....	243
Tabelle 34: Informationsquelle Gesundheitssystem .....	244
Tabelle 35: Informationsquelle medizinische Themen .....	244
Tabelle 36: Bedarf an neutralen Ansprechpartnern.....	245
Tabelle 37: Bewertung von Patienten-Beratungsstellen .....	246
Tabelle 38: Häufigkeit der Internetnutzung .....	246
Tabelle 39: Häufigkeit der Internetnutzung für medizinische Themen .....	246
Tabelle 40: Einstellung zum Internet .....	247
Tabelle 41: Erfahrung mit dem Internet.....	247
Tabelle 42: Anlaufstellen außerhalb der Praxisöffnungszeiten.....	248
Tabelle 43: Beurteilung der Zusammenarbeit von Ärzten.....	249
Tabelle 44: Beurteilung von Medizinischen Versorgungszentren .....	250
Tabelle 45: Bekanntheit von Disease Management Programmen .....	251
Tabelle 46: Kreuztabelle Vorliegen einer chronischen Erkrankung und Bekanntheit DMP .....	251
Tabelle 47: Bekanntheit der Gesundheitskarte.....	252
Tabelle 48: Informationsquelle Gesundheitskarte.....	252
Tabelle 49: Erwünschte Daten auf der Gesundheitskarte .....	253
Tabelle 50: Bedarf an Serviceleistungen.....	254
Tabelle 51: Einschätzung der Datensicherheit.....	255
Tabelle 52: Akzeptanz des Telemonitoring .....	255
Tabelle 53: Serviceleistungen aus Ärztesicht.....	256
Tabelle 54: Einfluss der Bildung auf die Beeinflussung der Arztentscheidung .....	257
Tabelle 55: Einfluss der Bildung auf den Wunsch nach Entscheidungsbeteiligung.....	257
Tabelle 56: Einfluss der Versicherungsart der Teilnehmer auf die Beeinflussung der Arztentscheidung.....	261
Tabelle 57: Einfluss der Versicherungsart der Teilnehmer auf den Wunsch nach Entscheidungsbeteiligung.....	261
Tabelle 58: Bewertung Terminvereinbarung für den Patienten durch den Arzt.....	270
Tabelle 59: Wichtigkeit der Terminvereinbarung für den Patienten durch den Arzt....	270

Tabelle 60: Bewertung der Beschleunigung der Terminvergabe durch den Arzt .....	271
Tabelle 61: Verständlichkeit des Informationsschreibens .....	271
Tabelle 62: Wichtigkeit des Informationsschreibens.....	272
Tabelle 63: Bewertung des Antrags zur Kostenübernahme.....	272
Tabelle 64: Arbeitersparnis durch den Antrag zur Kostenübernahme .....	272
Tabelle 65: Bewertung der Datenübermittlung .....	273
Tabelle 66: Wichtigkeit der Datenübermittlung .....	273
Tabelle 67: Wunsch nach Zusammenarbeit zwischen Arzt und Klinik.....	273
Tabelle 68: Kreuztabelle Befürwortung und Wichtigkeit der Terminvereinbarung durch den Arzt.....	274
Tabelle 69: Kreuztabelle Befürwortung und Wichtigkeit der Datenübermittlung .....	275
Tabelle 70: Punktwertzuordnung zur Selbsteinschätzung .....	276
Tabelle 71: Gewichtung der Fragen zum Anspruchsverhalten.....	277
Tabelle 72: Gewichtung der Fragen zur Zahlungsbereitschaft.....	279
Tabelle 73: Fragen zum Status quo des Informationsangebotes.....	285
Tabelle 74: Fragen zur Messung der Einstellung zu neuen Kommunikations- technologien.....	288
Tabelle 75: Korrelation zwischen Alter und Patientenmündigkeit.....	293
Tabelle 76: Anzahl der Teilnehmer je Kundengruppe.....	305
Tabelle 77: Anzahl der Teilnehmer je Cluster .....	306
Tabelle 78: Benennung der Kundencluster.....	323
Tabelle 79: Patiententypologie .....	324
Tabelle 80: Häufigkeit des Arztbesuchs in Cluster 3 .....	336
Tabelle 81: Hausarztbezug nach Versicherungsart in Cluster 3 .....	337
Tabelle 82: Grund für Arztbesuch in Cluster 3.....	337
Tabelle 83: Anteil chronisch Kranker in Cluster 3 .....	337
Tabelle 84: Häufigkeit des Arztbesuchs in Cluster 1 .....	346
Tabelle 85: Hausarztbezug nach Versicherungsart in Cluster 1 .....	346
Tabelle 86: Grund für Arztbesuch in Cluster 1 .....	347
Tabelle 87: Anteil chronisch Kranker in Cluster 1 .....	347
Tabelle 88: Verteilung Geschlecht Befragungsabbrecher .....	388
Tabelle 89: Altersverteilung Befragungsabbrecher .....	388
Tabelle 90: Bildung Befragungsabbrecher .....	389

Tabelle 91: Berufsverteilung Befragungsabbrecher.....	389
Tabelle 92: Versicherung Befragungsabbrecher .....	390
Tabelle 93: Bundesland Befragungsabbrecher.....	390
Tabelle 94: Größe Wohnort Befragungsabbrecher .....	391
Tabelle 95: Häufigkeit Hausarztbesuch beendete Fragebögen vs. alle Fragebögen .....	392
Tabelle 96: Häufigkeit Facharztbesuch beendete Fragebögen vs. alle Fragebögen .....	392
Tabelle 97: Aussagen zum Arztbesuch beendete Fragebögen vs. alle Fragebögen.....	393



## Abkürzungsverzeichnis

AfGis	Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme
AGnES	Arztentlastende Gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APIS	Arztpraxisinformationssystem(e)
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Aufl.	Auflage
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPM	Business Process Management
CAS	Computer Aided Selling
CI	Corporate Identity
CIRS	Critical Incidence Reporting System(s)
CRM	Customer Relationship Management
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DM	Disease Management
DMP	Disease Management Programm(e)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
E-DSM	Electronic Disease Management
eFA	elektronische Fallakte(n)
EFQM	European Foundation of Quality Management
eGA	elektronische Gesundheitsakte(n)
eGK	elektronische Gesundheitskarte(n)
eKA	elektronische Krankenakte(n)
EN	Europäische Norm
EPA	Europäisches Praxisassessment
ePA	elektronische Patientenakte(n)

ERP	Enterprise Resource Planning
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
GKV-NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GoÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
Hrsg.	Herausgeber
HON	Health on the Net
HTA	Health Technology Assessment
HWG	Heilmittelwerbeengesetz
i. Allg.	im Allgemeinen
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung(en)
IOM	Institute of Medicine
ISO	International Organization for Standardization
IuK	Information(s) und Kommunikation(s)
IV	Integrierte Versorgung
IVS	Integrierte Versorgungsstruktur(en)
Jg.	Jahrgang
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHKDG	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem(e)
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
MBO-Ä	Musterberufsordnung für Ärzte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum/Medizinische Versorgungszentren
OP	Operation

PDCA	Plan Do Check Act
PICS	Platform for internet content selection
PKV	Private Krankenversicherung(en)
PR	Public Relations
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
RM	Relationship Marketing
RSA	Risikostrukturausgleich
SCM	Supply Chain Management
SDM	Shared Decision Making
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TQM	Total Quality Management
u.a.	unter anderem
Univ.	Universität
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
Vgl.	Vergleiche
Vol.	Volume
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZUFOG	Zukunftsforum Gesundheitspolitik



## **1 Einführung in die Arbeit**

Stellt man sich heute die Frage, in welchen Bereichen die schnellsten, nachhaltigsten und bahnbrechendsten Entwicklungen im Interesse des einzelnen Menschen erfolgen, wird nach einigem Nachdenken mit hoher Wahrscheinlichkeit die Wahl auf die Medizin und ihr Umfeld fallen. Das Gesundheitswesen ist durch einen immensen **Wandel** geprägt, der durch die folgenden Merkmale gekennzeichnet ist. Der medizinische Fortschritt vollzieht sich schnell und umfangreich.<sup>1</sup> Durch die modernen Entwicklungen erweitern sich die Möglichkeiten in der Diagnostik und Behandlung von Patienten zunehmend. Sie ermöglichen ein medizinisches Leistungsangebot für jeden Einzelnen in nicht gekanntem Ausmaß. Diese Entwicklung beeinflusst nicht nur die Leistungserbringung an sich, sondern bringt auch strukturelle und finanzielle Auswirkungen mit sich. Ein weiterer Faktor, welcher die Rahmenbedingungen beeinflusst, sind die technologischen Errungenschaften im Bereich der Information und Kommunikation. Sie ermöglichen neue Wege des Informationsaustausches zwischen Arzt und Patient, aber auch zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Auf der anderen Seite, der des Leistungsempfängers, zeichnet sich auch ein Trend ab, der in vielen anderen Bereichen der Lebenswelt bereits zu einem Paradigmenwechsel geführt hat. Die Rede ist hier von einem Trend, welcher sich als Informatisierung der Gesellschaft beschreiben lässt. Die Menschen werden vertrauter im Umgang mit Technik, speziell der Informationstechnologie, und erreichen eine neue Ebene der Beschaffung, des Umgangs, der Auswertung und des Einsatzes von Information für ihre Belange. Entsprechend steigen Ansprüche und Mitsprache in vielen Bereichen des menschlichen Lebens, inzwischen auch im Bereich der Medizin.<sup>2</sup> Diese Entwicklungen lassen sich weltweit auf allen Ebenen, auch in weniger entwickelten Ländern beobachten. Die Speerspitze stellen jedoch die hoch industrialisierten und technologisch durchdrungenen Gesellschaften dar.

In den letzten Jahrzehnten haben sich nicht nur neue Trends in der Gesellschaft entwickelt, es gibt auch deutliche demografische Veränderungen. Es ist ein **Alterungsprozess** zu beobachten, welcher durch eine Steigerung der Lebenserwartung bei gleichzei-

---

<sup>1</sup> Vgl. Krüger-Brand, H. E. (2009), S. C1651.

<sup>2</sup> Vgl. Bürger, C. (2003), S. 1.

tigem Geburtenrückgang hervorgerufen wird.<sup>3</sup> Dies gilt ebenfalls in unterschiedlichen Ausprägungen für alle Gesellschaften dieser Welt, wiederum aber als Trend hauptsächlich in den sogenannten entwickelten Staaten. Die medizinischen und medizintechnischen Entwicklungen sind maßgebende Ursachen für diese Veränderungen. Die Folgen sind gewaltig. Es kommt zu **steigende Kosten** einerseits und der Entwicklung einer **neuen Anforderungshaltung der Patienten** andererseits.<sup>4</sup> Hauptsächlich die steigenden Kosten führen zu einer Sensibilisierung der Kostenträger und der Politik im Gesundheitswesen, wodurch weitreichende Veränderungen und Reformen<sup>5</sup> in Gang gebracht wurden. Dies zeigt sich in einer Neuerung der rechtlichen Rahmenbedingungen, welche den Wettbewerbsgedanken zwischen den Leistungserbringern fördern sollen. Die vielfältigen Änderungen führen zu einer abnehmenden Transparenz, da es schwierig wird auf dem neuesten Stand zu bleiben und zu einer steigenden Komplexität auf Seiten der Leistungserbringung. Durch die Reformen im Gesundheitswesen wurde den Patienten eine größere Einflussnahme auf der Makroebene ermöglicht.<sup>6</sup> Entsprechend steigt auch die Forderung der Patienten an eine stärkere Patientenorientierung der Leistungserbringung und eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten und des Behandlungsprozesses entlang der Wertschöpfungskette.<sup>7</sup> Als Konsequenz der Forderung nach einer ganzheitlichen Sichtweise und zur besseren Kontrolle der Kostenentwicklungen<sup>8</sup> entstehen auch im Gesundheitswesen, wie in anderen Branchen bereits seit Langem zu be-

---

<sup>3</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 208; vgl. auch Braun, G. E.; Schumann, A. (2007), S. 9.

<sup>4</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 210.

<sup>5</sup> Vgl. u.a. Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.06.1977; Kostendämpfungsergänzungsgesetz (KVEG) vom 22.12.1981; Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKDG) vom 22.12.1982.

<sup>6</sup> Die Stärkung der möglichen Einflussnahme der Patienten erfolgte durch die Erteilung eines Mitsprache- und Antragsrechtes im Gemeinsamen Bundesausschuss und die Einrichtung des Amtes des Bundesbeauftragten für Patienten im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG). Siehe auch Kapitel 2.3.1.1. Vgl. GMG (2003).

<sup>7</sup> Vgl. Braun, G. E.; Binder, A.; Burkart, J.; et al. (2010), S. 107; vgl. auch Großkinsky, S. (2009), S. 17.

<sup>8</sup> Die Zusammenarbeit von Ärzten in Gesundheitsnetzwerken soll zu einer besseren Abstimmung der Behandlung und dadurch u.a. zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und sich gegenseitig beeinträchtigenden Therapien führen. Vgl. Kapitel 2.3.3.2.

obachten,<sup>9</sup> neue Strukturen, welche sich durch den Gedanken der **Netzwerkbildung** auszeichnen. Es werden Ebenen der Leistungserbringung betreten, welche über die lokale Betrachtungsweise hinausgehen und eine Überschreitung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung erkennen lassen. Ihre Zielsetzung, die ganzheitliche Sichtweise der Patientenbehandlung entlang der Wertschöpfungskette zur Geschäftsgrundlage zu machen, versucht den neuen Patientenansprüchen gerecht zu werden und gleichzeitig durch Organisations- und Prozessoptimierung sowie Skaleneffekte dem Kostendruck und Wettbewerb zu begegnen.

In anderen Branchen, wie z. B. der Automobil- oder der Konsumgüterindustrie,<sup>10</sup> konnte von Beginn der arbeitsteiligen Strukturen eine Entwicklung von der Einzelfertigung über die Massenproduktion bis hin zur erneuten Individualisierung in Form der individuellen Massenproduktion beobachtet werden.<sup>11</sup> Im Gesundheitswesen kann diese Entwicklung mit starker zeitlicher Verzögerung ebenso, wenn auch schwächer, verfolgt werden. Die eigene Gesundheit ist ein Thema, auf das Menschen besonders emotional reagieren, da sie einen ganz persönlichen Aspekt betrifft. Der Mensch muss hierbei sehr viel über sich preisgeben. Entsprechend wichtig ist aus diesem Grund die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient. Die Beziehung zwischen diesen beiden spielt folglich eine große Rolle. Dennoch ging sie durch die Entwicklung von der Einzelleistungserbringung, die den Patienten als Ganzes betrachtet, in immer stärker arbeitsteilige Strukturen über, in denen der Facharzt nur den für ihn wichtigen Körperbereich des Patienten in die Behandlung einbezieht.<sup>12</sup> Ärzte behandeln den Patienten oftmals nur unter dem Aspekt ihrer eigenen Fachrichtung, ohne auf das Wissen von Kollegen anderer Fachbereiche und eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen zurückzugreifen.<sup>13</sup> Eine wirkliche Massenproduktion konnte sich bisher im Gesundheitswesen jedoch nicht etablieren.

---

<sup>9</sup> Eine starke Tendenz zur Netzwerkbildung ist z. B. in der Automobilindustrie und in der Telekommunikations- und Informationstechnologie-Branche zu beobachten. Vgl. Hensel, J. (2007), S. 11-12; vgl. auch Fleisch, E. (2001), S. 141-154.

<sup>10</sup> Vgl. Mayer, R. (1993), S. 154; vgl. auch Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 291-293.

<sup>11</sup> Vgl. Bhote, K. R. (2002), S. 62-64; vgl. auch Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 17; und Tapscott, D.; Williams, A. D.; Dierlamm, H. (2007), S. 126-127.

<sup>12</sup> Vgl. Nies, C. (2009), S. 112; vgl. auch Großkinsky, S. (2009), S. 17.

<sup>13</sup> Vgl. Nies, C. (2009), S. 112.

Dennoch ist der **Fokus auf den Patienten** als Individuum aus dem Blickfeld geraten. Kostendruck und Technologisierung der Medizin standen oft mehr im Zentrum der Betrachtung als der Mensch, auch bedingt durch die Politik. Die Verschärfung des Wettbewerbs und die steigenden Forderungen der Patienten sowie die Informatisierung zwingen die Leistungserbringer zunehmend, ihn als Kunden in den Mittelpunkt zu rücken. Dies beinhaltet nicht nur die Individualisierung der Leistungserbringung, sondern auch eine Steigerung deren Qualität und Transparenz, die, neben weiteren Vorteilen<sup>14</sup>, durch Standardisierung erzielt werden kann. Es gilt folglich, eine gute Kombination aus Standardisierung und Individualisierung zu finden.

## **1.1 Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit**

Es gilt folglich im Gesundheitswesen das Problem zu lösen, kostengünstige, standardisierte Strukturen mit einem exzellenten, möglichst individuellen medizinischen Service zu verbinden. Ansatzpunkte hierfür ergeben sich in mehreren Bereichen. Hierzu zählen in Form eines verbesserten Prozessmanagement die Leistungserstellung an sich, der Einsatz neuer Technologien und Methoden zur Verbesserung der Strukturen aber auch des Services sowie Aspekte der Qualität und der Kommunikation.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, mit dem Ansatz der **Mass Customization**<sup>15</sup> und der Implementierung individuell ausgerichteten Beziehungsmanagements in Form von **Customer Relationship Management**<sup>16</sup> einen Weg aufzuzeigen, wie die Leistungserstellung im Rahmen von Gesundheitsnetzwerken besser am Patienten orientiert werden kann. Hierbei bietet die Mass Customization Ansatzpunkte, welche direkt an der Leistungserstellung angreifen. Sie vereint die Standardisierung von Prozessen und Produktbausteinen mit einer Individualisierung der Leistung/des Produktes. Zugleich bietet das Customer Relationship Management Ansätze zum verbesserten Wissensmanagement und Beziehungsaufbau zwischen Leistungserbringer und –empfänger.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Weitere Vorteile der Standardisierung werden in Kapitel 4.2.3 und 5.3.1.4 dargestellt.

<sup>15</sup> Der Ansatz der Mass Customization wird im Detail in Kapitel 4 dargestellt.

<sup>16</sup> Eine Beschreibung des Ansatzes des Customer Relationship Management findet sich in Kapitel 3.

<sup>17</sup> Zu den Synergieeffekten zwischen Mass Customization und Customer Relationship Management vgl. Kapitel 5.1.



## **1.2 Aufbau der Arbeit**

In Kapitel 2 werden zunächst die Veränderungen in den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens dargestellt, welche generell die Umsetzung der Patientenorientierung bedingen und beeinflussen. Diese beinhalten sowohl die Fortschritte im medizinischen und medizintechnischen Wissen als auch die Entwicklungen des Informationsmanagements im Gesundheitswesen mit den sich daraus ergebenden wandelnden Ansprüchen an die Gesundheitsversorgung. Zudem wird auf die Veränderungen der Wettbewerbssituation eingegangen, welche sich durch Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, stärkere Einflussnahme der Patienten auf die Leistungserbringung, die Entstehung der Netzbildung sowie eine zunehmende Bedeutung von Marketing und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen auszeichnet. Zuletzt werden die Auswirkungen der gesellschaftlichen Veränderungen auf das Gesundheitswesen und die zeitliche Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung aufgegriffen, da diese beiden Aspekte einen wesentlichen Einfluss auf das sich ändernde Anspruchsverhalten der Patienten haben.

In Kapitel 3 wird der Ansatz des Customer Relationship Managements detailliert dargestellt. Hierzu wird er zunächst in den Unternehmenskontext eingeordnet und von ähnlichen Begriffen wie z. B. dem Beziehungsmarketing abgegrenzt. Anschließend werden die einzelnen Bestandteile und Komponenten des Ansatzes dargestellt und dessen Zielsetzung erläutert. Zuletzt werden wichtige Einflussfaktoren bei der Implementierung und die Wirkungskette des Customer Relationship Management dargelegt.

Der Ansatz der Mass Customization als Teilbereich des Konzeptes der individuellen Wertschöpfung wird in Kapitel 4 vorgestellt. Zunächst werden der Grundgedanke des Ansatzes, dessen Merkmale und Methoden dargestellt. Es wird gezeigt, wie die Kunden im Rahmen dieses Konzeptes in den Produktionsprozess integriert werden und auf welchen Ebenen eine Interaktion mit den Kunden notwendig wird. Anschließend wird der Ansatz anhand von Beispielen aus der Praxis erläutert. Die Mass Customization bildet zusammen mit dem Ansatz des Customer Relationship Management den theoretischen und methodischen Bezugsrahmen dieser Arbeit.

Kapitel 5 befasst sich mit der Übertragung des Mass Customization Ansatzes und des Customer Relationship Management auf das Gesundheitswesen. Dies geschieht eingegrenzt auf die Umsetzung in Gesundheitsnetzwerken, da diese die notwendigen Rahmenbedingungen für die Implementierung der umfassenden Informations- und Kommunikations-Flüsse zur durchgängigen Behandlung von Patienten bieten. Nur im Kontext eines Gesundheitsnetzwerkes ist es möglich, die von beiden Ansätzen geforderte, ganzheitliche Betrachtung des Patienten und des gesamten Wertschöpfungsprozesses zu erreichen. Zunächst werden die Synergieeffekte zwischen Mass Customization und Customer Relationship Management dargestellt, um die gleichzeitige Anwendung beider Ansätze zu begründen. Anschließend werden die Anforderungen aufgezeigt, welche ein Gesundheitsnetzwerk erfüllen muss, um beide Ansätze sinnvoll implementieren zu können. Zuletzt wird die Eignung von Gesundheitsnetzwerken zur Umsetzung beider Ansätze betrachtet. Im Rahmen der Mass Customization werden hierzu mögliche Ansatzpunkte sowohl zur Standardisierung als auch zur Individualisierung aufgezeigt. Zugleich wird konkret auf Möglichkeiten des Customer Relationship Management eingegangen. Hierzu wird zunächst Potenzial zur Standardisierung von Informations- und Kommunikationsabläufen, Prozessabläufen und der Leistung an sich dargelegt. Anschließend werden unter anderem in Anlehnung an Beispiele aus anderen Branchen Möglichkeiten dargestellt, wie der Leistungserstellungsprozess individualisiert werden kann.

Die in Kapitel 5 aufgezeigten Möglichkeiten zur Umsetzung beider Ansätze zeigen, dass die Übertragung des Konzeptes theoretisch möglich ist. Über die Akzeptanz durch den Patienten sagen sie nichts aus. Diese ist jedoch gerade bei kundenzentrierten Ansätzen, welche die Beziehung und die Kommunikation mit dem Kunden in den Mittelpunkt stellen von entscheidender Bedeutung. Die zentrale Rolle von Informations- und Kommunikationstechnologien in beiden Ansätzen setzt zudem voraus, dass deren Einsatz im Gesundheitswesen von Patienten akzeptiert wird, um eine erfolgreiche Implementierung der Mass Customization und des Customer Relationship Managementes zu ermöglichen. Entsprechend sollen die entwickelten Theorien, Hypothesen und Ansätze mittels einer empirischen Untersuchung abgesichert werden. Zudem ist die Kundensegmentierung wichtiger Bestandteil des Customer Relationship Management. Auch hierfür ist eine empirische Untersuchung unerlässlich.

Zunächst werden in Kapitel 6 die Methodik und Durchführung zweier Patientenbefragungen vorgestellt. Üblicherweise werden aus theoretischen Überlegungen Ziele und Hypothesen formuliert, die dann im Rahmen eines adäquaten Forschungsplans mit geeignet ausgewählten Methoden für die jeweilige Untersuchung verifiziert oder abgelehnt werden. Entsprechend werden in dieser Arbeit anhand theoretischer Überlegungen eine Zielsetzung sowie Hypothesen erarbeitet, welche die anschließende empirische Untersuchung begründen. Wie sich in der Einführung gezeigt hat, findet im Gesundheitswesen ein Umdenken bezüglich der Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient statt. Die Rahmenbedingungen unterliegen einem Wandel, sowohl in Form entstehenden Wettbewerbs als auch durch Veränderungen in der Gesellschaft und weitere Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt. Für Gesundheitsnetzwerke entstehen dadurch immer mehr Aspekte, die es zu beachten gilt. Es stellt sich die Frage, ob Patienten nicht mehr als reine Leistungsempfänger, sondern vielmehr als Kunden betrachtet werden können. Des Weiteren gilt es herauszufinden, wie mit einem derartigen Kundenbild – sofern es denn besteht - umgegangen werden kann und welche Kundentypen sich unterscheiden lassen. Ziel der empirischen Untersuchung ist es, einen kleinen Beitrag zur Beantwortung dieser Fragen zu leisten. Aus diesem Grund werden sieben Hypothesen<sup>18</sup> formuliert, welche anschließend untersucht werden sollen. Die zuvor angesprochene Aufteilung in zwei Studien ist notwendig, da die letzte Hypothese eine Grundgesamtheit an Patienten erfordert, welche gewisse Services erhalten haben, um deren Akzeptanz zu untersuchen.<sup>19</sup>

In Kapitel 7 werden die Qualität der Daten und die demografische Zusammensetzung der Teilnehmer analysiert. Die Ergebnisse der Befragungen werden präsentiert und den theoretischen Ableitungen gegenübergestellt. Dies erfolgt hauptsächlich in Form von Häufigkeitstabellen. Auffällige Resultate werden in Kreuztabellen und Korrelationsanalysen untersucht. Des Weiteren wird der Einfluss einzelner unabhängiger Variablen wie z. B. Bildung und Versicherungsart der Teilnehmer auf die Ergebnisse genauer betrachtet. Anschließend werden die Teilnehmer auf Basis der Daten in Cluster unterteilt, welche unterschiedliche Ausprägungen von Kundenverhalten aufweisen. Hierfür werden

---

<sup>18</sup> Siehe hierzu Kapitel 6.2.

<sup>19</sup> Vgl. hierzu Kapitel 6.2 und 6.3.

zwei Variablen definiert, welche gemäß den theoretischen Überlegungen aus Kapitel 2.4.3.1 einen Kunden auszeichnen. Jedes der Cluster stellt ein Patienten-/Kundensegment dar. Diese Segmente werden hinsichtlich ihrer typischen Merkmale und Eigenschaften untersucht, soweit diese aus der Patientenbefragung abgeleitet werden können. Die daraus entstehende Patiententypologie wird zunächst allgemein und dann detaillierter anhand zweier exemplarisch ausgewählter Patientensegmente zur Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen für die Umsetzung der Mass Customization und des Customer Relationship Management im nachfolgenden Kapitel 8 herangezogen.

Die Implikationen, welche sich aus der empirischen Untersuchung für die Übertragung des Mass Customization Ansatzes und des Customer Relationship Management ergeben, werden ebenfalls in Kapitel 8 diskutiert. Anschließend wird dargestellt, welcher Bedarf an personellen Ressourcen für die Implementierung der Mass Customization und des Customer Relationship Management entsteht. Dies begründet abschließend noch einmal die Notwendigkeit von Gesundheitsnetzwerken für die Umsetzung dieser beiden Ansätze im Gesundheitswesen.

## **2 Veränderung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen als Ausgangsbasis der Notwendigkeit zur Fokussierung auf den Patienten**

Der Gesundheitsmarkt hat sich in den letzten Jahrzehnten in vielerlei Hinsicht stark verändert. Wie kaum ein anderer Bereich wurde er einer Welle von Reformen zur Änderung der Rahmenbedingungen unterworfen.<sup>20</sup> Hinzu kamen Entwicklungen in der Gesellschaft wie die demografische Wandel und ein verändertes Rollenbewusstsein der Patienten. Die einzelnen Faktoren beeinflussen sich hierbei auch gegenseitig.<sup>21</sup>

Die ständige, schnelle Weiterentwicklung der Technik, insbesondere im Bereich der Informations- und Kommunikations- (IuK) Technologie schafft neue Möglichkeiten der Weiterentwicklung, bringt jedoch auch eine Vielzahl an Herausforderungen für die Leistungserbringer mit sich.<sup>22</sup> Ebenso haben sich das medizinische Know-how und die medizintechnischen Fortschritte sowohl im Rahmen der Diagnostik, der Therapie, der Vorsorge und Nachbehandlung als auch im Gesamtverständnis von Krankheiten und deren Behandlung rasant weiterentwickelt.<sup>23</sup>

Die nachfolgende Grafik (Abbildung 1) gibt eine Übersicht über die Veränderungen der Marktstruktur im Gesundheitswesen sowie die sich dadurch entwickelnden Reaktionsmöglichkeiten für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

---

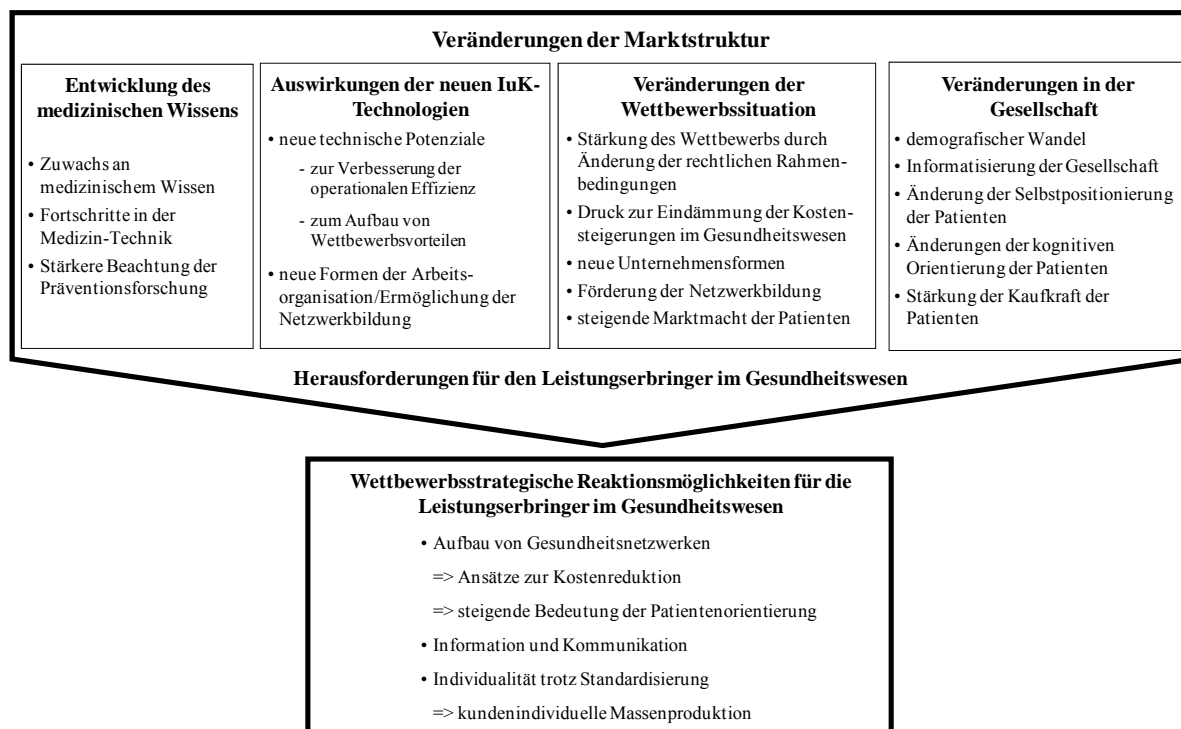
<sup>20</sup> Vgl. Nederegger, G.; Putlitz, J. zu; Thiäner, M. et al. (2001), S. 77.

<sup>21</sup> Vgl. Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 65.

<sup>22</sup> Vgl. Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 65.

<sup>23</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 145; vgl. auch Krüger-Brand, H. E. (2009), S. C1651.

Abbildung 1: Veränderungen der Marktstruktur



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 65.

## 2.1 Entwicklung des medizinischen und medizintechnischen Wissens

Die Basis **medizinischen Wissens** hat sich in den letzten Jahrhunderten beständig weiterentwickelt.<sup>24</sup> Durch die Industrialisierung und Wohlstandssteigerung der Gesellschaft und die demografischen Entwicklungen haben sich Wohlstandskrankheiten verstärkt gebildet. Globalisierung und die höhere Mobilität der Menschen haben dazu geführt, dass sich Krankheiten weltweit schneller ausbreiten. Mit der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und Medikamente und durch aktive Forschung steigen aber auch die Erkenntnisse über Diagnostik, Therapie, Vor- und Nachsorge.<sup>25</sup> Das Wissen über die Funktionen und wechselseitigen Einflüsse des ganzheitlich betrachteten menschlichen Körpers ermöglicht eine qualitativ hochwertigere Versorgung. Das hieraus entstehende Potenzial wird jedoch nicht ausgeschöpft, da der Mensch durch die zunehmende Spezialisierung der Ärzte oft nicht mehr als Einheit betrachtet wird.<sup>26</sup>

<sup>24</sup> Vgl. Köck, C. M. (2004), S. 287.

<sup>25</sup> Vgl. Haas, P. (2005), S. 1-2.

<sup>26</sup> Vgl. Großkinsky, S. (2009), S. 17.

Parallel zur Entwicklung des Wissens haben sich in den letzten Jahrzehnten grundlegende Veränderungen auf dem Markt der **Medizintechnik** vollzogen. Die Entwicklung von Geräten zur Diagnoseunterstützung wie z. B. Ultraschall, Röntgen, Magnetresonanztomografie oder Computertomografie haben die diagnostischen Möglichkeiten der Mediziner enorm erweitert.<sup>27</sup> Technische Innovationen in der Apparatedizin zur Diagnostik von Krankheiten haben die Heilungsprognose in vielen Bereichen deutlich verbessert.<sup>28</sup> Die heutigen medizinischen Möglichkeiten führen dazu, dass Menschen immer älter werden. Mit steigendem Alter wachsen aber auch die gesundheitlichen Risiken. Entsprechend erhöht sich der Bedarf an medizinischer Forschung. Die Präventionsforschung erhält in diesem Rahmen steigende Beachtung, um gerade Erkrankungen im Alter rechtzeitig vorzubeugen.<sup>29</sup>

**Prävention** lässt sich in drei Bereiche untergliedern – primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.<sup>30</sup> Primäre Prävention befasst sich mit der Erhaltung und Förderung der Gesundheit, indem das Risiko zu erkranken durch Anregung zu einem gesunden Lebensstil und Stärkung der Abwehrkräfte gesenkt wird.<sup>31</sup> Indirekt wird das Erkrankungsrisiko durch ein verändertes Bewusstsein in der Bevölkerung über die Notwendigkeit der Prävention z. B. in Form von Schutzkleidung (Schutzhelme beim Skifahren etc.) gesenkt. Sekundäre Prävention bezeichnet die frühzeitige Diagnose von Erkrankungen oder Gesundheitsgefährdungen mit Hilfe sogenannter Screening-Programme. Ziel der sekundären Prävention ist die Kontrolle von Risikofaktoren sowie eine frühzeitige Therapie bei ersten Anzeichen einer Erkrankung.<sup>32</sup> Hierzu zählt auch die Motivation zur Selbstüberwachung der Vitalparameter (z. B. regelmäßige Kontrollen des Blutdrucks). Tertiäre Prävention (Rehabilitation) betrifft Menschen, die bereits an einer diagnostizierten Erkrankung leiden oder gelitten haben. Ziel ist die Vermeidung von Krankheitsrückfällen bzw. von einer Verschlechterung des Krankheitszustandes.<sup>33</sup> Zudem sollen Patienten<sup>34</sup> dabei unterstützt werden, mit den Folgen ihrer Krankheit umzuge-

---

<sup>27</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 145; vgl. auch Badura, B. (1995), S. 184.

<sup>28</sup> Vgl. Krüger-Brand, H. E. (2009), S. C1651.

<sup>29</sup> Vgl. Bullinger, H.-J. (1995), S. 87.

<sup>30</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 60.

<sup>31</sup> Vgl. Nagel, E. (2007c), S. 29.

<sup>32</sup> Vgl. Nagel, E. (2007c), S. 29, 31.

<sup>33</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 59.

<sup>34</sup> Die männliche Form wird in dieser Arbeit stellvertretend für beide Geschlechter verwendet.

hen.<sup>35</sup>

Die Ansätze der Prävention, die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken, zeigen, dass nicht nur das Wissen des medizinischen Personals zunimmt. Schließlich entstehen auch außerhalb der Prävention Ansätze, die Patienten stärker zur Selbstinformation und Verantwortungsübernahme zu motivieren. Auf die Veränderungen des Wissens und der Selbstwahrnehmung der Patienten wird in Kapitel 2.4 ausführlich eingegangen.

Die vorangehenden Ausführungen zeigen, dass durch die Erweiterung des medizinischen Wissens auch die Anzahl der Forschungsgebiete steigt. Entsprechend entwickeln sich auch die Medien, in welchen die Forschungsergebnisse veröffentlicht werden. Die Anzahl medizinischer Zeitschriften nimmt rasant zu.<sup>36</sup> Eine der größten Datenbanken, welche **medizinische Informationen** über das Internet zugänglich machen ist *MEDLINE*, die Datenbank der *U.S. National Library of Medicine*.<sup>37</sup> In *MEDLINE* sind allein ca. 5.200 internationale Zeitschriften verzeichnet. Sie enthält über 16 Millionen Referenzen zu medizinischen Veröffentlichungen. Pro Arbeitstag kommen ca. 2.000-4.000 weitere Referenzen hinzu. Im Jahr 2007 waren es insgesamt mehr als 670.000 neue Verweise.<sup>38,39</sup> Neben medizinischen Fachzeitschriften steigt die Anzahl an Informationsangeboten über das Internet. Entsprechend schwierig ist es für Mediziner, den Überblick darüber zu behalten, welche Veröffentlichungen für sie relevant sind, um auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft zu bleiben. Zudem steht Ärzten auch nur eine begrenzte Zeit für Recherche und Studium zur Verfügung.<sup>40</sup> Die Menge und Schnelligkeit an Veröffentlichungen im medizinischen Fachgebiet übersteigt Grenzen, die es dem Arzt nicht mehr ermöglichen, immer die neuesten Erkenntnisse zu ver-

---

<sup>35</sup> Vgl. Nagel, E. (2007c), S. 31.

<sup>36</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 81.

<sup>37</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 156.

<sup>38</sup> Vgl. U.S. National Library of Medicine (Hrsg.) (2008).

<sup>39</sup> Diese Zahlen beziehen sich auf die medizinische Datenbank *MEDLINE*. Sie sollen einen Eindruck vermitteln, wie viele neue Erkenntnisse jedes Jahr veröffentlicht werden und ist keinesfalls vollständig umfassend für alle Veröffentlichungen, die im medizinischen Bereich jedes Jahr veröffentlicht werden.

<sup>40</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 81; vgl. auch Institute of Medicine (2005), S. 145 und Butzlaff, M.; Koneczny, N.; Floer, B. et al. (2002), S. 383.



folgen.<sup>41</sup> Analog zur Entwicklung des medizinischen Wissens müssen folglich auch die technischen Möglichkeiten der Information und Kommunikation weiterentwickelt werden, um das Wissen überhaupt erst nutzbar zu machen und alle Potenziale ausschöpfen zu können.

## 2.2 Informationsmanagement im Gesundheitswesen

### 2.2.1 Begriffsklärungen und technologische Kernelemente des Informationsmanagements

Eine ganz allgemeine Definition bezeichnet das **Informationsmanagement** als die Gesamtheit aller Führungsaufgaben in einer Organisation, welche sich mit Information und Kommunikation befassen.<sup>42</sup> Spezieller definiert befasst sich Informationsmanagement mit der „[...] Planung, Steuerung und Kontrolle von Information, von Informationssystemen und von Informations- und Kommunikationstechnik“<sup>43</sup> in Unternehmen. Es enthält sowohl strategische Aufgaben (Festlegung strategischer Ziele der Informations-Infrastruktur, strategisches Technologiemanagement, Controlling der Informations-Infrastruktur etc.) als auch administrative Aufgaben (Personalmanagement, Projektmanagement, Datenmanagement, Anwendungssystem-Management und Sicherheits- und Katastrophenmanagement).<sup>44</sup> Ziel des Informationsmanagement ist der effektive und effiziente Einsatz des Gutes „Information“.<sup>45</sup> Bevor auf die Systeme des Informationsmanagements eingegangen wird, werden zunächst die entsprechenden Begriffe Information, Wissen und Kommunikation voneinander abgegrenzt.

#### 2.2.1.1 Information und Wissen

„Informationen sind zweckorientiertes Wissen. Mit ihnen wird der Kenntnisstand eines Individuums (Subjekt, Informationsbenutzer) verbessert. Die Zweckeignung haftet bestimm-

---

<sup>41</sup> Vgl. Haas, P. (2005), S. 1–2.

<sup>42</sup> Vgl. Heinrich, L. J. (1988), S. 4.

<sup>43</sup> Kremer, H. (2005), S. 1.

<sup>44</sup> Vgl. Heinrich, L. J. (1988), S. 9, 15.

<sup>45</sup> Vgl. Picot, A.; Franck, E. (1992), S. 886–887.

tem Wissen nicht von vornherein und nicht fest vorgegeben an; vielmehr macht erst eine spezifische Verwendungsorientierung Wissen zu Informationen.<sup>46</sup>

Dies ist eine von vielen verschiedenen, nicht unbedingt miteinander konform gehenden Definitionen für **Information**, welche in der Literatur zu finden sind. Essenziell ist hierbei jedoch die Frage, welche Dimension und Tiefe von Wissen in einer Information enthalten ist. Gemeint ist hierbei sowohl der Umfang als auch die Qualität der dem Wissen zugrunde liegenden Daten. Im Brockhaus wird Information im Bereich der Informatik beschrieben als „[...] für die Übermittlung und Aneignung in Form gebrachtes Wissen wie Mitteilungen, Nachrichten, Messwerte, Daten, i. Allg. zur Beseitigung einer Ungewissheit.“<sup>47</sup>

Deutlich wird durch alle Definitionen der enge Zusammenhang zwischen Wissen und Information. Lehner et al. sehen das **Wissen** als Filter für die Wahrnehmung des Menschen, welcher die Aufmerksamkeit auf die Umweltreize lenkt, die aktuelle Relevanz besitzen.<sup>48</sup> Die daraus resultierenden Sinneswahrnehmungen werden mit Hilfe des vorhandenen Wissens interpretiert und werden durch die Verbindung mit einem bestimmten Zweck zu Informationen. Diese führen wiederum - sofern sie von weiterer Relevanz sind - zu einer Aktualisierung oder Erweiterung des Wissens. Wissen und Information sind somit zwei eng miteinander verbundene Begriffe, welche wechselseitig aufeinander wirken.<sup>49</sup>

Dies lässt darauf schließen, dass eine Information je nach Wissensbasis des Empfängers zu unterschiedlichen Entscheidungen führt. Hier wird der Unterschied zwischen **Daten** und Information deutlich. „Daten sind im Gegensatz zu Informationen objektivierbar, weil sie sich codieren, speichern, transformieren und vor allem transportieren lassen.“<sup>50</sup> Eine **Information** hingegen ist nicht komplett objektivierbar, da sie prozessbezogen und subjektiv beeinflusst ist, wodurch Unsicherheiten entstehen.<sup>51</sup> Eine Information hat für jeden Empfänger eine andere Bedeutung. Bringt man eine Information mit einem bestimmten Kontext in Ver-

---

<sup>46</sup> Berthel, J. (1992), S. 872.

<sup>47</sup> Brockhaus - Die Enzyklopädie, 1997, S. 524.

<sup>48</sup> Vgl. Lehner, F. (Hrsg.) (1995), S. 260–261.

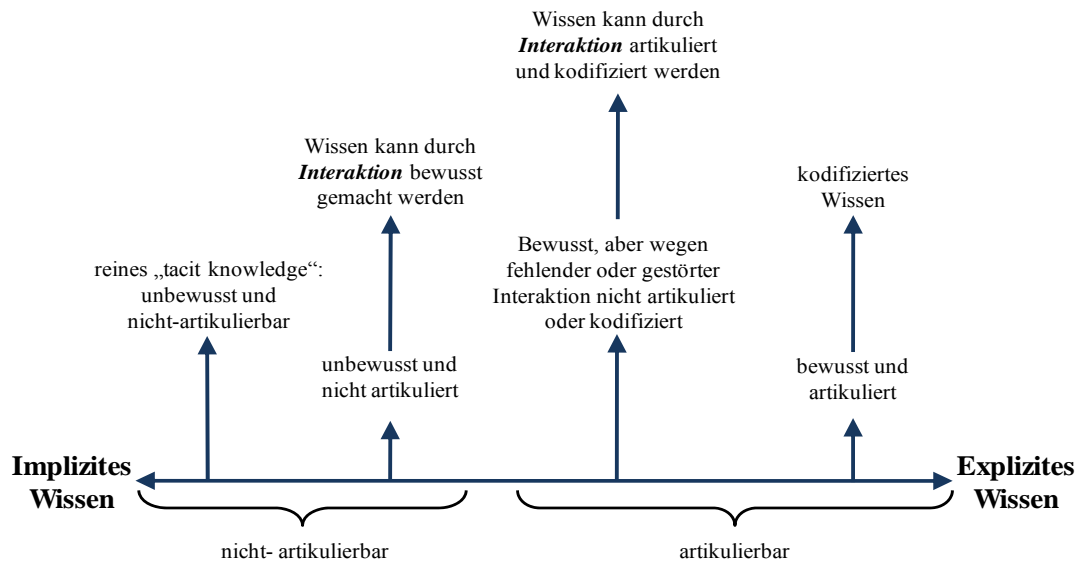
<sup>49</sup> Vgl. Kleinaltenkamp, M.; Dahlke, B. (2006), S. 219-222; vgl. auch Lehner, F. (Hrsg.) (1995), S. 260–261.

<sup>50</sup> Fournier, G. (1994), S. 33.

<sup>51</sup> Vgl. Fournier, G. (1994), S. 33.

bindung, so entsteht Wissen. Wissen ist somit die Vernetzung von Information, wobei man weiter zwischen explizitem und implizitem Wissen unterscheiden kann (vgl. Abbildung 2).<sup>52</sup>

**Abbildung 2: Abgrenzung implizites/explizites Wissen**



Quelle: Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 83.

Während aus explizitem Wissen Informationen entstehen können, welche man wiederum übermitteln kann, ist implizites Wissen stark persönlich beeinflusst und entsprechend schwer mit anderen Menschen zu teilen.<sup>53</sup> Die nachfolgende Tabelle 1 gibt eine zusammenfassende Übersicht über die Definitionen von Zeichen, Daten, Information und Wissen.

<sup>52</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 83.

<sup>53</sup> Vgl. Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 18; vgl. auch Nonaka, I.; Takeuchi, H. (1996), S. 834–835.

**Tabelle 1: Differenzierung der Begriffe Daten, Information und Wissen**

Bezeichnung	Ebene	Übergang	Definition
Zeichen	Syntaktik	Zeichenvorrat 	Die unterste Ebene bildet ein großer Vorrat an Zeichen. Diese werden durch die Zuordnung einzelner Zeichen zu einer Syntax zu Daten.
Daten	Sigmatik		Daten entsprechen objektivem Wissen; sie sind codierbar, speicherbar, transformierbar und transportierbar.
Information	Semantik		Information entsteht durch die Eingliederung von Daten in einen Kontext; sie ist prozesshaft, wissensverändernd, teilweise subjektbezogen und transportierbar.
Wissen	Pragmatik		Wissen basiert auf der Bewertung einer Information und der Verbindung einer Information mit den persönlichen Erfahrungen/dem bestehenden Wissen. Wissen ist folglich subjektiv und nur teilweise übertragbar. Aus zweckorientiertem, explizitem Wissen können Informationen entstehen, wodurch es übertragbar ist. Es besteht folglich ein gegenseitiger Einfluss. Implizites Wissen ist jedoch stark subjektiv und entsprechend schwer zu übermitteln.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 14–19; Fournier, G. (1994), S. 32–34; Nonaka, I.; Takeuchi, H. (1996), S. 834–835; Glahn, C. v. (2009b), S. 14 und Reimann, S. (2009), S. 523.

Informationen bilden die Grundlage einer jeden Entscheidung. Sie setzen jedoch, gerade in Bezug auf berufliche Handlungen, Basiswissen voraus. Auf Dienstleistungen im Gesundheitswesen trifft dies ganz besonders zu. Ohne Informationen, welche Beschwerden der Patient hat und welche Möglichkeiten der Therapie zur Verfügung stehen, kann der Arzt keine Entscheidung über eine Behandlung treffen und somit auch keine Dienstleistung erbringen. Der Patient selbst ist jedoch auch nicht in der Lage auf Basis der ihm vorliegenden Information über sein eigenes Befinden Entscheidungen zu treffen.<sup>54</sup> Hier wird die Unvollständigkeit von Informationen deutlich. Entscheidungen können nie unter den Rahmenbedingungen absoluter Sicherheit getroffen werden. Diese Informationsasymmetrie<sup>55</sup> zeigt die Bedeutung der Kommunikation für die Entscheidungsfindung und das Erbringen von Dienstleistungen

<sup>54</sup> Vgl. Brünner, G. (2009), S. 172-173.

<sup>55</sup> Weiterführende Informationen zur Problematik der Informationsasymmetrie im Rahmen des Prinzipal-Agent Ansatzes finden sich in Kapitel 2.5.1.

auf.<sup>56</sup> Durch den Austausch von Informationen kann der Faktor Unsicherheit deutlich reduziert werden. Wissen und Information sind in Bezug zu medizinischem Handeln der Schlüssel zur Übernahme von Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit durch den Patienten.<sup>57</sup>

### 2.2.1.2 Kommunikation

Unter dem Begriff **Kommunikation** versteht man die Übertragung von Informationen, Nachrichten oder Daten, welche meist mit einem bestimmten Ziel erfolgt. Dabei können diese Informationen sowohl von Menschen als auch von Maschinen übermittelt werden. Sie können gesprochen und geschrieben werden, also direkt übertragen werden, oder aber indirekt, über Gestik und Mimik.<sup>58</sup> „Kommunikation ist essentieller Bestandteil des menschlichen Daseins und bildet die Voraussetzung für das Funktionieren von Arbeitsteilung und Koordination in Unternehmen und Märkten.“<sup>59</sup>

Für diese Arbeit sind beide Arten, die technische und die menschliche Informationsvermittlung von Belang. Wichtig ist nicht nur die elektronische Übermittlung von Informationen entlang der Wertschöpfungskette der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Auch die direkte Kommunikation zwischen den Akteuren der Gesundheitsnetzwerke<sup>60</sup> und zwischen Arzt und Patient werden im Fokus der Betrachtung liegen. Die jeweils eingesetzte Technologie soll eine Vereinfachung, Präzisierung und Beschleunigung der Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren bringen. Kommunikation dient in dieser Arbeit als Grundlage, welche unverzichtbar ist, um eine Standardisierung der Dienstleistung im Gesundheitswesen zu erreichen. Erst die Kommunikation zwischen einzelnen Netzwerkteilnehmern gibt dem Arzt die Möglichkeit, Entscheidungen nicht nur auf Basis seines eigenen Wissens zu treffen.<sup>61</sup> Die Kommunikation erweitert den Pool an Wissen, aus dem ein Arzt schöpfen kann. Der Faktor an Unwissenheit, an unvollständiger Information, kann hierdurch weiter

---

<sup>56</sup> Vgl. Brünner, G. (2009), S. 170-171.

<sup>57</sup> Vgl. Simon, D.; Härter, M. (2009), S. 156-161.

<sup>58</sup> Vgl. Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 19; vgl. auch Fournier, G. (1994), S. 35.

<sup>59</sup> Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 47.

<sup>60</sup> Detaillierte Informationen zu Gesundheitsnetzwerken finden sich in Kapitel 2.3.3.

<sup>61</sup> Weitere Informationen zum Wissensmanagement in Netzwerken finden sich in Kapitel 2.2.1.3.2.

eingeschränkt werden. Eine aktive Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist hierbei hilfreich, jedoch noch lange nicht Standard. Kommunikation bildet sowohl das Fundament der Standardisierung als auch der Individualisierung. Diese Erkenntnis ist für den Ansatz der kundenindividuellen Massenproduktion wichtig. Kommunikation bildet ferner den Ursprung für Fehler und Missverständnisse. So können nicht nur Probleme bei der technischen Übertragung und der Daten- und Informationsübermittlung auftreten. Vor allem beim Empfang und der Verarbeitung der übermittelten Information kann es zu Fehlschlüssen und Irrtümern kommen. Dieses Risiko besteht, wenn Sender und Empfänger über verschiedenes Wissen verfügen, um die Informationen zu verwerten, diese falsch interpretieren oder die Bedeutung der Nachricht missverstehen.<sup>62</sup>

### **2.2.1.3 Informations- und Kommunikationssysteme**

#### **2.2.1.3.1 Begriffsklärung**

Im Verlauf der Jahre hat sich das Verständnis von **IuK-Systemen** beständig gewandelt. IuK-Systeme sind mit der Weiterentwicklung der IuK-Technologie komplexer geworden, ihr Aufgabenfeld hat sich entsprechend ausgeweitet. Zu Beginn waren sie dafür zuständig, den Fluss an Informationen innerhalb eines Unternehmens zu sichern. Inzwischen sind sie für die Aufrechterhaltung und Strukturierung eines Informationsflusses innerhalb und zwischen Unternehmen zuständig, der dafür sorgt, dass Informationen jederzeit, an jedem Ort, in der benötigten Form, Qualität und Quantität zur Verfügung stehen. Sie sind gleichzeitig aber auch für die Gewinnung, Verarbeitung und Speicherung von Informationen verantwortlich.<sup>63</sup>

"IuK-Systeme vereinigen personelle (Motivation, Qualifikation), organisatorische (Aufbau-, Ablaufregeln) und technische (Hardware, Software) Komponenten. Die Kombination dieser Komponenten bestimmt die Struktur von Informationssystemen."<sup>64</sup> Entsprechend hat das Zusammenspiel der einzelnen Komponenten Einfluss auf die Effizienz der Systeme im Hin-

---

<sup>62</sup> Vgl. Fournier, G. (1994), S. 37.

<sup>63</sup> Vgl. Bernus, P. (1998), S. 1–2.

<sup>64</sup> Picot, A.; Franck, E. (1992), S. 897.

blick auf die betriebliche Aufgabenerfüllung.<sup>65</sup> IuK-Systeme verfolgen das Ziel der optimalen Bereitstellung von Information und der Unterstützung der Kommunikation nach wirtschaftlichen Kriterien.<sup>66</sup>

Der Begriff „IuK-Systeme“ ist von der Definition der IuK-Technologien abzugrenzen. Letztere bezeichnen die zur Nutzung notwendigen technischen Bestandteile des Systems, folglich die Hard- und Softwarekomponenten sowie die Netzwerke.<sup>67</sup> Wichtig für die Definition Ersterer ist die Interaktion von Mensch und Maschine und die ganzheitliche Betrachtungsweise. Sie umfassen sowohl die Systemelemente als auch die Verbindungen zwischen den einzelnen Elementen. Ein IuK-System kann nur dann wirkungsvoll funktionieren, wenn beide gut harmonieren. Dies führt wieder zu der Aussage, dass ein funktionierendes System vor allem eine gute Kommunikation fordert. Arbeiten Mensch und Maschine eng zusammen, bezeichnet man sie auch als sozio-technische Systeme.<sup>68</sup> Die Schnittstelle zwischen Mensch und Maschine bestimmt über den Erfolg oder Misserfolg. Die Benutzeroberfläche muss selbsterklärend, einfach und intuitiv zu bedienen sein und einen schnellen, reibungslosen Ablauf ermöglichen, auch wenn der Benutzer nicht über Erfahrung verfügt. Es müssen alle notwendigen und erhältlichen Informationen sinnvoll und übersichtlich dargestellt werden.<sup>69</sup>

Die Struktur des Systems, seine Elemente und die Beziehungen der einzelnen Elemente untereinander werden als **Architektur** bezeichnet. Die Architektur beschreibt alle Aspekte und beinhaltet somit auch die Ziele, welche durch ein Informationssystem erreicht werden sollen.<sup>70</sup> In Abhängigkeit vom Bereich, in welchem es eingesetzt wird, unterscheiden sich die zugehörigen Aufgaben und Aufgabenträger.<sup>71</sup> Auf IuK-Systeme im Gesundheitswesen wird in Kapitel 2.2.2 detailliert eingegangen. Die nachfolgend dargestellte Telekooperation beschäftigt sich mit der Anwendung von IuK-Systemen.

---

<sup>65</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslin, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 32.

<sup>66</sup> Vgl. Wissenschaftliche Kommission Wirtschaftsinformatik (1994), S. 80.

<sup>67</sup> Vgl. Krcmar, H. (2005), S. 25–27; vgl. auch Kolbe, L. M.; Österle, H.; Brenner, W. et al. (2003), S. 5.

<sup>68</sup> Vgl. Wissenschaftliche Kommission Wirtschaftsinformatik (1994), S. 80; vgl. auch Haas, P. (2005), S. 36.

<sup>69</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 31–32.

<sup>70</sup> Vgl. Bernus, P. (1998), S. 2–4.

<sup>71</sup> Vgl. Haas, P. (2005), S. 21–22.

### 2.2.1.3.2 Auswirkungen der Entwicklung neuer Informations- und Kommunikationssysteme

#### *Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation - Telekooperation*

**Telekooperation** umfasst die Gesamtheit mediengestützter arbeitsteiliger Leistungserstellung. Dabei wird der Fokus auf die Besonderheiten und Vorteile der Dezentralisierung und Standortunabhängigkeit gelegt.<sup>72</sup> Es geht hierbei um die Überwindung von Grenzen wie z. B. räumlicher und zeitlicher Distanz.<sup>73</sup> Die Auflösung derartiger Barrieren führt zu einer Ausweitung der Lebens- und Arbeitsräume. Sogar strukturschwache Regionen können durch die Entwicklungen der IuK-Technologien und daraus entstehenden neuen IuK-Systemen als Lebens- und Arbeitsraum attraktiv bleiben oder durch zusätzliche Möglichkeiten der Ressourcennutzung an Attraktivität gewinnen.<sup>74</sup>

Eine der zentralen Fragen der Telekooperation, welche im weiteren Verlauf der Arbeit von besonderer Bedeutung sein wird, ist, welche Aufgaben durch IuK-Systeme vereinfacht, verbessert und effizienter gemacht werden können. Aspekte, welche im Rahmen der Telekooperation diskutiert werden, sind unter anderem:<sup>75</sup>

- Allgemeine Möglichkeiten der Technik<sup>76</sup>
- Entwicklungstrends in Organisationen und Märkten<sup>77</sup>
- Aufgaben, die eine zeitliche und räumliche Trennung erlauben<sup>78</sup>
- Aufgaben, die zeitliche und räumliche Trennung nicht erlauben<sup>79</sup>

---

<sup>72</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 8; vgl. auch Schneidewind, U.; Fleisch, E. (1996), S. 140.

<sup>73</sup> Vgl. Picot, A.; Reichwald, R.; Wigand, R. T. (2003), S. 6; vgl. auch Deiters, W.; Herrmann, T.; Löffeler, T. et al. (1996), S. 261–262.

<sup>74</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 16–17; vgl. auch Ridder, H.-G.; Jensen, T. (2002), S. 207.

<sup>75</sup> Vgl. hier und im Folgenden Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 63 und Schneidewind, U.; Fleisch, E. (1996), S. 141.

<sup>76</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.2.

<sup>77</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.2.

<sup>78</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.2 und Kapitel 5.3.

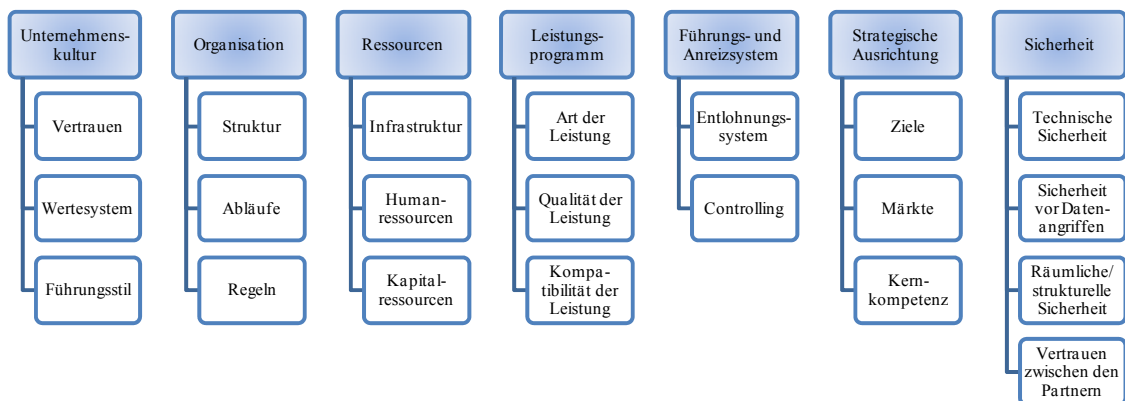
<sup>79</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.3.4.3 und Kapitel 5.3.



- Argumente gegen eine Auflösung von Raum und Zeit aus ökonomischer Sicht
- Argumente gegen eine Auflösung von Raum und Zeit aus rechtlicher, gesellschaftlicher, technischer und ökologischer Sicht<sup>80</sup>
- Neue Potenziale im Bereich Arbeit, Führung und Leistung durch Vernetzung räumlich und zeitlich getrennter Ressourcen<sup>81</sup>
- Optimierung von Wertschöpfungsketten und Leistungserstellungsprozessen<sup>82</sup>

Die technische Vernetzung birgt viel Verbesserungspotenzial im Rahmen von Telekooperation, sie stößt aber auch auf viele Barrieren (vgl. Abbildung 3).

**Abbildung 3: Barrieren der Leistungsvernetzung**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Reichwald, R.; Möslin, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 223.

Der Vernetzungsgedanke und die Aufgeschlossenheit gegenüber IuK-Technologien müssen durch die Unternehmenskultur an die Mitarbeiter vermittelt werden. Strukturen und Abläufe werden im Rahmen der Ablauforganisation klar geregelt. Zudem ist das Vorhandensein der entsprechenden Ressourcen – sowohl materialistisch betrachtet als auch in Form von Humankapital – Voraussetzung. Die Technik der einzelnen Kooperationspartner muss kompatibel<sup>83</sup> und leistungsstark sein. Zudem setzt die Nutzung von IuK-Systemen ein gutes Controlling sowie eine Ausrichtung der Ziele des Informationsmanagement an den Unterneh-

<sup>80</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.3.

<sup>81</sup> Vgl. hierzu Kapitel 5.3.

<sup>82</sup> Vgl. hierzu Kapitel 5.3.

<sup>83</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.3.

menszielen voraus.<sup>84</sup> Ein letzter, nicht zu vernachlässigender Faktor, welcher die Leistungsvernetzung beeinflusst, ist die Sicherheit. Hier spielt sowohl die strukturelle, räumliche Sicherheit als auch die technische Sicherheit eine Rolle. Nicht minder wichtig sind die Datensicherheit<sup>85</sup> vor Zugriffen unbefugter Nutzer sowie das Vertrauen zwischen den Interaktionspartnern.<sup>86</sup>

### ***Auswirkungen auf das Informationsmanagement***

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Informationsmanagement einer Organisation die einzelnen Komponenten des IuK-Systems zusammenhält, steuert sowie für die Lenkung der Informations- und Kommunikationsflüsse verantwortlich ist.<sup>87</sup> Informationsmanagement wird vor allem dann außerordentlich wichtig, wenn der Erfolg eines Unternehmens stark durch den Informationsfluss beeinflusst wird.<sup>88</sup> Dies trifft auf Dienstleister besonders zu. Bezogen auf das Gesundheitswesen ist ein gutes Informationsmanagement somit essenziell für den wirtschaftlichen Erfolg. Die Entwicklung neuer IuK-Systeme hat eine Ausweitung des Informationsmanagement zu Wissensmanagement<sup>89</sup> ermöglicht.<sup>90</sup> Während das Informationsmanagement einen optimierten Informationsfluss bezweckt, ist es Ziel des Wissensmanagement, das im Unternehmen vorhandene Wissen effektiver zu nutzen, Mängel zu entdecken und diese durch das gezielte Erfassen neuen Wissens zu beseitigen.<sup>91</sup> Hierbei wird auch der Versuch unternommen, implizites Wissen abzubilden.<sup>92</sup> Abbildung 4 zeigt die Entwicklungsspirale des Wissens und die relevanten Einflussfaktoren, welche die Basis zur Wissensbildung bieten. IuK-Systeme stellen hierbei eine wichtige Plattform zur Erfassung, zum Austausch und zur Weiterentwicklung von Wissen dar.

---

<sup>84</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 223.

<sup>85</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.3.

<sup>86</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 223; vgl. auch Kern, E.-M. (2007), S. 244.

<sup>87</sup> Vgl. Reese, J. (2004), S. 482.

<sup>88</sup> Vgl. Picot, A.; Franck, E. (1992), S. 889–890.

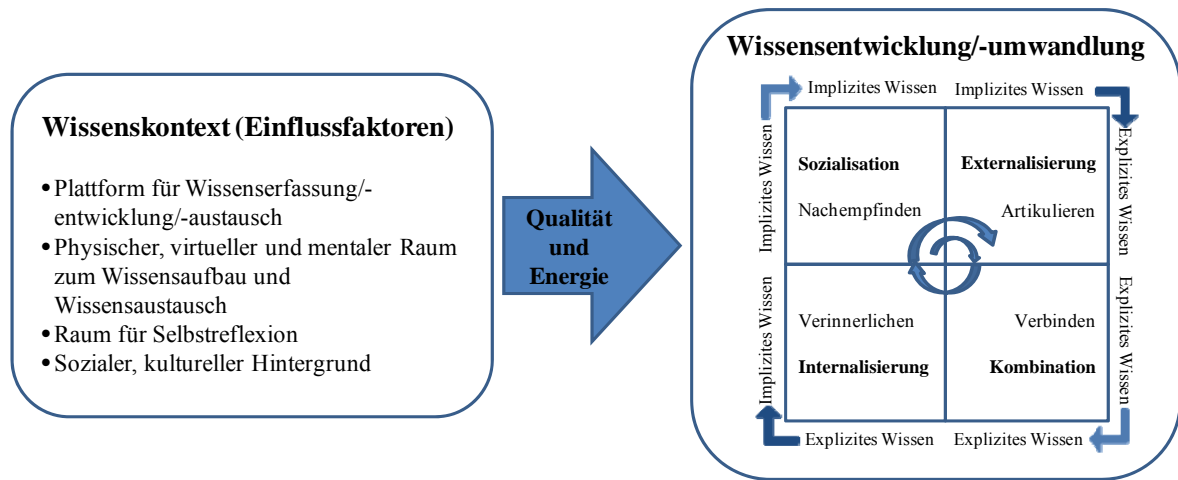
<sup>89</sup> Wissensmanagement nimmt eine wichtige Rolle in den in dieser Arbeit behandelten Ansätzen des Customer Relationship Management (vgl. Kapitel 3) und der Mass Customization (vgl. Kapitel 4) ein.

<sup>90</sup> Vgl. Reimann, S. (2009), S. 524–525.

<sup>91</sup> Vgl. Kolbe, L. M.; Österle, H.; Brenner, W. et al. (2003), S. 4; vgl. auch Riempp, G. (2003), S. 30 und Sturz, W. (2009), S. 496.

<sup>92</sup> Vgl. Riempp, G. (2003), S. 30; vgl. auch Glahn, C. v. (2009b), S. 22–23.

Abbildung 4: Prozess und Einflussfaktoren der Wissensentwicklung und -umwandlung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Nonaka, I.; Toyama, R.; Konno, N. (2000), S. 8–12.

IuK-Systeme sollen den Mitarbeitern helfen, ihr Wissen in den Datenbanken zu erfassen, sodass das gesamte Unternehmen davon profitieren kann.<sup>93</sup> Immer häufiger ist auch die Erfassung des Kundenwissens Gegenstand des Wissensmanagements.<sup>94</sup> Gerade im Kontext der Arbeit in Netzwerken und der daraus entstehenden Möglichkeit, durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Netzwerkpartner auf ein erweitertes Fundament an Mitarbeiterexpertise zurückgreifen zu können kommt dem Wissensmanagement eine besondere Bedeutung zu.<sup>95</sup>

## 2.2.2 Informations- und Kommunikationssysteme im Gesundheitswesen

In vielen wirtschaftlichen Bereichen gehört der Umgang mit IuK-Systemen zum alltäglichen Geschäft. Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens liegen jedoch im Einsatz von technischen IuK-Systemen weit hinter anderen Branchen zurück. In diesem Bereich wird die Implementierung eines effizienten Informationsmanagement allgemein noch stark vernachlässigt.<sup>96</sup> Hier besteht ein großer Aufholbedarf, da gerade die an Bedeutung gewinnenden Steuerungsinstrumente wie z. B. Disease Management, Medizincontrolling und auch Qualitätsmanagement<sup>97</sup> durch funktionierende Informationsflüsse erst erfolgreich werden.<sup>98</sup> Die

<sup>93</sup> Vgl. Schwarz, S. (2009), S. 121–123.

<sup>94</sup> Vgl. Sexauer, H. J. (2004), S. 22.

<sup>95</sup> Vgl. Kern, E.-M.; Sackmann, S.; Koch, M. (2009), S. 55; vgl. auch Glahn, C. v. (2009a), S. 98–99.

<sup>96</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. V.

<sup>97</sup> Auf die Bedeutung dieser Begriffe wird im weiteren Verlauf der Arbeit noch Bezug genommen.

heutigen IuK-Technologien ermöglichen ganz neue Ebenen der Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen.<sup>99</sup> Nachfolgend soll zunächst ein allgemeiner Überblick über die IuK-Systeme im Gesundheitswesen gegeben werden, welche für die weitere Arbeit von Bedeutung sind.

### **2.2.2.1 Definition medizinischer Informations- und Kommunikationssysteme**

**Medizinische IuK-Systeme** sollen das medizinische Handeln unterstützen. Dies bedeutet, dass die Entscheidungsfreiheit und der Handlungsfreiraum des Arztes in keiner Weise durch IuK-Systeme und technische Komponenten eingeschränkt oder gar ersetzt werden dürfen.<sup>100</sup> Ziel ist die Verbesserung der Patientenversorgung und eine Realisierung ökonomischen Einsparpotenzials durch effizientere Prozesse.<sup>101</sup> Unter medizinischen IuK-Systemen werden im weiteren Verlauf der Arbeit folglich Systeme verstanden, welche die IuK-Flüsse zwischen medizinischen Leistungserbringern untereinander sowie zwischen Leistungserbringern und Patienten unterstützen.

In den letzten Jahrzehnten haben sich vielfältige Arten von IuK-Systemen im Gesundheitswesen entwickelt. Sie können anhand ihrer funktionalen Kompetenz und ihres Anwendungsbereiches unterschieden werden. Je nach Einsatz kann es sich z. B. um Arbeitsplatz-Informationssysteme zur Unterstützung bestimmter Arbeitsplätze (z. B. Befundungsworkstations, Anästhesiearbeitsplätze oder Bestrahlungsplanungssysteme), Bereichsinformationssysteme zur Unterstützung einer Personengruppe, die einen bestimmten Aufgabenbereich zusammen bearbeitet (z. B. Privatabrechnungs- oder Kassenabrechnungssysteme, Operations (OP)-Informationssysteme, spezielle Dokumentenverwaltungssysteme), Abteilungsinformationssysteme zur Unterstützung ganzer Abteilungen (z. B. Radiologieinformationssysteme, Laborinformationssysteme) und Unternehmensinformationssysteme zur Unterstützung der Unternehmensabläufe (z. B. Krankenhausinformationssystem (KIS), Arztpraxisinformationssysteme (APIS)) handeln. Diese Systeme werden auch als **vertikale Informationssysteme** bezeichnet. **Horizontale Informationssysteme** sind

---

<sup>98</sup> Vgl. Haas, P. (2005), S. 3–4.

<sup>99</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 164.

<sup>100</sup> Vgl. Haas, P. (2005), S. 10.

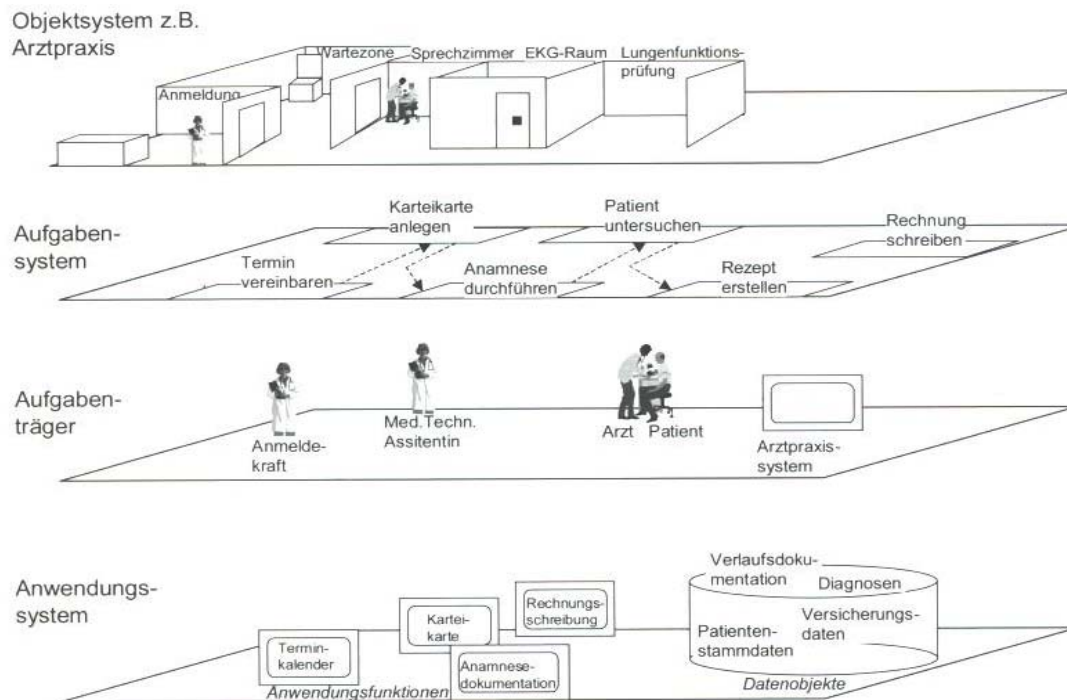
<sup>101</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. 1.

hingegen allgemein verwendbare Systeme wie z. B. E-Mail, Dokumentenmanagementsysteme oder Zeiterfassungssysteme.<sup>102</sup> Des Weiteren werden zunehmend Informationssysteme entwickelt, welche der Information der Patienten dienen sollen.<sup>103</sup>

### 2.2.2.2 Vertikale medizinische Informations- und Kommunikationssysteme

Ein **APIS** dient der Unterstützung der Ablaufprozesse in einer Arztpraxis. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Systeme dieser Art auf dem Markt, welche unterschiedliche Leistungen anbieten.<sup>104</sup> Abbildung 5 zeigt den möglichen Aufbau eines APIS.

**Abbildung 5: Informationssystem einer Arztpraxis**



Quelle: Haas, P. (2005), S. 24.

Die Basis eines APIS ist die Erfassung der Patientenstammdaten.<sup>105</sup> Das System erleichtert die Prozesse in einer Arztpraxis, indem Terminkalender elektronisch erfasst, Abrechnungen anhand einer Software überprüft und Informationen zwischen einzelnen Bereichen der

<sup>102</sup> Vgl. Haas, P. (2005), S. 42–45.

<sup>103</sup> Vgl. Preuß, K.-J. (2004), S. 242.

<sup>104</sup> Vgl. Weber, W. (1994), S. 315.

<sup>105</sup> Vgl. Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 5; vgl. auch Haas, P. (2005), S. 24–29 und Weber, W. (1994), S. 317–318.

Arztpraxis übermittelt werden können.<sup>106</sup>

Vorteil der elektronischen Erfassung ist, dass der Arzt die Daten im Computer seines Behandlungszimmers hat, ohne die einzelnen Akten vom Empfang holen zu müssen. Er kann sich so bereits ein Bild des Patienten machen, während die Arzthelferin den Patienten aufruft. Zudem können die Daten automatisch in Formulare oder Rezepte eingefügt werden. Auch der Druck des Rezeptes kann in verschiedenen Stufen automatisiert werden. Je nach System wird das vom Arzt im Rechner erstellte Rezept automatisch gedruckt bzw. auf der Gesundheitskarte<sup>107</sup> gespeichert.<sup>108</sup> Eine Ausbaufunktion von APIS ist die Terminbuchung durch Patienten über das Internet. Über die Internetseite einer Arztpraxis kann sich der Patient dann den aktuellen, anonymisierten Terminkalender ansehen und einen freien Termin buchen. Nach Angabe einiger Daten (Anlass des Besuches [z. B. Vorsorgeuntersuchung oder Untersuchung eines akuten Problems], Patientenbekanntheit [bereits Patient dieser Praxis/neuer Patient] etc.) bestimmt das System dann selbstständig die zu reservierende Dauer des Termins. In abgestufter Form kann dem Patienten eine Terminanfragemöglichkeit per E-Mail angeboten werden.<sup>109</sup>

Aufgaben, die vollständig automatisiert werden können, sind beispielsweise das Schreiben der Rechnung auf Basis der in der Datenerfassung eingegebenen Daten und der Versand der Rechnung, sofern er elektronisch geschieht. Mit Hilfe eines APIS können die abrechnungsfähigen Positionen automatisch aus der elektronisch erstellten Patientenakte ermittelt und, in eine Rechnung eingefügt, per E-Mail an den Patienten versandt werden. Wird die E-Mail automatisch ausgedruckt und von der Sprechstundenhilfe per Post versandt, handelt es sich um einen teilautomatisierten Prozess.<sup>110</sup>

Analog zum APIS gibt es für Krankenhäuser **KIS**. Hierbei handelt es sich um Computersysteme, welche das Management in einem Krankenhaus durch die Bereitstellung von Informa-

---

<sup>106</sup> Vgl. Gouthier, M. H. J. (2001), S. 73; vgl. auch Haas, P. (2005), S. 24–29 und Weber, W. (1994), S. 317.

<sup>107</sup> Die Gesundheitskarte wird in Kapitel 2.2.2.4 beschrieben.

<sup>108</sup> Vgl. Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 5; vgl. auch Haas, P. (2005), S. 24–29 und Weber, W. (1994), S. 317–318.

<sup>109</sup> Vgl. Gouthier, M. H. J. (2001), S. 73; vgl. auch Haas, P. (2005), S. 24–29 und Weber, W. (1994), S. 317.

<sup>110</sup> Vgl. Haas, P. (2005), S. 25–29; vgl. auch Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 5 und Weber, W. (1994), S. 318.

tionen unterstützen sollen. Sie werden vom medizinischen Personal und von der Verwaltung zur Auswertung medizinisch dokumentierter Daten genutzt.<sup>111</sup> Ziel des KIS ist es, die Datenredundanz abzubauen, welche durch die Insellösungen der dezentralen, nicht miteinander verbundenen Abteilungssysteme entstanden ist. Durch gezielte Informationen sollen Arbeitsabläufe und Prozesse im Krankenhaus optimiert werden.<sup>112</sup>

KIS unterstützen die administrativen Aufgaben in der Verwaltung eines Krankenhauses wie z. B. das Controlling, Personalmanagement, die Inventur und den Einkauf. Im medizinischen Bereich kann das medizinische Personal das KIS nutzen, um spezielle Untersuchungen für bestimmte Patienten zu beantragen. Hierzu zählen z. B. radiologische Untersuchungen und Labortests. Die ausführenden Abteilungen können dem behandelnden Arzt/den Pflegekräften die Ergebnisse anschließend über das KIS schnell zur Verfügung stellen. Zudem werden im KIS Patientenakten geführt, welche alle relevanten Daten des Patienten beinhalten. Das KIS unterstützt zusätzlich die Kommunikation sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch nach außen. Es unterstützt die Ärzte beim Verfassen der Arztbriefe und bei der Codierung der Abrechnungsdaten.<sup>113</sup>

KIS können nach verschiedenen Strategien aufgebaut sein: vertikal (zentralisiert) und horizontal (abteilungsbasiert). Vertikale Systeme verfügen über einen zentralen Speicherort, auf den von verschiedenen Abteilungen/Workstations aus zugegriffen wird. Vorteile dieses Systems liegen in der hohen Sicherheit der Daten und in fehlender Redundanz von Informationen. Alle Daten liegen nur einmal, zentral auf dem Server gespeichert vor. Sie können somit schnell und einfach aktualisiert werden. Der Einsatz eines einzelnen Servers führt jedoch zu dem Nachteil, dass sich bei großen Datenmengen die Zugriffszeit verlängern kann. In horizontalen Systemen gibt es einen Server pro Abteilung. Dies bietet den Vorteil, dass Hard- und Software besser an die Bedürfnisse der einzelnen Abteilungen angepasst werden können.<sup>114</sup> Nachteilig ist das Risiko, dass die Verbindung zwischen den einzelnen Abteilungen

---

<sup>111</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 91.

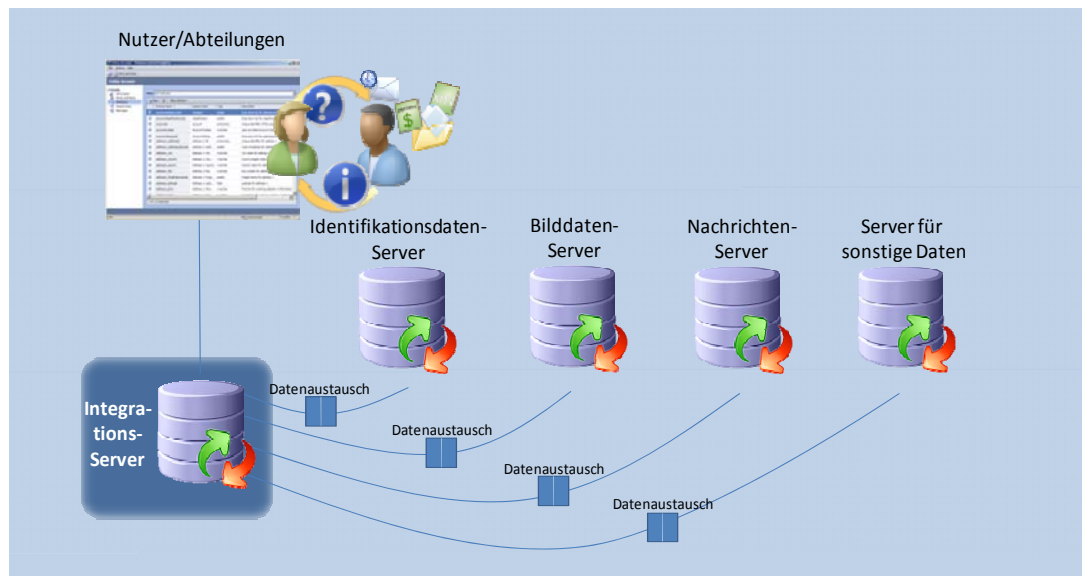
<sup>112</sup> Vgl. Prokosch, H. U. (2001).

<sup>113</sup> Vgl. Lenz, R.; Kuhn, K. A. (2001), S. 100; vgl. auch Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 96–98 und Bréant, C. (2008), S.52.

<sup>114</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 98–101.

durch Kommunikationsserver kostenintensiv sein kann und es zu Problemen bei der Kompatibilität der Einzelsysteme kommen kann.<sup>115</sup> Zudem besteht das Risiko hoher Datenredundanz. Da Daten auf jedem Server unabhängig voneinander aktualisiert werden müssen, kann es zum Vorliegen unterschiedlicher oder widersprüchlicher Daten kommen, wenn Aktualisierungen nicht zwischen den einzelnen Abteilungen kommuniziert werden. Integrierte Systeme versuchen die Vorteile der horizontalen mit denen der vertikalen zu verbinden und dabei die Nachteile beider zu vermeiden. Die Datenbasis ist hierbei auf verschiedene Einheiten verteilt, welche über einen Integrations-Server und Client-Server Beziehungen miteinander in Verbindung stehen. So gibt es z. B. einen Server für Nachrichten, einen für Bilddaten, einen der die Identifikationsdaten der Patienten enthält etc. Software Programme greifen jeweils auf die von ihnen benötigten Server zu.<sup>116</sup> Die Daten können so auch innerhalb eines Programms verbunden und bearbeitet werden. Vorteil ist die Lastenverteilung, wodurch die Systeme schneller reagieren sowie die Vermeidung von Datenredundanz und eine Erhöhung der Speicherkapazität durch eine größere Anzahl an Servern. Abbildung 6 zeigt die beispielhafte Darstellung eines integrierten Systems zur Datenverwaltung.

**Abbildung 6: Beispielhafte Darstellung eines Integrierten Systems zur Datenverwaltung**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Microsoft Deutschland GmbH (o.J.).

---

<sup>115</sup> Vgl. Prokosch, H. U. (2001).

<sup>116</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 98–101; vgl. auch Prokosch, H. U. (2001).



### 2.2.2.3 Horizontale medizinische Informations- und Kommunikationssysteme

**Horizontale medizinische IuK-Systeme** sind im Gegensatz zu den Vertikalen nicht auf einen einzelnen Anwendungsbereich zugeschnitten, sondern allgemein verwendbar. Hierzu zählen z. B. Internet, E-Mail, Zeiterfassung und Datenbanken.<sup>117</sup> Ein Beispiel, welches genauer vorgestellt werden soll, sind **medizinische Datenbanken**.

Man unterscheidet zwischen Bibliografischen- und Wissens- bzw. Faktendatenbanken. Ersterer enthalten die Titel und Quellenangaben (z. B. Autor, Zeitschrift, Jahr, Ausgabe, Seitenzahlen) von Artikeln, welche in Zeitschriften, Büchern oder anderen Medien veröffentlicht wurden. Ein Beispiel für eine umfangreiche, **medizinische bibliografische Datenbank** im Internet ist *MEDLINE*.<sup>118</sup> Ein Vorteil dieser Datenbanken ist der große Umfang, der eine Vielzahl an Beiträgen umfasst. Gleichzeitig bedeutet es jedoch auch, dass die Sichtung der Ergebnisse Zeit kostet, die Mediziner in der Regel nicht haben. Viele renommierte medizinische Zeitschriften erscheinen nur in englischer Sprache. Sie setzen folglich ausreichende Sprachkenntnisse voraus.

**Wissens- bzw. Faktendatenbanken** enthalten Informationen in Form von Volltexten, Statistiken etc. Sie bieten den Vorteil, dass die gewünschte Information direkt aufgerufen und eingesehen werden kann.<sup>119</sup> Sie haben den Anspruch, die aktuellsten Informationen zu verschiedenen Themen zur Verfügung zu stellen. Im medizinischen Bereich sind dies z. B. Informationen über die besten/aktuellsten Behandlungsmöglichkeiten für bestimmte Krankheiten.<sup>120</sup>

In Krankenhäusern gibt es Systeme, die den Austausch zwischen medizinischem Personal über kritische Situationen im Krankenhausalltag fördern sollen. Diese Systeme werden unter dem Begriff „**Critical Incidence Reporting Systeme (CIRS)**“ zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um ein freiwilliges Berichtssystem. Es können sowohl Erfahrungen zu risiko-

---

<sup>117</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 27, 82-83.

<sup>118</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 84–87; vgl. auch Hofhansel, H. G.; Vom Kolke, E. G. (1988), S. 22–23 und Lüthy, T. (2001b), S. 204.

<sup>119</sup> Vgl. Hofhansel, H. G.; Vom Kolke, E. G. (1988), S. 22–23.

<sup>120</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 84–87; vgl. auch Institute of Medicine (2005), S. 145.

vermeidenden als auch zu riskanten Ereignissen in einer Wissensdatenbank erfasst werden. Die Beiträge können anonym verfasst werden und sind von Sanktionen freigestellt.<sup>121</sup> Eine Erweiterung auf eine allgemeine klinikweite Wissensdatenbank, die sich nicht nur auf kritische Ereignisse bezieht, wäre denkbar.

Die **Qualität** einer Datenbank wird durch eine Reihe von Faktoren bestimmt. Hierzu zählen der Umfang der enthaltenen Informationen, die Akkuratheit der Ausgabeergebnisse, die Schnelligkeit des Zugriffs, die Aktualität der Dokumente sowie die Anwenderfreundlichkeit/der Schwierigkeitsgrad der Anwendung.<sup>122</sup>

Datenbanken können auf unterschiedliche Weise angeboten/verwendet werden. Einige erlauben den freien **Zugriff** per Internet. Andere erfordern den Kauf einer Lizenz und können über CD-ROM oder aber durch einen mit Passwort geschützten Internet-Account genutzt werden.<sup>123</sup> Online-Datenbanken, welche den Zugriff per Internet erlauben, bieten den Vorteil der räumlichen Unabhängigkeit.<sup>124</sup>

Neben medizinischen Datenbanken gibt es weitere **Informationssysteme für Ärzte**, ermöglicht durch das Internet und neue Technologien. Eine Alternative bieten die sogenannten Podcasts. Ein **Podcast** ist ein Audio- oder Videobeitrag, welcher aus dem Internet heruntergeladen werden kann. Anschließend können die Beiträge auf unterschiedlichen Medien, z. B. Laptop oder MP3 Player, angehört bzw. angesehen werden.<sup>125</sup> Problematisch ist wie bei allgemeinen Internetseiten die Beurteilung der Qualität. Inzwischen bieten einige renommierte medizinische Fachzeitschriften wie z. B. das *New England Journal of Medicine* oder das *Journal of the American Medical Association* Podcasts mit einer Zusammenfassung der aktuellen Beiträge an. Aber auch deutsch-sprachige Zeitschriften wie der *Anästhesist* bieten inzwischen Podcast-Services an. Allgemeiner gehaltene und gesundheitspolitische Themen werden durch den Internetanbieter *DocCheck* zur Verfügung gestellt.<sup>126</sup> Als weiteres Medi-

---

<sup>121</sup> Vgl. Cartes, M. I.; Hart, D. (2006); vgl. auch Council of Europe - Committee of Ministers (2006).

<sup>122</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 83–84.

<sup>123</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 81-82; 89.

<sup>124</sup> Vgl. Hofhansel, H. G.; Vom Kolke, E. G. (1988), S. 21.

<sup>125</sup> Vgl. Konrad, M. H. (2009), S. 633–635.

<sup>126</sup> Vgl. Konrad, M. H. (2009), S. 633–635.

um zum Austausch medizinischen Wissens bilden sich Gesprächsforen oder Communities im Internet. Hier finden sich Gleichgesinnte, um über verschiedene Themen zu diskutieren und Informationen auszutauschen.<sup>127</sup> Die jüngste Entwicklung im medizinischen Fortbildungs- und Wissensaustausch über das Internet ist die Verbreitung medizinischer Information über den Meldungsdienst „**Twitter**“. Im Rahmen dieses Dienstes können Beiträge zu bestimmten Themen erstellt werden. Sie dürfen maximal 140 Zeichen umfassen. Interessierte können die jeweiligen Themen abonnieren und erhalten dann alle zu diesem Thema bereitgestellten Nachrichten. Genau genommen handelt es sich hierbei um ein Kommunikationsnetzwerk, welches seine Mitglieder mit bestimmten Informationen versorgt. Die Kürze der Mitteilungen bietet den Vorteil der Mobilität, da z. B. auch das Handy zur Informationsvermittlung und zum Empfang genutzt werden kann.<sup>128</sup> Erster Anbieter eines Twitter-Dienstes zu medizinischen Themen für Ärzte ist die amerikanische *Mayo Clinic*, die wissenschaftliche Veröffentlichungen zur Diskussion stellt.<sup>129</sup> Bei der Vielzahl an Informationswegen, die sich dem Arzt durch das Internet bieten, ist es jedoch schwer, den Überblick über die Qualität der einzelnen Informationen zu behalten.<sup>130</sup>

Nicht nur Ärzte können die neuen Technologien zur Informationsrecherche nutzen. **Patienteninformationssysteme** verzeichnen ebenfalls einen zunehmenden Trend. Durch neue Technologien wie z. B. das Internet, stehen Patienten zahlreiche Wege offen, an medizinische Informationen zu kommen.<sup>131</sup> Ca. 30-40 % der Inhalte des Internets beziehen sich auf medizinische Inhalte mit steigender Tendenz.<sup>132</sup> Es gibt eine Vielzahl an medizinischen Portalen im Internet. Problematisch ist hierbei, dass Patienten keine Möglichkeit haben, die Qualität der Inhalte zu prüfen. Zudem führt die Vielfalt des Angebotes schnell dazu, dass Patienten vom Informationsangebot überfordert sind.<sup>133</sup> Ziel sollte es sein, ein Evidenzbasiertes Informationssystem zu entwickeln, welches den Patienten qualitätsgeprüfte, für

---

<sup>127</sup> Vgl. Butzlaff, M.; Koneczny, N.; Floer, B. et al. (2002), S. 383.

<sup>128</sup> Vgl. o.V. (2009), S. N1.

<sup>129</sup> Vgl. o.V. (2009), S. N1.

<sup>130</sup> Vgl. Adelhard, K. (2000), S. A2863.

<sup>131</sup> Vgl. Duffett-Leger, L.; Paterson, B.; Albert, W. (2008), S. 24; vgl. auch Preuß, K.-J. (2004), S. 241–242 und Institute of Medicine (2005), S. 146, 155-156.

<sup>132</sup> Vgl. Preuß, K.-J. (2004), S. 241–242; vgl. auch Institute of Medicine (2005), S. 146, 155-156.

<sup>133</sup> Vgl. Tiedtke, D. (2001), S. 118.

den Laien verständliche Informationen bietet.<sup>134</sup> Die *U.S. National Library of Medicine* hat ergänzend zu *MEDLINE* ein Datenbanksystem für Patienten entwickelt, *MEDLINEplus*. Hierbei handelt es sich um eine Datenbank, welche in unterschiedliche Teilgebiete wie z. B. Informationen zu Krankheiten, zu Organisationen etc. unterteilt ist. Diese Seiten enthalten sowohl vorselektierte Informationen der *MEDLINE* Datenbank als auch Links zu vertrauenswürdigen Websites professioneller Organisationen wie z. B. der *Food and Drug Administration*.<sup>135</sup> Den Patienten soll hierdurch die gezielte Suche nach qualitativen Informationen erleichtert werden. Die Dienste der *MEDLINE* sind jedoch ausschließlich auf Englisch erhältlich und folglich nicht für alle deutschen Patienten geeignet.<sup>136</sup> An deutschen Informationsportalen sind z. B. das *medizinische Linkwörterbuch*<sup>137</sup>, das *Portal Netdokter*<sup>138</sup>, das *Gesundheitsportal LifeLine – Medizin im Internet*<sup>139</sup> oder das Informationsportal der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)* und *Bundesärztekammer (BÄK)*<sup>140</sup> zu nennen.<sup>141</sup> Diese Aufzählung kann nur einen kleinen Eindruck des vorhandenen Angebots geben.<sup>142</sup> Internetangebote wie das zuvor erwähnte Twitter werden von Patienten rege genutzt. Hier stellt sich jedoch wieder die Frage nach der Überprüfbarkeit der Qualität.<sup>143</sup> Neben reinen Informationssystemen entwickeln sich über das Internet auch Bewertungsportale, Foren und Communities zum Austausch über medizinische Themen. Auch Sozialplattformen (Social Networks) wie z. B. *Facebook* bieten die Möglichkeit, Gruppen zu bestimmten Themen zu bilden und sich auszutauschen. Vor allem bei Bewertungen von Ärzten durch Patienten ist jedoch besondere Vorsicht geboten, da die Qualität der Bewertungen schlecht beurteilt werden kann. Es muss immer bedacht werden, dass Bewertungen durch Patienten stark subjektiv sind.

---

<sup>134</sup> Vgl. Preuß, K.-J. (2004), S. 241–242; vgl. auch Institute of Medicine (2005), S. 146, 155–156.

<sup>135</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 156–157.

<sup>136</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 156–157.

<sup>137</sup> <http://www.best-MED-link.de>

<sup>138</sup> <http://www.netdokter.de>

<sup>139</sup> <http://www.lifeline.de>

<sup>140</sup> <http://www.patienten-information.de>

<sup>141</sup> Vgl. Leiberich, P.; Nedoschill, J.; Nickel, M. et al. (2004), S. 264.

<sup>142</sup> Eine Auflistung von internetbasierten Gesundheitsportalen findet sich in Beeres, M. (2001), S. 172–173.

<sup>143</sup> Vgl. o.V. (2009), S. N1.

Neben dem nützlichen Effekt der Patienteninformation birgt das Internet auch viele **Probleme**. So sehen sich Ärzte immer häufiger mit Patienten konfrontiert, die über ein Halbwissen aus dem Internet verfügen.<sup>144</sup> Sie fragen nach Medikamenten oder Therapien, von denen sie im Internet gehört haben, ohne deren Eignung für ihre eigene Situation beurteilen zu können. Es wird für den Arzt schwieriger, die Patienten davon zu überzeugen, dass er in ihrem Sinne handelt. Patienteninformation kann aber auch dazu beitragen, die Compliance<sup>145</sup> von Patienten zu verbessern.<sup>146</sup> Es bleibt festzuhalten, dass sowohl Arzt- als auch Patienteninformationssysteme aufgrund des großen Umfangs an vorhandenen Informationen mit hohem Aufwand und Kosten verbunden sind und die Bewertung der Qualität der angebotenen Informationen nicht immer ganz einfach ist.

#### **2.2.2.4 Medizinische Informations- und Kommunikationssysteme in Gesundheitsnetzwerken**

Die Bildung von Gesundheitsnetzwerken führt zu einem Bedarf an komplexen IuK-Systemen. Es müssen immer mehr Parteien in den Informationsfluss eingegliedert werden. Hierzu zählen nicht nur Ärzte und Krankenhäuser. Es entsteht zunehmend auch der Anspruch, dass Patienten von zuhause auf Daten und Informationen zugreifen und auch ihrerseits Daten und Informationen in das System eingeben können. Zudem muss eine einfache, schnelle und sichere Kommunikation zwischen den Netzwerkteilnehmern über die Grenzen eines einzelnen Systems hinweg möglich sein.<sup>147</sup> Über die Zeit haben sich in den einzelnen Instanzen der Wertschöpfungskette heterogene Insellösungen gebildet. Es existieren nicht nur unterschiedliche IuK-Systeme in Praxen und Krankenhäusern, auch innerhalb der Versorgungsstufe gibt es eine Vielzahl an individuellen IuK-Systemen. In Gesundheitsnetzwerken besteht somit die zusätzliche Herausforderung, die Kompatibilität der Systeme zu gewährleisten bzw. einen reibungslosen Kommunikationsfluss zwischen den Systemen zu schaffen. Die verschiedenen Lösungen zur netzwerkartigen Verbindung von Leistungserb-

---

<sup>144</sup> Vgl. Frosch, D. L. (2003), S. 238.

<sup>145</sup> Der Begriff „Compliance“ bezeichnet die Befolgung der Anweisungen des Arztes durch den Patienten. Vgl. Mullen, P. D. (1997), S. 691.

<sup>146</sup> Vgl. Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 3; vgl. auch Institute of Medicine (2005), S. 175–176; Leiberich, P.; Nedoschill, J.; Nickel, M. et al. (2004), S. 263, 266 und Schmöller, M. (2008), S. 43.

<sup>147</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 105.

ringern und Patienten werden unter dem Begriff der **Telematik im Gesundheitswesen** oder auch **Telemedizin** zusammengefasst.<sup>148</sup>

Gemäß der *World Health Organisation (WHO)* bezeichnet der Begriff **Telematik im Gesundheitswesen** gesundheitsbezogene Tätigkeiten, Services und Systeme, welche mit Hilfe von IuK-Technologien Distanzen überbrücken. Ziel dieser Aktivitäten/Systeme ist zum einen die lokale und globale Verbesserung der Gesundheit, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsversorgung, zum anderen unterstützen sie Ausbildung, Management und medizinische Forschung.<sup>149</sup> Im Folgenden werden die - für diese Arbeit relevanten - Ausprägungen der Telemedizin kurz vorgestellt.

**Telekonsultationen** bieten Ärzten die Möglichkeit, die Meinung eines Spezialisten einzuholen, ohne dass der Patient diesen persönlich aufsuchen muss. Ein Allgemeinarzt kann z. B. mit Hilfe einer Telekonsultation Unterstützung eines Facharztes bekommen. Dies geschieht über Videokonferenzen oder andere Möglichkeiten der technischen Datenübertragung.<sup>150</sup> Besonders oft wird diese Möglichkeit bei Bedarf eines radiologischen oder pathologischen Befundes eingesetzt.<sup>151</sup>

**Telemonitoring** bezieht sich auf die Überwachung oder regelmäßige Kontrolle bestimmter medizinischer Werte oder Objekte. Als Beispiel kann hier die Erhebung, Übermittlung und Kontrolle der Vitaldaten bzw. biometrischen Patientendaten bei räumlicher Distanz zum Arzt genannt werden.<sup>152</sup> Patienten können so ihrem normalen Alltag nachgehen und dennoch in kurzen Abständen medizinisch überwacht werden. Der Einsatz dieser Techniken bietet sich vor allem bei chronisch kranken Patienten an, bei denen durch eine regelmäßige Kontrolle einfach zu erhebender Vitalparameter (wie z. B. Gewicht, Blutzucker oder Blut-

---

<sup>148</sup> Vgl. Doarn, C. R. (2007), S. 57: Weitere synonym verwendete Begriffe sind eHealth und Telehealth.

<sup>149</sup> Vgl. World Health Organisation (WHO) (Hrsg.) (1998), S. 13.

<sup>150</sup> Vgl. hierzu die Möglichkeiten der Telekooperation, Kapitel 2.2.1.3.2.

<sup>151</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 110; vgl. auch Lauterbach, K.; Lindlar, M. (1999), S. 24 und Lindlar, M. (2004), S. 253.

<sup>152</sup> Vgl. Lindlar, M. (2004), S. 253; vgl. auch Lüthy, T. (2001b), S. 213–214 und Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 111.

druck) Komplikationen vermieden werden können.<sup>153</sup>

**Elektronische Fallakten (eFA)** enthalten alle Daten eines Patienten, die im Rahmen eines einzelnen Behandlungsprozesses entstehen. Die eFA begleitet den Patienten entlang der Wertschöpfungskette über die Sektorengrenzen hinweg. Entsprechend sind die auf der eFA gespeicherten Daten nur für die Ärzte einsehbar, die für den Patienten im Rahmen dieses Krankheitsfalls zuständig sind. Für die erfolgreiche Führung elektronischer Fallakten ist es wichtig, dass sowohl die Leistungserbringer untereinander als auch die Patienten der Qualität und Sicherheit der Daten vertrauen. Dies wird mit steigender Teilnehmerzahl der Leistungserbringer jedoch immer schwieriger.<sup>154</sup> Die Reduktion der Datenspeicherung auf einzelne Fälle bezogen soll die Teilnehmerzahl im Vergleich zu einer umfassenden Datenerfassung reduzieren und die Sicherheit und Qualität der Anwendung erhöhen.<sup>155</sup>

Die Patientendaten werden heute in Arztpraxen und Kliniken noch häufig in den klassischen Patientenakten in Papierform erfasst. Mit Hilfe von Softwareprogrammen können diese Papierakten durch die Datenverwaltung im Computer ersetzt werden. Es entstehen hierdurch **elektronische Krankenakten (eKA)**. Durch die elektronische Verwaltung der Daten wird nicht nur Stauraum gespart, die Daten können durch Suchfunktionen auch schneller aufgerufen werden, gerade wenn sie über mehrere Besuche des Patienten hinweg erfasst werden.<sup>156</sup>

Einen Ansatz zur Integration aller notwendigen IuK-Systeme in Gesundheitsnetzwerken bilden die **elektronischen Patientenakten (ePA)**. Die ePA liegt definitionsgemäß dann vor, wenn patientenbezogene medizinische Daten zwischen verschiedenen Institutionen ausgetauscht werden können. Der Austausch der Daten zwischen den Institutionen ermöglicht erst die Erfassung der ganzheitlichen Krankengeschichte und bildet die Abgrenzung zum KIS bzw. APIS und der darin enthaltenen elektronischen Krankenakte, in welcher nur die Kran-

---

<sup>153</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 111; vgl. auch Braun, G. E.; Burkart, J. (2008a), S. 5-6.

<sup>154</sup> Vgl. Boehm, O.; Caumanns, J. (2007), S. 240–241.

<sup>155</sup> Vgl. Krüger-Brand, H. E. (2006).

<sup>156</sup> Vgl. Lindlar, M. (2004), S. 256; vgl. auch Schmücker, P.; Ohr, C.; Beß, A. et al. (1998), S. 222.

kengeschichte des Patienten bezogen auf das einzelne Krankenhaus/die Arztpraxis enthalten ist.<sup>157</sup>

Laut Definition dient die ePA folglich dem verbesserten Informationsaustausch zwischen den Ärzten entlang der Behandlungskette eines Patienten. So können Doppeluntersuchungen (z. B. durch die Speicherung von Röntgenbildern) und Wechselwirkungen aufgrund schlecht abgestimmter Therapien vermieden werden.<sup>158</sup> Die gespeicherten Daten bilden hierbei keinen Ersatz für die eigene Diagnose eines Arztes, können dem behandelnden Arzt jedoch hilfreiche und ergänzende Informationen bieten. Ausführliche, gut geführte und aktuelle ePA sind für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung von besonderer Bedeutung. Sie tragen dazu bei, dass der Patient eine durchgängige, stimmige Behandlung erhält.<sup>159</sup> Die Verwendung des Begriffes ePA in der Literatur weicht teilweise von der eigentlichen Definition einer ePA ab. So wird die Bezeichnung häufig als Synonym für eine Patientenakte verwendet, die auf digitalen Datenträgern gespeichert und elektronisch verfügbar ist.<sup>160</sup>

In einem Gesundheitsnetzwerk wirken Ärzte mit verschiedenen Einstellungen zu technischen Innovationen zusammen. Daher ist es wichtig, dass die Vorteile von technischen Informationssystemen offen zwischen den Ärzten aber auch zwischen Arzt und Patient diskutiert werden. Gerade im Zusammenhang mit der ePA ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wichtig, da Patienten aus datenschutzrechtlichen Gründen eine entscheidende Rolle bei der Weitergabe ihrer persönlichen Daten spielen.<sup>161</sup>

**Elektronische Gesundheitsakten (eGA)** erweitern den Ansatz der ePA, sodass der Patient selbst Informationen beitragen kann. Zusätzlich zu den von Ärzten erhobenen medizinischen Daten bieten die eGA die Möglichkeit, dass Patienten gemessene Vitalparameter und weitere gesundheitsbezogene Informationen wie z. B. Rauchgewohnheiten, sportliche Akti-

---

<sup>157</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. 436; vgl. auch Prokosch, H. U. (2001).

<sup>158</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 118; vgl. auch Lindlar, M. (2004), S. 256.

<sup>159</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 118; vgl. auch Warda, F. (2005), S. 18–19.

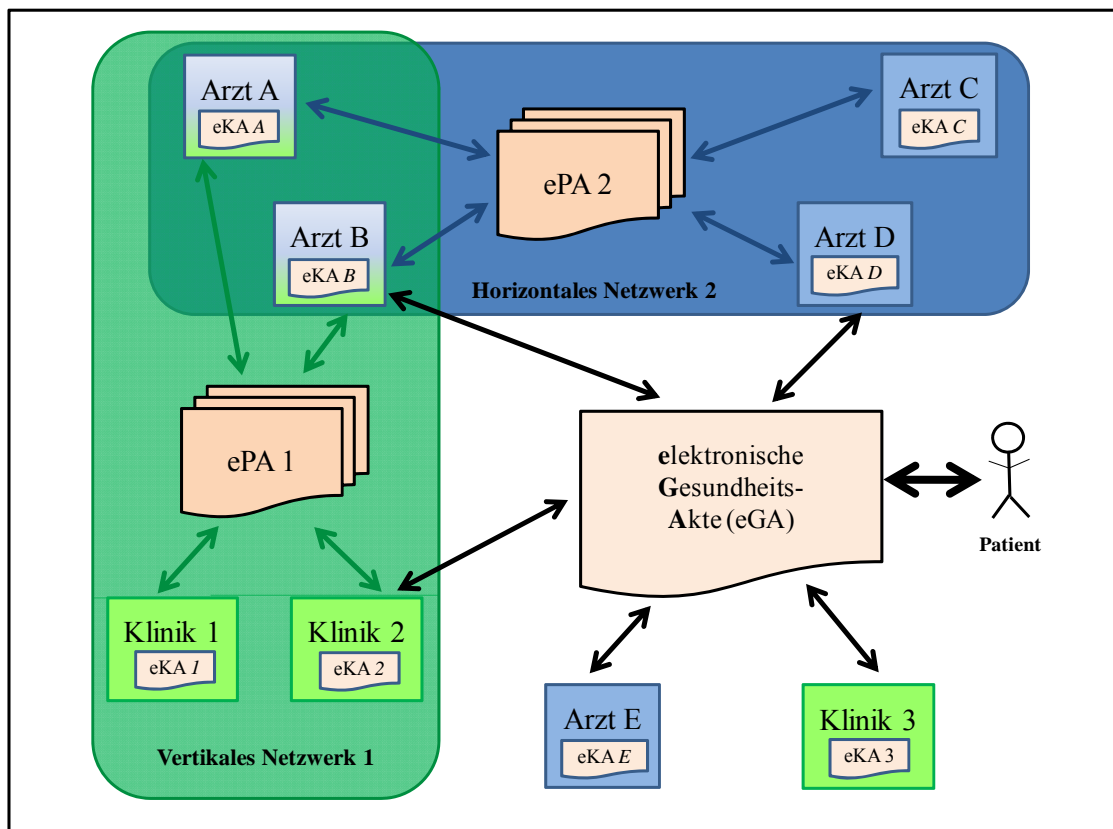
<sup>160</sup> Vgl. Schmücker, P.; Ohr, C.; Beß, A. et al. (1998), S. 223.

<sup>161</sup> Vgl. Prokosch, H. U. (2001).



vitäten und Essgewohnheiten in der Akte dokumentieren können.<sup>162</sup> Die Benutzeroberfläche muss somit auf die Nutzung durch den Patienten ausgerichtet und für diesen leicht verständlich sein. Um den Patienten den Zugang zu den Daten zu ermöglichen, ist bei dieser Akte eine Anbindung an das Internet notwendig. Zudem liegt die Kontrolle über die Datenfreigabe und den Austausch der medizinischen Informationen zwischen den Leistungserbringern bei der eGA allein beim Patienten. Entsprechend muss der Arzt im Rahmen seiner Dokumentationspflicht eigene Sicherungen der Daten durchführen.<sup>163</sup> Eine abgrenzende Übersicht zum Einsatz patientenbezogener elektronischer Akten gibt Abbildung 7.

Abbildung 7: Beispielhafte Übersicht über patientenbezogene elektronische Akten



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Warda, F. (2005), S. 25.

Die **elektronische Gesundheitskarte (eGK)** ist eine funktionserweiterte Versichertenkarte, auf welcher sowohl persönliche Patientendaten als auch Informationen zur Krankheitsgeschichte, zu Medikamenten und zu diagnostischen Verfahren (z. B. Laborergebnisse, Rönt-

<sup>162</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. 507.

<sup>163</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. 506–507; vgl. auch Prokosch, H. U. (2001) und Warda, F. (2005), S. 15–16.

genbilder etc.) gespeichert werden können.<sup>164</sup> Ziel der Einführung einer eGK ist die Speicherung aller relevanten medizinischen Daten eines Patienten, die im Laufe seines Lebens anfallen. Dies soll einen schnellen und problemlosen Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern ermöglichen und so über eine verbesserte Kommunikation zu einer qualitativ hochwertigeren Versorgung der Patienten sowie zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen führen.<sup>165</sup> Auf der Karte selbst werden nur die administrativen Daten sowie elektronische Rezepte gespeichert. Es ist geplant, als ersten Schritt diese Funktionen verpflichtend einzuführen.<sup>166</sup> Darauf aufbauend sollen weitere Funktionen entwickelt werden, welche die Speicherung von medizinischen Notfalldaten (Blutgruppe etc.), Arzneimitteldokumentationen, elektronische Arztbriefe, eine elektronische Patientenakte, individuelle Gesundheitsdaten – vom Patienten eingepflegt – und eine Patientenquittung vorsehen. Diese Daten sollen auf freiwilliger Basis auf Servern gespeichert werden.<sup>167</sup> Die Anlegung und Verwaltung der Daten bedarf einer Genehmigung durch den Patienten. Die eGK stellt in diesem Fall lediglich den Zugriffsweg dar. Die ePA oder eFA sind folglich Funktionen, welche die Anwendung der eGK ergänzen.<sup>168</sup>

### **2.2.3 Probleme mit Informations- und Kommunikationssystemen im Gesundheitswesen**

Ein besonderes Merkmal für IuK-Systeme im Gesundheitswesen ist der **hohe Bedarf an Datenschutz und Sicherheit**. Es ist erforderlich, dass die Daten einen Zugriffsschutz haben, welcher nur ausgewählten Personen den Zugriff auf für sie spezifisch freigeschaltete Datenbereiche erlaubt. Wichtig ist hierbei die Freigabe der Daten durch den Patienten.<sup>169</sup> Der Einsatz von eFA, ePA, eGA und eGK sind aus diesem Grund nicht unumstritten. Sowohl Patienten als auch zahlreiche Leistungserbringer sehen die Sicherheit von sensiblen Patientendaten bei der elektronischen Speicherung und Übertragung gefährdet. Der Zugriff auf die Daten sollte entsprechend nicht über das Internet bzw. wenn nur über gesicherte

---

<sup>164</sup> Vgl. Ehlers, A. P. F.; Hardenberg, S. Gräfin von (2008), S. 112.

<sup>165</sup> Vgl. Paland, N. (2006), S. 7.

<sup>166</sup> Vgl. Paland, N. (2006), S. 17–18.

<sup>167</sup> Vgl. Paland, N. (2006), S. 17–19.

<sup>168</sup> Vgl. Krüger-Brand, H. E. (2006); vgl. auch Paland, N. (2006), S. 12–19.

<sup>169</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 165, 171-174; vgl. auch Lauterbach, K.; Lindlar, M. (1999), S. 44–45 und Ehlers, A. P. F.; Hardenberg, S. Gräfin von (2008), S. 112.

Verbindungen möglich sein.<sup>170</sup>

Es ist für Laien und teilweise auch für Leistungsanbieter nicht einfach, die **Qualität von Daten in Informationssystemen** zu bewerten. Dies trifft besonders auf Foren zu, bei denen nicht kontrolliert werden kann, wer die eingetragenen Beiträge verfasst hat. Aber auch die Einträge im Impressum von Informationsplattformen sind nicht immer eine Garantie für qualitativ hochwertige Daten. Es gibt in der Literatur Konzepte, nach denen Patienten medizinische Informationen beurteilen können. Zu nennen sind hier das **DISCERN-Instrument** (15 Kriterien zur Beurteilung der Qualität schriftlicher, medizinischer Information)<sup>171</sup> sowie die **Coulter-Evaluationskriterien** (spezifische Parameter der Informationsbewertung).<sup>172</sup> Das Problem ist, dass diese Konzepte nicht allgemein bekannt sind. Um ein Informationssystem zu implementieren, welches allen Patienten zugänglich ist, muss eine einfache Methode der Qualitätskontrolle und -darstellung gefunden werden. Auch für Ärzte ist es wichtig, dass Wissensdatenbanken qualitativ geprüft werden.

Versuche, die Qualität von medizinischen Informationen im Internet transparent darzustellen, werden z. B. durch das *Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (AfGis)* oder die *Health on the Net (HON) Foundation* unternommen.<sup>173</sup> Transparenz bedeutet in diesem Zusammenhang, die Qualität und Herkunft erkennbar und nachvollziehbar zu gestalten.<sup>174</sup> Anbieter von Websites können beim AfGis Daten hinterlegen, die Auskunft z. B. über die Verfasser, die Aktualität und die Ziele der Homepage geben.<sup>175</sup> Hierbei soll der Aufbau der Informationssysteme nach einheitlichen Regeln und Werten erfolgen.<sup>176</sup> Liegen alle geforderten Informationen vor, kann der Anbieter ein Siegel anfordern, welches mit Jahreszahl der Genehmigung versehen auf der Homepage dargestellt werden darf. Nutzer können dann

---

<sup>170</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 165, 171-174; vgl. auch Ehlers, A. P. F.; Hardenberg, S. Gräfin von (2008), S. 112 und Lauterbach, K.; Lindlar, M. (1999), S. 44-45.

<sup>171</sup> Vgl. Charnock, D.; Shepperd, S.; Needham, G. et al. (1999), S. 105.

<sup>172</sup> Vgl. Preuß, K.-J. (2004), S. 242.

<sup>173</sup> Vgl. Lindlar, M. (2004), S. 254.

<sup>174</sup> Vgl. Eßig, M.; Amann, M. (2007), S. 555.

<sup>175</sup> Eine Übersicht der geforderten Informationen findet sich in Anhang A.

<sup>176</sup> Vgl. Statz, A.; Apitz, R.; Thelen, W. (2001), S. 256-257.

durch Doppelklick auf das Logo die hinterlegten Informationen abrufen.<sup>177</sup> Eine Garantie für die Qualität der inhaltlichen Informationen der Website ist dies jedoch nicht.<sup>178</sup> Die *HON Foundation* hat einen **Verhaltenskodex** für Internetveröffentlichungen zum Thema Gesundheit herausgegeben.<sup>179</sup> Internetanbieter, welche sich an diesen Kodex halten, dürfen das „HONcode“-Logo auf ihrer Internetseite anzeigen.<sup>180</sup> Nach eigenen Angaben der *HON Foundation* zeichnen bereits über 6.800 Anbieter ihre Websites offiziell mit dem HONcode-Logo aus.<sup>181</sup> Da die Menge an im Internet veröffentlichten Informationen jedoch unüberschaubar ist, basiert das HON System auf einer freiwilligen Selbstverpflichtung der Informationsanbieter, den Kodex einzuhalten. Die Tatsache, dass dieses Logo auf einer Internetseite dargestellt wird, bedeutet folglich nicht, dass die Qualität der Informationen nachgewiesen bzw. gesichert ist. Eine Kontrolle erfolgt nicht, folglich auch keine Bestrafung, wenn die Regeln nicht eingehalten werden.<sup>182</sup>

Die Menge an veröffentlichten medizinischen Informationen im Internet ist für keinen Serviceanbieter kontrollierbar. Im Rahmen des Projektes „medCERTAIN“ der *Universität Heidelberg* wird daher versucht, eine Software zu entwickeln, welche die Qualität anhand von Patienten-spezifischen Kriterien überprüft während die Internetseite aufgerufen wird. Basis hierfür sind technische Standards, welche unter dem Namen PICS (platform for internet content selection) vom *World Wide Web Consortium* entwickelt wurden.<sup>183</sup>

Neben qualitativen Problemen gibt es auch **Schwierigkeiten in der Umsetzung der technischen Vernetzung**. Viele Praxen haben inzwischen Software-Programme zur Unterstützung des Praxismanagement. Die Ausstattung reicht von Programmen zur Abrechnung über elektronische Patientenakten bis hin zur elektronischen Terminvergabeplanung.<sup>184</sup> Bei der Bildung von Netzwerken und der Aufwertung und Ergänzung der technischen Systeme ist

---

<sup>177</sup> Weiterführende Informationen zum AfGis auf dessen Homepage: <http://www.afgis.de>.

<sup>178</sup> Vgl. Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. (Hrsg.) (2009).

<sup>179</sup> Weiterführende Informationen zur HON auf deren Homepage: <http://www.hon.ch/>.

<sup>180</sup> Vgl. Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 3.

<sup>181</sup> Vgl. Health On the Net Foundation (Hrsg.) (2009).

<sup>182</sup> Vgl. Adelhard, K. (2000), S. A2864-A2865.

<sup>183</sup> Vgl. Eysenbach, G.; Diepgen, T. L. (1998), S. 1498; vgl. auch Gouthier, M. H. J. (2001), S. 77.

<sup>184</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 113.

zu bedenken, dass die einzelnen, bereits implementierten Systeme nicht zwangsweise **kompatibel** sind.<sup>185</sup> Dies gilt auch für die Unterschiede zwischen den Systemen, die in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten im Einsatz sind.<sup>186</sup> Eine Umrüstung der einzelnen Netzwerkteilnehmer und eine Einigung auf ein System können Konfliktpotenzial bergen und Kosten verursachen.

Probleme können auch auftreten, wenn die **Hardware** defekt ist. Für diese Fälle sollte ein Aktionsplan vorliegen, sodass durch die technischen Probleme nicht der medizinische Betrieb verhindert wird.<sup>187</sup> Die Zuverlässigkeit der Systeme ist nicht Teil der Betrachtung dieser Arbeit. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass gerade in einem sensiblen Bereich wie dem Gesundheitswesen spezielle Sorgfalt bei der Planung dieser Bereiche angewandt werden sollte.

## 2.3 Veränderungen der Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen

### 2.3.1 Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

#### 2.3.1.1 Gesundheitsreformen

Neben den Fortschritten in medizinischem Wissen und Technik spielt die gesetzgeberische Regulation als dritte Kraft eine entscheidende Rolle bei den Veränderungen des Gesundheitsmarktes. Die Entwicklungen im Gesundheitswesen sind von einer Reihe von **Reformen** geprägt, welche die Dienstleistung „Gesundheit“ strukturieren. Die nachfolgenden Grafiken (Abbildung 8, S. 42 und Abbildung 9, S. 43) geben eine Übersicht über die gesetzlichen Reformen<sup>188</sup> mit Nennung der wichtigsten Änderungen.

---

<sup>185</sup> Siehe Hinweise in Kapitel 2.2.2.4. Auf Ansätze zur Lösung dieses Problems wird in Kapitel 5.3.2.1 eingegangen.

<sup>186</sup> Vgl. Heitmann, K. U.; Schweiger, R.; Dudeck, J. (2001), S. 169.

<sup>187</sup> Vgl. Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 129.

<sup>188</sup> Hierbei handelt es sich nicht um eine vollständige Aufzählung der Reformen. Es werden lediglich die Reformen aufgeführt, welche für die weitere Arbeit von Relevanz sind.

**Abbildung 8: Übersicht über die Reformen im Gesundheitswesen von 1989-1999**

**Gesundheits-Reformgesetz (GRG)**

01.01.1989

- Aufnahme von Leistungen zur Gesundheitsförderung/Erweiterung der Leistungen zur Krankheitsfrüherkennung
- Festbetragsregelungen bei der Versorgung mit Arznei, Verband- und Hilfsmitteln
- Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit
- Begrenzung des Sterbegelds
- Härtefallregelungen
- Erprobungsregelungen
- Qualitätssicherung der Leistungserbringung
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

**Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)**

01.01.1993

- Einführung des Risikostrukturausgleichs zwischen allen Krankenkassen ab 1994
- Wahlfreiheit der Krankenkasse für Versicherte ab 1996
- Einheitliche regionale Vertragsebenen für alle Kassenarbeit bei Arzt- und Zahnarztthonoraren
- Förderung von Krankenkassenzusammenschlüssen
- Einführung von Zulassungsbeschränkungen
- Ausweitung der Festbetragsregelungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
- Zuzahlungen für alle Arzneimittel
- Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips im Krankenhaus/Einführung leistungsorientierter Vergütungen, Fallpauschalen und Sonderentgelte
- Ambulantes Operieren
- Ambulante vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

**Beitragsentlastungsgesetz**

01.01.1997

- Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte sowie der Eigenbeteiligung für Heilmittel
- Koppelung der Beitragssatzerhöhungen an die Erhöhung der Zuzahlungen für Versicherte
- Einführung eines außerordentlichen Kündigungsrechts für Versicherte im Fall von Beitragssatzerhöhungen
- Ermöglichung von Modellvorhaben und Strukturverträgen zur Erprobung von neuen Verfahren und Organisationsformen, neuen Leistungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation und Prävention für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen
- Einführung eines Regelleistungsvolumens mit festem Punktwert für die Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte
- Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets durch arztgruppenspezifische Richtgrößen

**GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz**

01.01.1999

- Ausgaben begrenzende Regelungen für die wichtigsten Leistungsbereiche
- Einführung einer niedrigeren Belastungsgrenze für chronisch Kranke bei Härtefallregelung
- Rücknahme der generellen Erhöhung von Zuzahlungen und deren Dynamisierung
- Koppelung von Zuzahlungserhöhungen an die Beitragssatzerhöhung
- Streichung der zeitlichen Befristung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Nagel, E. (2007b), S. 70–72; GRG (1988); GSG (1992); Beitragsentlastungsgesetz (1996); GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (1998).

Abbildung 9: Übersicht über die Reformen im Gesundheitswesen von 2000 bis 2009

**GKV-Gesundheitsreform**

01.01.2000

- Einführung eines neuen Entgeltsystems mit Einführung der Fallpauschalen auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs)
- Verpflichtung von Leistungserbringern mit GKV-Zulassung zur Einrichtung eines umfassenden internen Qualitätsmanagement und zur Beteiligung an Maßnahmen der vergleichenden (externen) Qualitätssicherung
- Einführung eines Bundesausschusses Krankenhaus sowie eines Koordinierungsausschusses, zur Koordination der Arbeit der einzelnen Ausschüsse und zur Beratung bei sektorenübergreifenden Fragestellungen
- Einführung §140a-d SGB V Integrierte Versorgung

**GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)**

01.01.2004

- Einrichtung Gemeinsamer Bundesausschuss
- Erteilung eines Mitberatungs- und Antragsstellungsrechtes für anerkannte Organisationen der Wahrnehmung der Patienteninteressen und der Selbsthilfe chronisch kranken und behinderter Menschen im Gemeinsamen Bundesausschuss
- Einrichtung des Amtes eines Bundesbeauftragten für Patienten
- Einrichtung Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Besonderen der Integrierten Versorgung
- Einführung §73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung und §73c SGB V Besondere ambulante ärztliche Versorgung
- Einführung Praxisgebühr (mit Ausnahme von Überweisungskonsultationen und Vorsorgemaßnahmen)
- Einführung einer generellen Zuzahlung für Erwachsene in Höhe von 10% auf alle Leistungen (mind. 5€, höchst. 10€)
- Abschaffung der absoluten Befreiung von der Zuzahlungspflicht bei Härtefällen

**GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)**

01.04.2007

- Einführung einer Versicherungspflicht für die GKV und die soziale Pflegeversicherung
- Absenkung des Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbstständige
- Ruhen des Leistungsanspruchs bei wiederholtem Nichtzahlen der Beiträge mit Ausnahme akuter Behandlungen und Leistungen in der Schwangerschaft
- Einführung einer Anbietungspflicht von Wahltarifen für besondere Versorgungsformen (integrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten, spezielle Hausarzttarife)
- Einführung eines freiwilligen Angebots von Wahltarifen für Selbstbeteiligung oder Ausschüttung von begrenzten Boni bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen etc. bei Bindung an die Krankenkasse für mind. 3 Jahre
- Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser
- Aufnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Verbesserung des Entlassungsmanagement bei Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus durch eine verbesserte Zusammenarbeit der Leistungserbringer
- Ausbau der Integrierten Versorgung
- Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009

**Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG)**

15.12.2008

- Verpflichtung der Krankenkassen zu Vertragsabschlüssen der hausarztzentrierten Versorgung (§73b SGB V) bis 30.06.2009
- Einführung eines Insolvenzrechts für Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Nagel, E. (2007b), S. 70–72; GKV-Gesundheitsreformgesetz (1999); GMG (2003); BMG (2007); GKV-WSG (2007); GKV-OrgWG (2008).

Im Rahmen dieses Kapitels werden lediglich die Aspekte einzelner Reformen herausgegriffen, welche die Änderungen der Wettbewerbssituation beeinflussen.<sup>189</sup>

Erste Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen wurden mit der Einführung des **Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)** zum 01.01.1993 implementiert.<sup>190</sup> Ziel der Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) ab 1994 war die Angleichung der Ausgangsposition der Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte. Dies sollte die Chancengleichheit für die Krankenkassen sichern. Das Gesetz sah ab 1996 das Recht der Versicherten vor, die Krankenkasse frei zu wählen. Auch die Wettbewerbssituation unter den Leistungserbringern wurde verstärkt. Neben ambulanten Operationen wurde auch die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus ermöglicht.<sup>191</sup> Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser wurden hierdurch ansatzweise zu Konkurrenten.

Zum 01.01.1997 trat das **Beitragsentlastungsgesetz** in Kraft, in dessen Rahmen den Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein außerordentliches Kündigungsrecht im Fall von Beitragssatzerhöhungen zugesprochen wurde.<sup>192</sup> Die Barrieren zum Wechsel der Krankenkasse wurden somit weiter erniedrigt, wodurch der Wettbewerb zwischen den GKV intensiviert wurde. Im gleichen Jahr folgten das 1. und 2. **GKV-Neuordnungsgesetz (NOG)** mit der Einführung der Modellvorhaben nach §§ 63 ff. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und der Strukturverträge gemäß § 73a SGB V, zur ersten Öffnung des Leistungserbringermarktes für selektive Vereinbarungen.<sup>193,194</sup>

Die mit der **GKV-Gesundheitsreform 2000** eingeführte Verpflichtung zur Einrichtung eines Qualitätsmanagement durch die Leistungserbringer und vor allem zur Beteiligung an Maßnahmen zur vergleichenden Qualitätssicherung erhöht den Druck, ihre Vorgehenswei-

---

<sup>189</sup> Detaillierte Informationen zu den Reformen und den sich daraus ergebenden Änderungen finden sich u.a. in Nagel, E.; Braasch, P. (Hrsg.) (2007).

<sup>190</sup> Vgl. hier und im Folgenden GSG (1992).

<sup>191</sup> Vgl. hier und im Folgenden Nagel, E. (2007b), S. 70–72.

<sup>192</sup> Vgl. hier und im Folgenden Beitragsentlastungsgesetz (1996).

<sup>193</sup> Eine detaillierte Erläuterung der einzelnen Vertragsmöglichkeiten folgt in Kapitel 2.3.3.5.

<sup>194</sup> Vgl. Cassel, D.; Ebsen, I.; Greß, S. et al. (2006), S. 33.



sen zu überprüfen.<sup>195,196</sup> Dem Patienten bietet sich hierdurch prinzipiell die Möglichkeit, die Güte der Leistungen zu vergleichen. Auf die Probleme, welche sich dem Patienten bei dem Versuch der Bewertung stellen, wird im weiteren Verlauf der Arbeit eingegangen.<sup>197</sup>

Die Schaffung wettbewerblicher Anreize war auch Ziel des **GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)**, welches zum 01.01.2004 in Kraft trat.<sup>198</sup> Zu nennen ist die Einführung des §73b SGB V „Hausarztzentrierte Versorgung“, der es der GKV ermöglicht, direkte Verträge mit Hausärzten zu schließen. Analog wurde §73c SGB V „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ zum Abschluss von Verträgen zwischen der GKV und (Gemeinschaften von) vertragsärztlichen Leistungserbringern, Trägern von Einrichtungen für die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen sowie den KV eingeführt. Des Weiteren wurde im Rahmen des GMG ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für niedergelassene Ärzte eingeführt (§135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V).<sup>199</sup> Zudem wurden die Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung optimiert, um Anreize zum Vertragsabschluss zu setzen.<sup>200</sup> Neben der Veränderung des Wettbewerbs war die Stärkung der Patientenrechte ein weiterer Schwerpunkt des GMG. Es wurde die Stelle des Bundesbeauftragten für Patienten geschaffen. Des Weiteren erhielten die Patienten verstärkte Mitspracherechte im *Gemeinsamen Bundesausschuss*. Eine repräsentative Patientenbefragung des *Zukunftsforum Gesundheitspolitik (ZUFOG)* zeigte, dass die Änderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu einer Veränderung des Patientenverhaltens geführt haben. Die Patienten zeigen ein verstärktes Interesse an Eigenverantwortung und einen steigenden Informationswunsch.<sup>201</sup>

Mit Einführung des **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)** zum 01.04.2007 wurde der Wettbewerb im Gesundheitswesen gezielt weiter gestärkt.<sup>202</sup> Die Absenkung des Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbstständige erhöht die Attraktivität der GKV

---

<sup>195</sup> Vgl. Kapitel 2.3.5.

<sup>196</sup> Vgl. hier und im Folgenden GKV-Gesundheitsreformgesetz (1999).

<sup>197</sup> Vgl. Kapitel 2.3.5.4.

<sup>198</sup> Vgl. hier und im Folgenden GMG (2003).

<sup>199</sup> Vgl. GMG (2003), S. 2202; 2221.

<sup>200</sup> Vgl. Hanika, H. (2008), S. 112–113.

<sup>201</sup> Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 42.

<sup>202</sup> Vgl. hier und im Folgenden GKV-WSG (2007).

im Wettbewerb mit der Privaten Krankenversicherung (PKV). Durch die Ermöglichung der Einführung von Wahlтарifen mit Selbstbeteiligung der Versicherten oder von Tarifen mit dem Angebot von Boni bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen wird der Wettbewerb zwischen den GKV untereinander und mit den PKV verstärkt. Die verpflichtende Einführung von Wahlтарifen mit Angeboten der Integrierten Versorgung erweitert die Differenzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen. Zudem wird durch die Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 die Finanzierung der GKV grundlegend umgestellt. Für alle Versicherten der GKV wird ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt. Zusätzlich zu den Beitragseinnahmen zahlt der Bund im Jahr 2009 vier Milliarden € an den Gesundheitsfonds. Diese Unterstützung erhöht sich in den folgenden Jahren in Schritten von 1,5 Milliarden € bis eine Gesamtsumme von 14 Milliarden € erreicht ist. Aus diesem Budget wird den Krankenkassen pro Versicherten eine Pauschale gezahlt. Zusätzlich werden mit Hilfe des morbiditätsorientierten RSA Ausgleichs für kostenintensivere Versicherte gezahlt.<sup>203</sup> Kommt eine Krankenkasse mit dem ihr zugeteilten Budget nicht aus, muss sie bei ihren Versicherten Zusatzbeiträge erheben, was sich entsprechend als Wettbewerbsnachteil für die Krankenkasse darstellen kann.<sup>204</sup>

Letztlich wurden die Krankenkassen mit dem **Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG)** zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (§73b SGB V) bis 30.06.2009 verpflichtet. Des Weiteren wurde ein Insolvenzrecht für Krankenkassen ausgearbeitet.<sup>205</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nicht nur der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erhöht wird. Er wird durch die Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser auch zwischen den Leistungserbringern intensiviert. Die Anbieter von Leistungen im Gesundheitswesen werden durch Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen Unternehmen im freien Markt immer ähnlicher. Entsprechend musste die strenge Regulierung

---

<sup>203</sup> Weitere Informationen zum morbiditätsorientierten RSA finden sich auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG): [http://www.bmg.bund.de/cln\\_110/nn\\_1168682/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/R/Glossarbereich-Risikostrukturausgleich.html](http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168682/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/R/Glossarbereich-Risikostrukturausgleich.html) (Aufgerufen: 26.06.2009).

<sup>204</sup> Vgl. BMG (Hrsg.) (2008).

<sup>205</sup> Vgl. GKV-OrgWG (2008).

von Werbung und Marketing im Gesundheitswesen den veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden, um den Leistungsanbietern im stärkeren Wettbewerb gerecht zu werden. Auch die Qualität der Leistungserbringung spielt eine immer größere Rolle. Die wichtigsten Aspekte der Gesetze zum Qualitätsmanagement und zur Werbungsregulierung werden in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt.

### **2.3.1.2 Gesetzliche Regelungen zum Qualitätsmanagement**

Krankenhäuser sind in Deutschland seit 2004 per Gesetz (§ 137 (3) SGB V) dazu verpflichtet, alle zwei Jahre einen **Qualitätsbericht** im Internet zu veröffentlichen.<sup>206</sup> Vorgaben zum Inhalt, Umfang und Format der Qualitätsberichte wurden vom GBA beschlossen und in der Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser veröffentlicht.<sup>207</sup>

Diese Nachweispflicht des Qualitätsstands in Form von Qualitätsberichten ist für niedergelassene Ärzte nicht vorgeschrieben. Im Rahmen der Umfrage des Gesundheitsmonitors 2006 wünschten sich 89% der Befragten qualitätsbezogene Informationen zu Fachärzten.<sup>208</sup> Es gibt jedoch auch Paragraphen, welche sich mit Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im ambulanten Bereich auseinandersetzen.

§ 70 (1) SGB V fordert eine dem aktuell anerkannten Standard entsprechende Versorgung der Patienten. Die Versorgung muss ausreichend sein, darf aber auch nicht zur Überversorgung werden.<sup>209</sup> Gemäß § 92 SGB V legen die Richtlinien des GBA fest, wie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung definiert ist.

Der neunte Abschnitt des SGB V befasst sich im Rahmen seiner Paragraphen mit der Qualitätssicherung. § 135 SGB V schreibt die Qualitätssicherung in Bezug auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor. Im Rahmen des GMG wurde ein **einrichtungsin-**

---

<sup>206</sup> Vgl. SGB V (2009).

<sup>207</sup> Vgl. GBA (2009); vgl. auch SGB V § 137 (3) Nr. 4.

<sup>208</sup> Vgl. Geraedts, M. (2006), S. 161.

<sup>209</sup> Vgl. SGB V (2009); vgl. auch Herholz, H. (2004), S. 360.

**ternes Qualitätsmanagement** für Ärzte verpflichtend eingeführt (§ 135a SGB V).<sup>210</sup> Die Details sind vom GBA festzulegen, welcher am 18. Oktober 2005 eine entsprechende Richtlinie beschlossen hat. Besondere Bedeutung soll demnach der Verbesserung der Messbarkeit der Ergebnisqualität medizinischer Versorgung beigemessen werden. Neben der Ausrichtung der Leistungserbringung an fachlichen Standards und Behandlungsleitlinien (siehe hierzu auch Kapitel 2.3.5.3.2) soll die aktive Information und Einbeziehung des Patienten in den Prozess der Leistungserbringung verpflichtend werden. Des Weiteren sollen die praxis-internen Prozesse optimiert werden. Für die Einrichtung des Qualitätsmanagement werden dem Leistungserbringer vier Jahre zugestanden. Für alle zum Zeitpunkt des Richtlinienbeschlusses tätigen Ärzte gilt somit die Zeitspanne von vier Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie - entsprechend der 19. Oktober 2009 - als verpflichtendes Datum. Qualitätsberichte über die dargestellten Maßnahmen sind jedoch nicht je Arztpraxis, sondern lediglich zusammenfassend durch die KV und die KBV zu veröffentlichen.<sup>211</sup>

Im Rahmen des § 137 SGB V wird festgehalten, dass durch die Richtlinien des § 92 SGB V sowohl verpflichtende Maßnahmen zur Qualitätssicherung als auch Kriterien zur Qualitätsmessung mit Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt werden.<sup>212</sup>

### **2.3.1.3 Regulierung von Marketing im Gesundheitswesen**

„[...] Werbung [ist; Anm. d. Verf.] weder Unterhaltung noch eine Form der Kunst, sondern vielmehr ein Medium der Information.“<sup>213</sup>

Die vorangehende Darstellung von **Werbung** ist ein Beispiel für eine von vielen mehr oder weniger sachlichen Definitionen, die in der Literatur vertreten werden. Inwiefern Werbung durch Anpreisung, Verführung oder Übertreibung geprägt ist, bleibt hierbei umstritten. Ein-

---

<sup>210</sup> Vgl. SGB V (2009).

<sup>211</sup> Vgl. GBA (2006), S. A144-A146.

<sup>212</sup> Vgl. SGB V (2009).

<sup>213</sup> Ogilvy, D.; Rabenau, G. v.; Tostmann, T. (1984), S. 7.

deutig ist jedoch das Ziel der Werbung, durch unterschiedliche Methoden der Information andere Menschen auf das Produkt bzw. die Dienstleistung aufmerksam zu machen.<sup>214</sup>

**Marketing** steht für die „[...] konsequente Ausrichtung aller unternehmerischen Aktivitäten an den aktuellen und potenziellen Bedürfnissen [und Wünschen; Anm. d. Verf.] der Kunden [...]“.<sup>215</sup>

Der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitswesen führt zu einem steigenden Bedarf an Werbung und Marketing für die Leistungsanbieter, um sich gegenüber der Konkurrenz durchzusetzen.<sup>216</sup> Der Gesundheitsmarkt ist jedoch besonderen **gesetzlichen Vorschriften** unterworfen, welche Werbung und Marketingaktivitäten einschränken. Diese Regelungen wurden verändert, um sich den Entwicklungen anzupassen. Anlässlich des 105. Deutschen Ärztetages wurde im Mai 2002 eine grundlegende Reform des ärztlichen Werberechts beschlossen. Die Einschränkung der erlaubten Medien wurde gelockert, sodass inzwischen sogar die sachliche Informationsverbreitung über Radio, Fernsehen und Internet gestattet ist.<sup>217</sup> Zu den neuen Rechten kamen auch weitere Verpflichtungen hinzu; so gelten für Ärzte nun auch das allgemeine Wettbewerbsrecht und das Heilmittelwerbe-gesetz (HWG).<sup>218</sup> Im Folgenden werden die relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen, welche die Werbung und das Marketing für Ärzte und medizinische Organisationen einschränken, zusammenfassend dargestellt. Eine Übersicht bietet die nachfolgende Abbildung 10.

---

<sup>214</sup> Vgl. Bahner, B. (2004), S. 5–7.

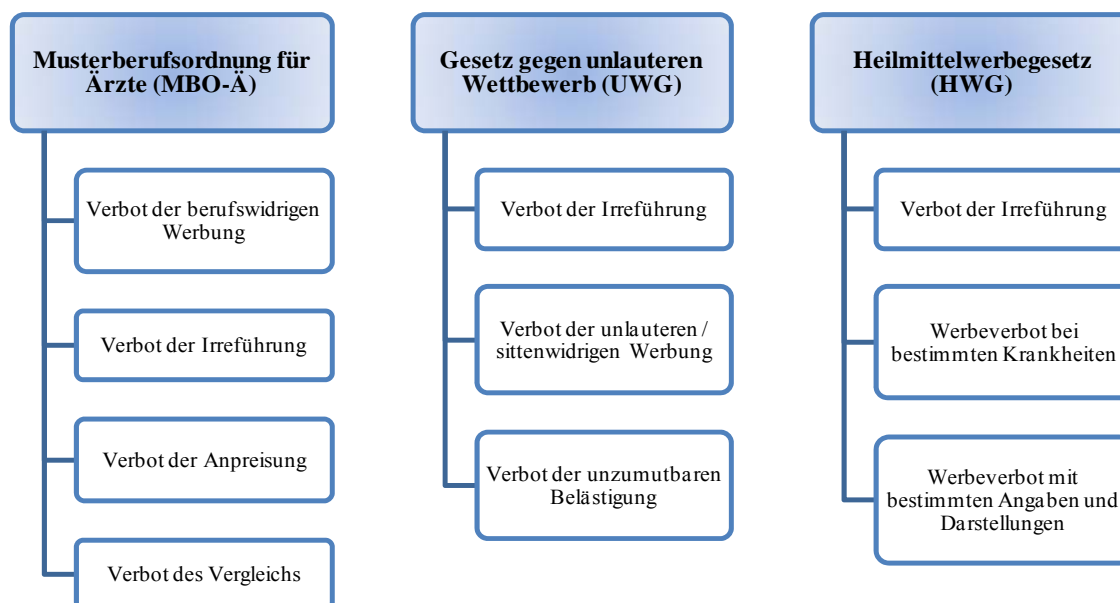
<sup>215</sup> Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 4.

<sup>216</sup> Vgl. Oehme, W.; Oehme, S. (1995), S. 1.

<sup>217</sup> Vgl. Bahner, B. (2004), S. 2; vgl. auch Zieglwalner, S.; Gemke, G. (2001), S. 636–637.

<sup>218</sup> Vgl. Bahner, B. (2004), S. 4.

Abbildung 10: Übersicht der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Einschränkung von Werbung und Marketing im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bahner, B. (2004), S. 197.

Die **Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä)** besagt, dass Ärzte die Aufgabe haben „der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“<sup>219</sup> zu dienen. Durch diese Verpflichtung unterliegt die Dienstleistung „Gesundheit“ öffentlichem Interesse und somit auch einer öffentlichen Bindung.<sup>220</sup> Dies zieht auch Einschränkungen in der Kommunikationsfreiheit nach sich. Die MBO-Ä ist rechtlich nicht bindend, da sie nicht von einem Gesetzgeber, sondern vom *Deutschen Ärztetag* beschlossen wird. Entsprechend ist sie als Mustersatzung für die Berufsordnungen der Ärztekammern der Länder zu sehen. Erst wenn sie in diese Berufsordnungen übernommen wurde, wird sie rechtlich verbindlich. Da die MBO-Ä weitgehend bis vollständig (je nach Land) in den Berufsordnungen der Länder umgesetzt wird, kann die MBO-Ä stellvertretend für die Berufsordnungen der Länder diskutiert werden.<sup>221</sup>

In der Fassung der MBO-Ä von 1993 ist dem Arzt durch § 25 „[...] jegliche Werbung für sich oder andere Ärzte untersagt.“<sup>222</sup> Dieses Verbot bezieht sich auch auf die Veranlassung

<sup>219</sup> MBO-Ä (2006).

<sup>220</sup> Vgl. Braun, G. E. (1992), S. 10.

<sup>221</sup> Vgl. Ring, G. (2000), S. 33; vgl. auch Bahner, B. (2004), S. 37–38.

<sup>222</sup> Ratzel, R.; Lippert, H.-D. (Hrsg.) (1995), S. 10.

bzw. Duldung von Werbung für den Arzt durch andere Personen. Name, Bild oder Anschrift des Arztes dürfen nicht in Berichten erscheinen, wenn diese einen werbenden Charakter verzeichnen. Des Weiteren wird in § 26 auch die Kommunikation der Ärzte untereinander eingeschränkt. Auch gegenüber anderen Ärzten darf der Arzt lediglich Informationen über sein Leistungsangebot verkünden, vorausgesetzt, er tut dies nicht, um werbend auf sich aufmerksam zu machen. Abgeschlossen werden die Vorschriften zur Präsentation in der Öffentlichkeit durch § 27, in dem die Vermittlung und Veröffentlichung medizinischen Inhalts in der Öffentlichkeit nur dann erlaubt ist, wenn die Ausführungen auf sachlichen Inhalt bezogen sind und den Arzt nicht werbend hervorheben. Innerhalb der Praxisräume sind Informationen gemäß § 28 nur dann gestattet, wenn sie sachlich sind und keinen Werbeeffect erzeugen.<sup>223</sup>

Das grundsätzliche Werbeverbot wurde im Mai 2000 aufgehoben. Dies geschah durch die Änderung des § 27 dahingehend, dass den Ärzten ein grundsätzliches Informationsrecht über ihre berufliche Tätigkeit zugestanden und lediglich berufswidrige Werbung weiterhin verboten wurde. Die Art der erlaubten Informationen blieb jedoch weiterhin stark eingeschränkt.<sup>224</sup>

Entsprechend der Veränderungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen wurden auch die rechtlichen Rahmenbedingungen zu Werbung und Marketing angepasst. Die Regelungen der beruflichen Kommunikation wurden im Jahr 2002 überarbeitet und ausführlich kommentiert. In der aktuellen Fassung der MBO-Ä, zuletzt geändert im Jahr 2006, befassen sich die §§ 27, 28 (siehe Abbildung 11) mit der beruflichen Kommunikation von Ärzten.<sup>225</sup> Beide Paragraphen werden durch Hinweise und Erläuterungen ergänzt bzw. näher spezifiziert.<sup>226</sup>

---

<sup>223</sup> Vgl. Ratzel, R.; Lippert, H.-D. (Hrsg.) (1995), S. 10–11.

<sup>224</sup> Vgl. Bahner, B. (2004), S. 51.

<sup>225</sup> Vgl. MBO-Ä (2006).

<sup>226</sup> Vgl. Bundesärztekammer (Hrsg.) (2003).

Abbildung 11: §§ 27, 28 der (Muster) Berufsordnung für Ärzte

<p style="text-align: center;"><b>§ 27</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Erlaubte Information und berufswidrige Werbung</b></p> <p>(1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung 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.</p> <p>(2) Auf dieser Grundlage sind Ärztinnen und Ärzten sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.</p> <p>(3) Berufswidrige Werbung ist Ärztinnen und Ärzten untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Ärztinnen und Ärzte dürfen eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.</p> <p>(4) Ärztinnen und Ärzte können</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,</li><li>2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,</li><li>3. Tätigkeitsschwerpunkte und</li><li>4. organisatorische Hinweise ankündigen.</li></ol> <p>Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig. Andere Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildung erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.</p> <p>(5) Die Angaben nach Absatz 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn die Ärztin oder der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.</p> <p>(6) Ärztinnen und Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.</p> <p style="text-align: center;"><b>§ 28</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Verzeichnisse</b></p> <p>Ärztinnen und Ärzte dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. sie müssen allen Ärztinnen und Ärzten, die die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,</li><li>2. die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken und</li><li>3. die Systematik muss zwischen den nach der Weiterbildungsordnung und nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbenen Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkten andererseits unterscheiden.</li></ol>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: MBO-Ä (2006).

Um die Inhalte der §§ 27, 28 verständlicher darzulegen, wurden Hinweise und Erläuterungen zur Ergänzung der Paragraphen verabschiedet.<sup>227</sup> Im Rahmen der Erläuterung wird explizit darauf verwiesen, dass nicht jegliche, sondern lediglich berufswidrige Werbung verboten ist. Erlaubt sind somit Informationen, welche sachgemäß sind und keine Irrtümer hervorrufen können. Verboten sind nicht mehr einzelne Medien zur Kommunikation wie Internet, Fernsehen, Radio oder Briefbögen. Es gilt der Grundsatz, dass prinzipiell alle Medien er-

---

<sup>227</sup> Vgl. hier und im Folgenden Bundesärztekammer (Hrsg.) (2003).



laubt sind. Entscheidend ist die Art (Inhalt, Umfang und Form) der Information im Einzelfall. Wichtig ist hierbei nicht nur, dass die Information wahr ist, sondern auch, dass der Patient sie verstehen kann. Des Weiteren werden in den Erläuterungen die Worte „anpreisend“, „irreführend“ und „vergleichend“ spezifiziert und anhand von Beispielen verdeutlicht. Die Verwendung eines unaufdringlichen Logos ist – auch auf dem Praxisschild – erlaubt. Nutzt der Arzt ein Medium wie z. B. das Internet, gelten für ihn die für diese Medien im Allgemeinen geltenden Gesetze (in diesem Fall das Teledienstgesetz).<sup>228</sup>

Die Vorschriften des **Heilmittelwerbegesetzes (HWG)** blieben durch die Entwicklungen im Gesundheitswesen weitestgehend unberührt. Das Gesetz wurde in mehreren Schritten bis 2006 dahingehend überarbeitet, dass die zulässigen Werbe- und Marketingmethoden mit Leistungserbringern als Zielgruppe (§ 7 HWG) genauer spezifiziert wurden.<sup>229</sup> Das Verbot irreführender Werbung gemäß § 3 HWG wurde durch die Änderungen nicht betroffen. Das HWG wirkt auch insofern einschränkend, dass die Werbung für Arzneimittel, Verfahren und Behandlungen, bezogen auf gelistete Krankheiten, unzulässig ist (§ 10, 12 HWG). Des Weiteren werden Art und erlaubte Orte der Werbung eingegrenzt (§ 11 HWG).

Das **Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)** dient dem Schutz aller Marktteilnehmer. Es wurde zuletzt 2008 aktualisiert. Das Gesetz bezieht sich nicht im Speziellen auf das Gesundheitswesen, ist jedoch auch für dieses relevant. Von Interesse ist in diesem Bereich vor allem § 5 des UWG, welcher irreführende Handlungen verbietet. Hierzu zählen u.a. auch die Angaben über die Notwendigkeit einer Leistung.<sup>230</sup>

### 2.3.2 Potenzielle Marktmacht der Patienten/Versicherten

Die Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen haben die **Wahlmöglichkeiten** der Versicherten/Patienten erweitert. Durch die Einführung des Sonderkündigungsrechts und der Wahlfreiheit zwischen Krankenversicherern können Versicherte durch den Versiche-

---

<sup>228</sup> Vgl. Bahner, B. (2004), S. 140–142.

<sup>229</sup> Eine Abschrift der §§ 3, 7, 11, 12 mit kursiv gedruckter Markierung der Änderungen findet sich in Anhang B.

<sup>230</sup> Vgl. GKV-OrgWG (2008), S. 2951-2951.

rungswechsel ihre Unzufriedenheit ausdrücken und dadurch Druck auf die Anbieter ausüben.<sup>231</sup>

Durch die Vereinheitlichung der Beitragssätze liegt das Augenmerk der Patienten bei der Wahl der Krankenkasse neben der Qualität des Services vor allem auf deren Leistungen. Die Versicherten vergleichen z. B. die Existenz und den Inhalt von Bonusprogrammen, wie sie die Techniker Krankenkasse oder die Barmer Ersatzkasse anbieten.<sup>232</sup> Das Angebot von **Bonusprogrammen** ist den gesetzlichen Krankenkassen seit Januar 2004 erlaubt. Im Rahmen dieser Programme können die Versicherten durch die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen oder Kursen zur Gesundheitsförderung Punkte sammeln, die anschließend in Prämien eingetauscht werden können.<sup>233</sup> Bonusprogramme dienen nicht nur der Förderung der Gesundheitsprävention. Sie verfolgen auch den Zweck der Kundenbindung der Versicherten und der Kostensenkung.

Betrachtet man die Homepages der GKV, so wird deutlich, dass ein **Wettbewerb** um Versicherte<sup>234</sup> stattfindet. Dies bezeugen auch Prämien für das Werben neuer Mitglieder. Entsprechend haben die Krankenkassen ein Interesse daran, gemeinsam mit den Leistungserbringern Angebote zu entwickeln, welche die Kundenbindung erhöhen. Ansätze der Integrierten Versorgung bieten sich für eine Kooperation zwischen Leistungsfinanzierer und Leistungserbringer an.<sup>235</sup> Die Veränderungen im Markt der GKV lassen sich auch konkret auf die Ebene der Leistungserbringer übertragen. Die entstehende Konkurrenz zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Bereich der ambulanten Behandlung stärkt auch hier die Position des Patienten. Auf die steigenden Ansprüche der Versicherten/Patienten wird in Kapitel 2.4.3 unter dem Aspekt des Wandels in der Gesellschaft noch genauer eingegangen. In der Literatur ist verstärkt zu lesen, dass auf dem Gesundheitsmarkt, wie in vielen anderen Branchen auch,<sup>236</sup> eine Wandlung vom Anbieter- zum Käufermarkt stattgefunden hat.<sup>237</sup>

---

<sup>231</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. et al. (2001), S. 60, 76.

<sup>232</sup> Vgl. Homepages der Techniker Krankenkasse/Barmer Ersatzkasse.

<sup>233</sup> Vgl. BMG (Hrsg.) (2006), S. 13–14.

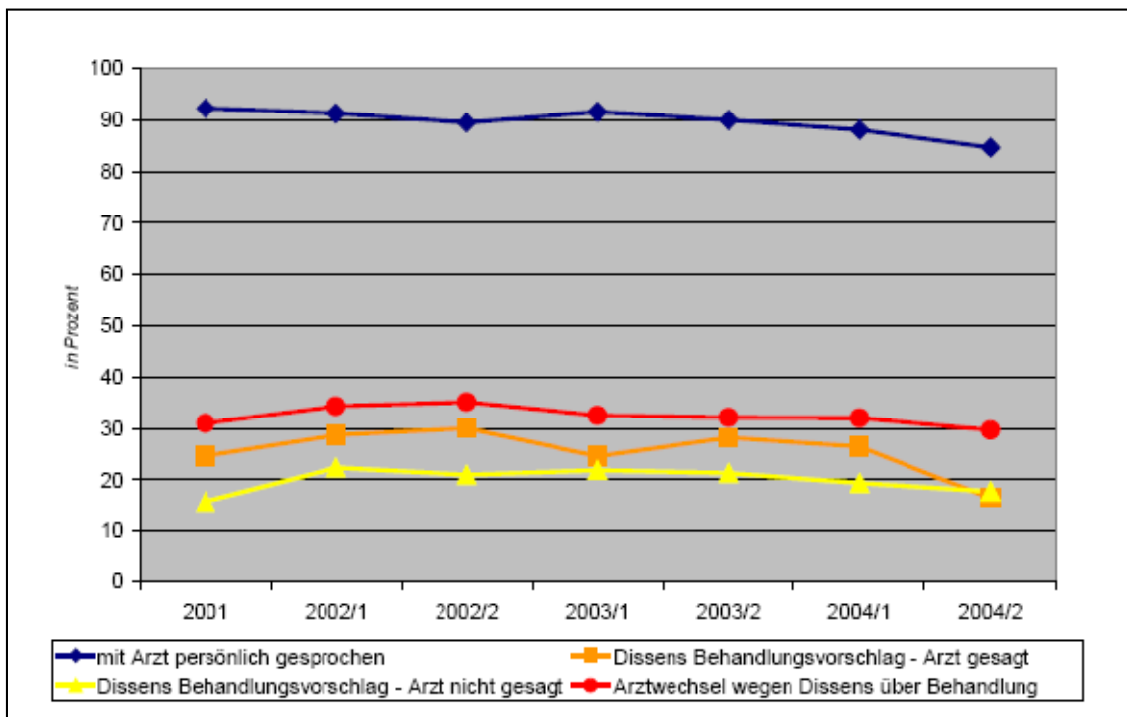
<sup>234</sup> Zum Wettbewerb um GKV-Versicherte vgl. Baldeweg, R.; Tischendorf, A. (2007).

<sup>235</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.3.3.4 und 2.3.3.5.

<sup>236</sup> Vgl. Bullinger, H.-J. (1995), S. 51.

Durch die freie Arztwahl haben Patienten die Möglichkeit, ihre Unzufriedenheit durch Wechsel des Arztes auszudrücken.<sup>238</sup> Durch verbesserte Informationsmöglichkeiten steigt die Transparenz sowohl der angebotenen Leistungen als auch der Auswahl an Leistungserbringern.<sup>239</sup> Eine Messung der Häufigkeit von **Arztwechseln** auf Basis von Krankenkassendaten ist aus datenschutzrechtlichen Gründen problematisch. Zudem geht aus den Abrechnungsdaten der Krankenkassen nicht hervor, ob der Arzt bewusst aufgrund von Unzufriedenheit gewechselt wurde oder aus anderen Gründen wie z. B. Urlaubsvertretung des Arztes.<sup>240</sup> Nachfolgende Grafik (Abbildung 12) zeigt jedoch, dass gemäß der halbjährlichen Studie Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung ca. 30% der Patienten angeben aufgrund einer Unstimmigkeit ihren Arzt gewechselt zu haben.

**Abbildung 12: Verhalten von Patienten bei Unstimmigkeiten mit dem Arzt**



Quelle: Braun, B. (2005), S. 9.

<sup>237</sup> Vgl. Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 1–3; vgl. auch Braun, G. E.; Brenner, G.; Schneider, W. et al. (1996), S. 1; Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. et al. (2001), S. 78 und Hillebrand, J. (2008), S. 92.

<sup>238</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. et al. (2001), S. 60-61, 68-69.

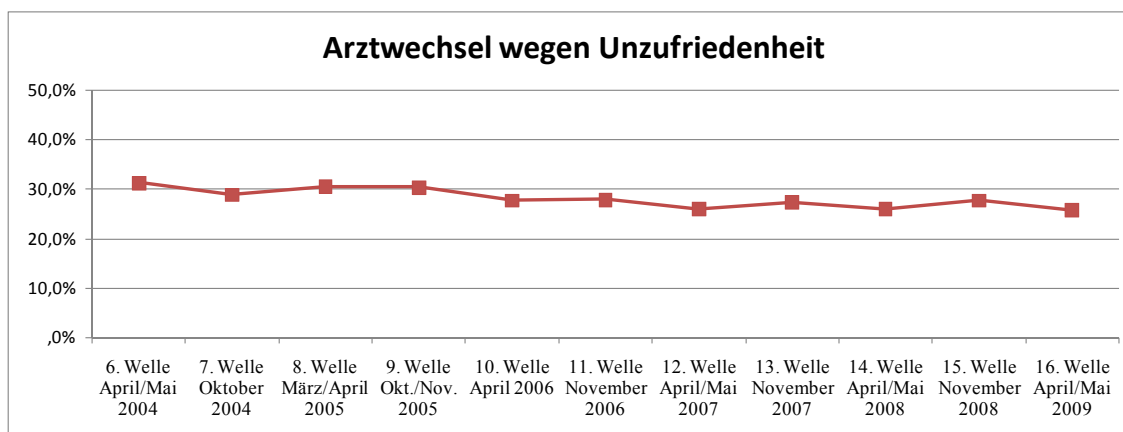
<sup>239</sup> Vgl. Gouthier, M. H. J. (2001), S. 57–58; vgl. auch Preuß, K.-J.; Rübiger, J.; Roski, J. (2007), S. 131.

<sup>240</sup> Vgl. Güssow, J.; Burkart, J.; Braun, G. E. (2008), S. 386.

Die Abbildung zeigt auch, dass die Zahl der Patienten, welche aufgrund eines Dissens den Arzt wechseln, prozentual gesehen über der Zahl der Patienten liegt, welche den Arzt darüber informieren, dass sie mit einem Behandlungsvorschlag nicht einverstanden sind.<sup>241</sup>

Abbildung 13 zeigt die zeitliche Fortführung<sup>242</sup> der Entwicklung des Anteils an Patienten, welcher laut Gesundheitsmonitor den Hausarzt aufgrund eines Dissenses über eine Behandlung gewechselt hat. Zu beachten ist hier, dass sich der Gesamtwert von 100 % auf alle Befragten bezieht und nicht nur auf diejenigen Patienten, welche mit einer Behandlung unzufrieden waren. Unter diesem Aspekt betrachtet ist der Anteil der Patienten, die ihren Arzt bei Unzufriedenheit schon einmal gewechselt haben, relativ hoch, wenngleich der Trend in den letzten Jahren tendenziell leicht abnimmt.<sup>243</sup>

**Abbildung 13: Arztwechsel wegen Dissens über Behandlung**



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung von 2004 bis 2008.

Im Folgenden wird der Anteil der Patienten aufgezeigt, die angeben aufgrund von **Unzufriedenheit** mit einer Behandlung bereits einmal den Arzt gewechselt zu haben (Tabelle 3) im Vergleich zu den Patienten, die bereits einmal mit einer Behandlung ihres Arztes nicht zufrieden waren (Tabelle 2).

<sup>241</sup> Vgl. Braun, B. (2005), S. 9.

<sup>242</sup> Abbildung 13 zeigt die zeitliche Fortführung eines einzelnen Aspektes aus Abbildung 12.

<sup>243</sup> Die zugrunde liegenden Daten entstammen den im Rahmen der Studie Gesundheitsmonitor halbjährlich durchgeführten Befragungen der Bertelsmann Stiftung der Jahre 2004 bis 2008.

**Tabelle 2: Unzufriedenheit mit Diagnose/vorgeschlagener Behandlung**

Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie mit der Diagnose oder der vorgeschlagenen Behandlung eines Arztes nicht einverstanden waren?		Befragungswelle (Zeitraum)							Gesamt
		10. Welle (April 2006)	11. Welle (November 2006)	12. Welle (April/Mai 2007)	13. Welle (November 2007)	14. Welle (April/Mai 2008)	15. Welle (November 2008)	16. Welle (April/Mai 2009)	
Nein	Anzahl	1033	1131	1151	1019	1103	949	959	7345
	%	69,70%	82,00%	77,70%	76,90%	79,40%	71,40%	73,20%	75,70%
Ja, ein- oder zweimal	Anzahl	387	226	291	271	246	319	306	2046
	%	26,10%	16,40%	19,60%	20,50%	17,70%	24,00%	23,40%	21,10%
Ja, schon öfters	Anzahl	62	22	39	35	41	62	45	306
	%	4,20%	1,60%	2,60%	2,60%	2,90%	4,70%	3,40%	3,20%
Ja gesamt	Anzahl	449	248	330	306	287	381	351	2352
	%	30,30%	18,00%	22,20%	23,10%	20,60%	28,70%	26,80%	24,30%
Gesamt	Anzahl	1482	1379	1481	1325	1390	1330	1310	9697
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Quelle: Unveröffentlichte Daten des Gesundheitsmonitors Befragungswelle 10 bis 16, zur Verfügung gestellt von der Bertelsmann Stiftung.<sup>244</sup>

**Tabelle 3: Arztwechsel aufgrund von Unzufriedenheit**

Haben Sie schon einmal den Hausarzt gewechselt, weil Sie mit der Behandlung nicht einverstanden waren?		Befragungswelle (Zeitraum)							Gesamt
		10. Welle (April 2006)	11. Welle (November 2006)	12. Welle (April/Mai 2007)	13. Welle (November 2007)	14. Welle (April/Mai 2008)	15. Welle (November 2008)	16. Welle (April/Mai 2009)	
Ja	Anzahl	404	384	386	359	358	365	337	6806
	%	27,7%	27,9%	26,0%	27,3%	26,0%	27,7%	25,7%	29,9%
Nein	Anzahl	1055	993	1097	954	1021	953	972	15941
	%	72,3%	72,1%	74,0%	72,7%	74,0%	72,3%	74,3%	70,1%
Gesamt	Anzahl	1459	1377	1483	1313	1379	1318	1309	22747
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: Unveröffentlichte Daten des Gesundheitsmonitors Befragungswelle 10 bis 16 zur Verfügung gestellt von der Bertelsmann Stiftung.

Die Zahlen lassen sich nicht direkt in ein Verhältnis setzen, da nicht alle Teilnehmer beide Fragen beantwortet haben (siehe Gesamtteilnehmer Tabelle 4).

**Tabelle 4: Teilnehmer Gesundheitsmonitor Befragungswelle 10 bis 16**

Versichertenbefragung	Erhebungszeitraum	Stichprobe	Quelle
Welle 10	März/April 2006	1524	Potthoff, P.; Güther, B. (2006), S. 7
Welle 11	November 2006	1574	Potthoff, P.; Güther, B. (2007a), S. 7
Welle 12	April/Mai 2007	1689	Potthoff, P.; Güther, B. (2007b), S. 7
Welle 13	November 2007	1497	Güther, B. (2008a), S. 7
Welle 14	April/Mai 2008	1533	Güther, B. (2008b), S. 7
Welle 15	November 2008	1469	Güther, B. (2009a), S. 7
Welle 16	April/Mai 2009	1464	Güther, B. (2009b), S. 7

Quelle: Eigene Darstellung.

Es gibt sowohl Teilnehmer, die beide Fragen nicht beantwortet haben, solche, die beide Fragen beantwortet haben als auch Teilnehmer, die jeweils nur eine der beiden Fragen beantwortet haben. Dennoch lässt sich aus den Zahlen schließen, dass ein Großteil der Patien-

<sup>244</sup> Aufgrund einer Änderung in der Fragenformulierung liegen diese Daten erst ab April 2006 vor.

ten, die schon einmal mit einer Diagnose bzw. vorgeschlagenen Behandlung nicht zufrieden waren, auch schon einmal aufgrund dieser Unzufriedenheit den Hausarzt gewechselt hat.

### **2.3.3 Netzwerkbildung im Gesundheitswesen**

#### **2.3.3.1 Begriffsklärung**

Bevor geklärt werden kann, was unter einem Gesundheitsnetzwerk zu verstehen ist, muss zunächst der Begriff **Netzwerk** an sich betrachtet werden. Ein Netzwerk ist ein Bündel einer beliebigen Anzahl von Elementen (jedoch mindestens 3), die durch Beziehungen miteinander verknüpft sind. Dabei kann sowohl die Art der Elemente differieren (z. B. Personen, Unternehmen, Organisationen) als auch Inhalt, Form und Intensität der Beziehungen. Letztere können z. B. Verträge, Produkte, Informationen, Dienstleistungen oder auch Emotionen sein. Es können enge oder lose Bindungen sein, kurzfristig oder langfristig ausgelegt. Sie können eine regelmäßige oder eine sporadische Kommunikation beinhalten.<sup>245</sup> Zudem unterscheiden sich Netzwerke nach ihrem Grad an Komplexität. Je mehr Akteure an einem Netzwerk beteiligt sind und je vielfacher die Beziehungen zwischen ihnen sind, desto höher ist die Komplexität.<sup>246</sup>

Je nach Art der Netzwerkbildung kann von **sozialen Netzwerken** (emotionale Ebene) oder **Unternehmensnetzwerken** (wirtschaftlicher Rahmen) gesprochen werden. Letztere stellen laut Sydow eine „[...] auf die Realisierung von Wettbewerbsvorteilen zielende Organisationsform ökonomischer Aktivitäten dar, die sich durch komplex-reziproke, eher kooperative denn kompetitive und relativ stabile Beziehungen zwischen rechtlich selbstständigen, wirtschaftlich jedoch zumeist abhängigen Unternehmungen auszeichnet.“<sup>247</sup> Kurz und einfach gefasst lässt sich sagen, dass Netzwerke durch Kooperationen zwischen einzelnen Akteuren entstehen mit dem Ziel, durch Zusammenarbeit bessere Ergebnisse zu erreichen, als es einem einzelnen Akteur möglich ist.<sup>248</sup> In diesem Zusammenhang ist auch häufig von virtuellen Organisationen die Rede. Durch vertragliche Bindungen agieren die einzelnen Ak-

---

<sup>245</sup> Vgl. Eßig, M. (2008), S. 982; vgl. auch Sydow, J. (2005), S. 78–79.

<sup>246</sup> Vgl. Bienert, M. A. (2002), S. 12–13.

<sup>247</sup> Sydow, J. (2005), S. 79.

<sup>248</sup> Vgl. Janus, K. (2007), S. 25–26.

teure in virtuellen Organisationen wie ein integriertes System. Im Rahmen der Kooperation geben sie entsprechend einen gewissen Grad an Freiheit ab. Sie behalten jedoch ihre rechtliche und wirtschaftliche Eigenständigkeit. Dies ermöglicht ihnen, flexibler auf sich wandelnde Rahmenbedingungen zu reagieren.<sup>249</sup>

Die Rahmenbedingungen eines Netzwerkes werden stark durch den Markt bestimmt, auf dem die Akteure tätig sind. Ein besonderes Feld bilden hier die **Dienstleistungsnetzwerke**. Sowohl das Produkt als auch der Produktionsprozess eines Dienstleisters sind qualitativ schwerer bewertbar als materielle Produkte.<sup>250</sup> Umso schwieriger wird es, Potenziale der Netzwerkbildung herauszuarbeiten. Netzwerke im Gesundheitswesen bilden hier noch einmal eine besondere Unterart der Dienstleistungsnetzwerke, da es sich hierbei um besonders komplexe Dienstleistungen handelt, die einigen besonderen Bestimmungen unterliegen.

### 2.3.3.2 Rahmenbedingungen

In den letzten Jahrzehnten haben sich in den großen Industrienationen (USA, Schweiz, Deutschland – um nur einige zu nennen) aus dem Druck zur Kostendämpfung Tendenzen zur **Netzwerkbildung** entwickelt.<sup>251</sup> Aber nicht nur die steigenden Kosten begründen den Bedarf an strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen. Es sind **vielfältige Faktoren**, die einen Einfluss auf die momentane System- und Strukturkrise ausüben. Tabelle 5 gibt eine Übersicht über mögliche Einflussfaktoren.<sup>252</sup>

---

<sup>249</sup> Vgl. Eßig, M. (2008), S. 981; vgl. auch Janus, K. (2007), S. 25–26.

<sup>250</sup> Vgl. Ahlert, D.; Evanschitzky, H.; Ahlert, M. (2003), S. 25–26.

<sup>251</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009), S. 3–4.

<sup>252</sup> Vgl. Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 2–3.

**Tabelle 5: Einflussfaktoren der Struktur- und Systemkrise**

Rahmenbedingungen	Strukturkrise	Systemkrise
Steigende Altersausgaben/ demografische Struktur der Bevölkerung	Organisatorische, personelle, apparative und finanzielle Autonomie der einzelnen Versorgungsektoren	Fehlende Preissteuerung
Medizinisch-technischer Fortschritt	Defizite in der Kommunikation	Preisunabhängige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (fehlendes Kostenbewusstsein bei den Patienten)
Sozialtransfer/Lohnfortzahlung	und Koordination im Gesamtbereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung	Defizitäre Reglementierung anbieterdeterminierter Nachfrage
Steigende Anzahl an Rentnern/Einführung flexibler Altersgrenzen	Kostenträger ohne Steuerung des Leistungsgeschehens	Staatliche Kapazitätsplanung statt Leistungswettbewerb
Sinkende Lohnquote durch Arbeitslosigkeit, Teilzeitarbeit etc.	Personalintensive Leistungserbringung	Kollektivverträge statt individueller Regelungskompetenz
		Geringe Steuerbarkeit von Versicherten/Missbrauch

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 2.

Eines der Hauptprobleme liegt wohl in dem fehlenden Preisbewusstsein der GKV-versicherten Patienten. Die Aufspaltung von Leistungsempfänger und Leistungsfinanzierer in zwei Parteien, ohne Vorfinanzierung der Rechnung durch den Patienten, führt dazu, dass dem Patienten die von ihm verursachten Kosten nicht nur unbewusst sind, die meisten sind auch nicht daran interessiert, diese zu kennen.<sup>253</sup> Ein Versuch, dieses Bewusstsein zu erhöhen, ist die Einführung der Praxisgebühr. Die Patienten überdenken nun zwar eher die Notwendigkeit eines Arztbesuches, eine höhere Sensibilität bezüglich der tatsächlich entstehenden Kosten besteht dennoch nicht. Es gab anfängliche Bedenken, dass bei dem Versuch einen Arztbesuch zu umgehen, Krankheiten verschleppt würden. Zudem wurde befürchtet, dass Ärzte erst aufgesucht werden, wenn die Krankheit schon weit fortgeschritten ist. Diese negativen Effekte der Praxisgebühr konnten nicht bestätigt werden.<sup>254</sup>

<sup>253</sup> Vgl. Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 3–4; vgl. auch Tscheulin, D. K.; Rost, M. (2001), S. 342–343.

<sup>254</sup> Vgl. Zok, K. (2005a), S. 1.



Wie bereits angedeutet, liegen die Probleme jedoch nicht nur im Bereich steigender Kosten. Die fehlende Steuerung des Patienten im Krankheitsfall ist ein weiterer Grund für strukturelle Probleme. Ein Patient, der aus dem Krankenhaus entlassen wird, ist häufig zunächst auf sich selbst gestellt. Die Bildung von Netzwerken im Gesundheitswesen bietet die Möglichkeit, den Übergang zwischen den einzelnen Stationen im Behandlungszyklus eines Patienten möglichst fließend und unproblematisch ablaufen zu lassen.<sup>255</sup> Es erfolgt nicht nur eine ganzheitliche Behandlung an sich, sondern auch eine Standardisierung der Wertschöpfungskette im Sinne der Steuerung des Patienten durch die Diagnose- und Behandlungsfolge.<sup>256</sup> Mit dem Hintergedanken der Kostenersparnis und dem gleichzeitigen Anspruch, die Qualität der Gesundheitsleistung nicht zugunsten der Kostensenkung leiden zu lassen, haben sich in den letzten Jahren zahlreiche Formen von Gesundheitsnetzwerken entwickelt.<sup>257</sup>

### **2.3.3.3 Merkmale von Netzwerken**

Unabhängig von der Form entstehen einige für Netzwerke charakteristische Merkmale, welche für die Ausrichtung auf den Patienten von besonderer Bedeutung sind.

Ein einzelner Arzt kann einen Patienten in den seltensten Fällen entlang des gesamten Behandlungsprozesses betreuen. Oftmals ist die Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen bzw. von niedergelassenen Ärzten mit Kliniken notwendig. Ein Gesundheitsnetzwerk bietet dem Patienten, je nach Größe und Zusammensetzung des Netzes, die Möglichkeit, für alle seine gesundheitlichen Probleme einen Ansprechpartner vorzufinden. Es arbeiten Ärzte verschiedenster Fachrichtungen zusammen. Sollte die entsprechende Fachrichtung nicht im Netz vertreten sein, gibt es dennoch oft Kooperationspartner, an welche der Patient überwiesen werden kann. Der **Umfang des Netzwerkes** ist somit ein bedeutender Faktor.<sup>258</sup>

Oft ist mit der Größe auch die **wirtschaftliche Stabilität** verbunden. Je mehr Leistungserbringer sich zusammenschließen, um in Form gemeinsamer technischer Gerätschaften, ge-

---

<sup>255</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009), S. 4.

<sup>256</sup> Vgl. Braun, G. E. (2006), S. 1; vgl. auch Braun, G. E.; Gröbner, M.; Seitz, R. (2008), S. 359.

<sup>257</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009), S. 3–4.

<sup>258</sup> Vgl. Bruhnke, D. (2008), S. 187; vgl. auch Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001), S. 318.

meinsamer Praxisräume oder auch gemeinsamen Personals unter anderem Skaleneffekte (economies of scale) zu nutzen, desto gesicherter ist auch die wirtschaftliche Lage der Unternehmung.<sup>259</sup> Investitionskosten und die damit verbundenen Risiken können auf diesem Weg weiter gestreut werden.<sup>260</sup> Es ergeben sich dadurch unter anderem ganz neue Möglichkeiten der Vorhaltung technischer Gerätschaften. Auch die Finanzierung einer Managementgesellschaft und die Abgabe von z. B. Instandhaltungsarbeiten und Abrechnungsmodalitäten der Praxen sind in einem Netzwerk eher finanzierbar als für eine Einzelpraxis. Die Einrichtung eines effektiven Netzmanagement ist wichtiger Erfolgsfaktor und von einzelnen Ärzten sowohl zeitlich als auch oft aufgrund mangelnden Wissens nicht durchführbar.<sup>261</sup> Als Alternative zu einer Managementgesellschaft kann die Leitung des Ärztenetzes auch durch die Wahl einer Vollversammlung und eines Vorstandes umgesetzt werden.<sup>262</sup> Die Übernahme dieser Zusatzaufgaben kann z. B. durch eine gemeinsam finanzierte Sondervergütung honoriert werden. Diese Form würde jedoch eine zusätzliche Belastung der in den Verwaltungsorganen tätigen Ärzte bedeuten. Zudem müsste in den Reihen der Ärzte geeignetes Personal für diese Stellen zur Verfügung stehen. Der Einsatz einer Managementgesellschaft ermöglicht es den Ärzten, mehr Zeit in ihre eigentliche Aufgabe, die Versorgung der Patienten zu investieren.<sup>263</sup> Die Ärzte können so nicht nur mehr Zeit für den einzelnen Patienten aufbringen, sondern auch mehr Patienten behandeln.

Der größere Finanzrückhalt ermöglicht es den Ärzten, auch ganz andere **Marketingmaßnahmen** durchzuführen. Zwar sind die Möglichkeiten der Werbung, wie in Kapitel 2.3.1.3 erläutert, stark reglementiert, der richtige Auftritt nach außen entscheidet aber häufig über Sympathien potenzieller Patienten. Hier spielt die Corporate Identity (CI) eine wichtige Rolle. Die CI legt gemeinsame Ziele und Verhaltensgrundsätze fest. Sie soll das Entscheiden und Handeln leiten, ein Gefühl der Gemeinsamkeit aufkommen lassen und die Akzeptanz gegenüber den eigenen Mitarbeitern und den Kunden stärken.<sup>264</sup> CI lässt sich in drei Teilbe-

---

<sup>259</sup> Vgl. Ahlert, D.; Evanschitzky, H.; Ahlert, M. (2003), S. 404, 407.

<sup>260</sup> Vgl. Ahlert, D.; Evanschitzky, H.; Ahlert, M. (2003), S. 404, 407; vgl. auch Braun, G. E. (2003), S. 20.

<sup>261</sup> Vgl. Bruhnke, D. (2008), S. 187; vgl. auch Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001), S. 318.

<sup>262</sup> Vgl. Braun, G. E. (2003), S. 47; vgl. auch Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 19.

<sup>263</sup> Vgl. Bruhnke, D. (2008), S. 177.

<sup>264</sup> Vgl. Braun, G. E. (2003), S. 33–34; vgl. auch Bruhnke, D. (2008), S. 178; Kreyher, V. J. (2001), S. 18–19 und Schubert, H.-J. (2004), S. 372–373.

reiche gliedern: Corporate Behavior (Verhalten), Corporate Communications (Kommunikation) und Corporate Design (Darstellung). Die Einführung einer CI lässt sich mit der Markenbildung (Corporate Brand) vergleichen. Ein gemeinsamer Auftritt nach außen z. B. über ein Markenlogo oder einheitliche Briefköpfe etc. stärkt nicht nur das Bild der Zusammengehörigkeit gegenüber dem Patienten, es stärkt auch das Gemeinschaftsgefühl der Netzwerkpartner.<sup>265</sup>

Die Zusammenarbeit von mehreren Ärzten in einem Netzwerk ermöglicht durch höhere **ärztliche Ressourcen** die Implementierung einer Bereitschaftspraxis außerhalb der gewöhnlichen Öffnungszeiten der Arztpraxen. Den Patienten wird dadurch die Möglichkeit gegeben, jederzeit einen Arzt aufsuchen zu können, der ihre Krankengeschichte kennt oder zumindest über die gemeinsame Datenbank Zugriff darauf hat. Dies gibt nicht nur dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit, es hilft auch, Fehler zu vermeiden, z. B. in der Wahl der Medikation. Unverträglichkeiten zwischen neu verordneten mit bereits erhaltenen Medikamenten können besser beachtet werden.<sup>266</sup>

Neben den ärztlichen Ressourcen kann auch **nicht-ärztliches Personal** besser koordiniert werden. So können z. B. Reinigungskräfte, Hausmeister und Sprechstundenhilfen gemeinsam finanziert werden.<sup>267</sup> Je nach Bedarf kann das Personal dann auf die Praxen verteilt werden und steht auch für die Anlaufpraxis zur Verfügung. Dies ermöglicht z. B. auch die Anstellung von oder die Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachkräften. Beispiele hierfür sind ein nicht-ärztlicher Besuchsdienst für einfache Kontrollen oder pflegerische Tätigkeiten. In diesem Rahmen ist ein Modellprojekt mit der Bezeichnung AGnES (Arztentlastende Gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention) in mehreren Gemeinden in Ostdeutschland zu nennen. Hier übernimmt eine Gemeindeschwester in strukturschwachen Regionen Hausbesuche für Ärzte. Durch Methoden des Telemonitoring<sup>268</sup> kann die adäquate

---

<sup>265</sup> Vgl. Braun, G. E. (2003), S. 33–34; vgl. auch Bruhnke, D. (2008), S. 178; Kreyher, V. J. (2001), S. 18–19 und Schubert, H.-J. (2004), S. 372–373.

<sup>266</sup> Vgl. Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 11; vgl. auch Ahlert, D.; Evanschitzky, H.; Ahlert, M. (2003), S. 404, 407.

<sup>267</sup> Vgl. Ahlert, D.; Evanschitzky, H.; Ahlert, M. (2003), S. 404, 407; vgl. auch Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001), S. 318.

<sup>268</sup> Der Begriff des Telemonitoring wird in Kapitel 2.2.2.4 erläutert.

Versorgung dieser Patienten sichergestellt werden.<sup>269</sup> Ein Gesundheitsnetzwerk hat im Gegensatz zu einzelnen niedergelassenen Ärzten eher die finanziellen und personellen Ressourcen, um eine derartige Tätigkeit zu unterstützen.

Ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsnetzwerken ist die Durchführung von **Qualitätszirkeln**.<sup>270,271</sup> Diese dienen dem Austausch von Informationen, der Diskussion neuer Verfahren und Entwicklungen, dem Teilen von Wissen und der Erarbeitung gemeinsamer, qualitativer Standards und Behandlungsleitlinien.<sup>272</sup> Ärzte erlangen durch den gemeinsamen Austausch nicht nur eine größere Wissensbreite. Die Möglichkeit der Konsultation von Netzkollegen bei konkreten Unsicherheiten im Behandlungsfall garantiert den Patienten eine qualitativ hochwertigere Behandlung, da auf ganz andere **Kompetenziefen** zugegriffen werden kann. Zudem fördert der regelmäßige Austausch das Interesse und die Möglichkeiten, auf dem aktuellsten Stand der medizinischen Forschung und Ausbildung zu bleiben. Durch den Austausch mit jungen Ärzten, die in ihrer Ausbildung neuere Verfahren kennengelernt haben und mit Ärzten, die unterschiedliche Fortbildungen besucht haben, wird der Bestand aktuellen Wissens gesichert. Die Forderung der Gesundheitspolitik nach einer stufenlosen Versorgung der Patienten führt auf lange Sicht zur Notwendigkeit der Netzwerkbildung.<sup>273</sup>

#### **2.3.3.4 Formen vernetzter Versorgungsstrukturen**

Unterschiede zwischen vernetzten Versorgungsstrukturen bestehen sowohl im Umfang der Kooperation, der Größe der Netzwerke als auch in deren Zusammensetzung aus den unterschiedlichen Teilnehmern des Gesundheitswesens.<sup>274</sup> Gemeinsam ist ihnen im Prinzip nur die Bezeichnung **Integrierte Versorgungsstrukturen (IVS)**. Der Begriff IVS bezieht sich im Rahmen dieser Arbeit nicht auf Netzwerke, welche auf Basis des § 140 a und b SGB V gegründet wurden.<sup>275</sup> Bei Letzteren handelt es sich um Verträge der Integrierten Versorgung

---

<sup>269</sup> Vgl. Munte, A.; Froschauer, S. (2008), S. 126; vgl. auch Schmid, E. (2008), S. 99.

<sup>270</sup> Vgl. Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 11.

<sup>271</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.3.5.3.2.

<sup>272</sup> Vgl. Herholz, H. (2004), S. 362-364; vgl. auch Munte, A.; Froschauer, S. (2008), S. 132-133.

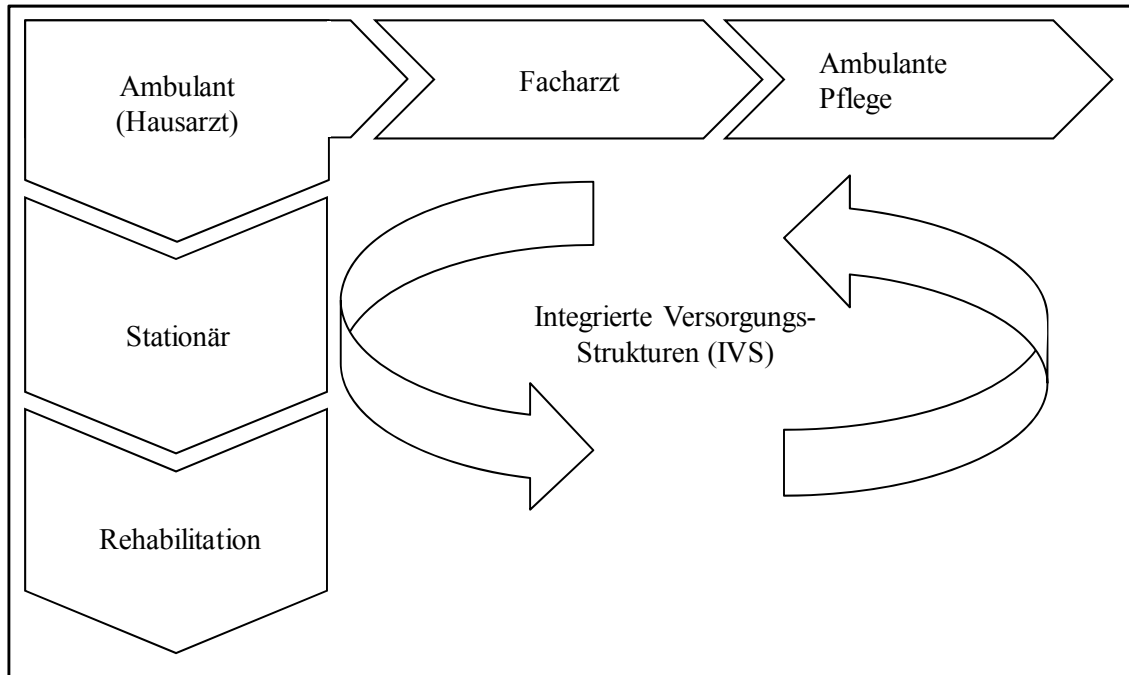
<sup>273</sup> Vgl. Munte, A.; Froschauer, S. (2008), S. 132-133.

<sup>274</sup> Vgl. zu Unterschieden in vernetzten Versorgungsstrukturen Braun, G. E. (2003), S. 5-9.

<sup>275</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.3.3.5.

(IV), wohingegen IVS weitgreifender definiert sind. Sie beinhalten unterschiedliche Formen der Kooperation zwischen den Leistungserbringern (ambulant und stationär).<sup>276</sup> Abbildung 14 verdeutlicht die Dimensionen von IVS grafisch.

**Abbildung 14: Integrierte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen**



Quelle: Braun, G. E.; Güssow, J. (2006), S. 66.

Betrachtet werden in dieser Arbeit alle Arten von Gesundheitsnetzwerken, auch solche, in denen die Leistungsfinanzierer in Form der GKV oder PKV nicht direkt mit einbezogen werden. Von Interesse ist jede Art der Kooperation zwischen Leistungsanbietern, welche die Dienstleistung „Gesundheit“ durch eine stärkere Individualisierung und Ausrichtung am Patienten für diesen attraktiver macht und durch gleichzeitige Standardisierung bzw. Ökonomisierung Vorteile für die Leistungserbringer bietet.

Vorbild für Netzwerke im Dienstleistungsgewerbe und somit auch im Gesundheitswesen ist vor allem das Hotel- und Gaststättengewerbe.<sup>277</sup> Großer Unterschied zum Gesundheitswesen ist hier jedoch die häufig zentrale Steuerung der Netzwerke, wohingegen sich Zusam-

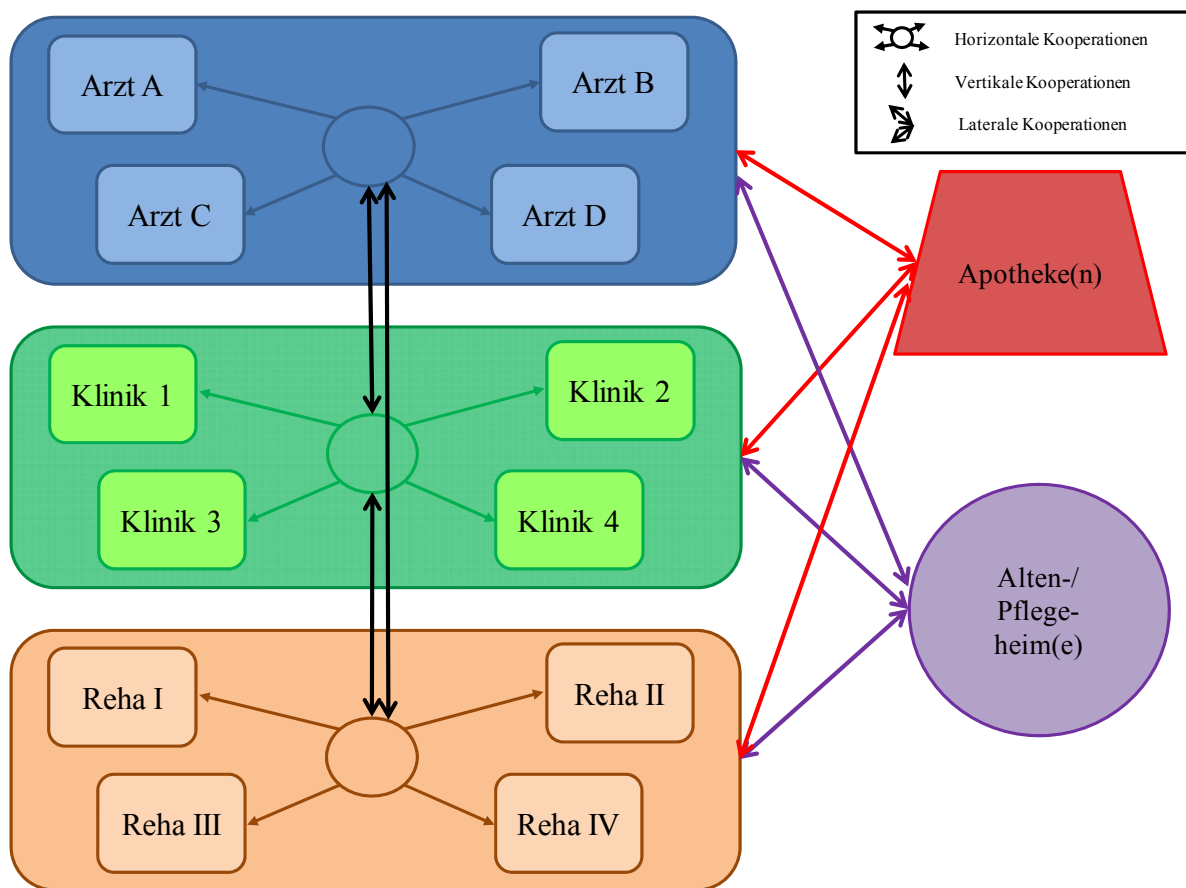
<sup>276</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2006), S. 66; vgl. auch Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. et al. (2007), S. 3.

<sup>277</sup> Siehe hierzu auch Kapitel 4.4.2.1 und 4.4.2.2.

menschlüsse in gesundheitsbezogenen Bereichen oft durch eine dezentrale Steuerung auszeichnen.<sup>278</sup>

Netzwerke können Ansätze innerhalb eines Sektors (z. B. der ambulanten Behandlung) sein, eine Optimierung der Übergänge zwischen einzelnen Bereichen, aber auch Modellversuche zur ganzheitlichen Vollversorgung der Patienten.<sup>279</sup> Nachfolgende Grafik gibt eine beispielhafte Übersicht über mögliche Kooperationsformen im Gesundheitswesen.

Abbildung 15: Beispielhafte Darstellung möglicher Kooperationsformen im Gesundheitswesen.



Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>278</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2006), S. 72; vgl. auch Sydow, J. (2005).

<sup>279</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009), S. 5.

Bei Zusammenschlüssen innerhalb eines Sektors, sogenannten **horizontalen Kooperationen**, kann es sich z. B. um Ärztehäuser handeln.<sup>280</sup> Hierbei können sich Ärzte verschiedener Fachrichtungen zusammenschließen. Eine weitere Möglichkeit der Kooperation innerhalb des ambulanten Sektors sind Zusammenschlüsse von Ärzten gleicher Fachrichtung.<sup>281</sup> Ziel ist es hier unter anderem, durch gemeinsame Ressourcenverwaltung Kosten einzusparen und den Patienten flexibleren Zugang zu gewähren. Zusammenschlüsse in größerem Umfang sind Ärztenetze. Hiervon existieren in Deutschland bereits über 300. Eine umfangreiche, jedoch nicht unbedingt vollständige Übersicht bietet die Internetplattform „Deutsche Ärztenetze“<sup>282</sup> des *Verbands der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV Virchow-Bund)*.<sup>283</sup>

Häufig lassen sich auch Interessengemeinschaften zwischen den Sektoren beobachten. Diese bezeichnet man als **vertikale Kooperationen**, folglich die Zusammenarbeit zwischen hintereinander liegenden Gliedern in der Wertschöpfungskette, z. B. zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken oder zwischen Kliniken und Rehabilitations-Zentren.<sup>284</sup> Hier bietet sich häufig das größte Potenzial zur Kostendämpfung und Wirtschaftlichkeitssteigerung sowie zur durchgängigen Behandlung.<sup>285</sup> Niedergelassene Ärzte spielen für Kliniken eine zentrale Rolle. Als Einweiser und Vertrauenspersonen sind sie die Meinungsbildner der Patienten. Durch die rechtlich stark eingeschränkten Möglichkeiten der Werbung<sup>286</sup> können sich Kliniken den Patienten nur eingeschränkt darstellen. Es zählen vor allem Mundpropaganda und die Empfehlungen des eigenen Arztes. Ein weiteres Ziel einer vertikalen Kooperation ist die gemeinsame Ressourcennutzung. Hier lässt sich z. B. die räumliche Eingliederung einer radiologischen Praxis in eine Klinik nennen. Die Auslastung teurer medizinischer Geräte lässt sich so optimieren. Vorteilhaft ist die Bündelung ambulanter und stationärer Behandlung zur Steigerung des angebotenen Leistungsumfangs.<sup>287</sup>

---

<sup>280</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009), S. 5.

<sup>281</sup> Vgl. Braun, G. E. (2004), S. 32; vgl. auch Mühlbacher, A.; Ackerschott, S. (2007), S. 20–21.

<sup>282</sup> Der Link zur Homepage lautet: [www.deutsche-aerztenetze.de](http://www.deutsche-aerztenetze.de).

<sup>283</sup> Vgl. NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (2008).

<sup>284</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009), S. 5; vgl. auch Braun, G. E. (2004), S. 32 und Mühlbacher, A.; Ackerschott, S. (2007), S. 20–21.

<sup>285</sup> Vgl. Braun, G. E. (2004), S. 32; vgl. auch Mühlbacher, A.; Ackerschott, S. (2007), S. 20–21.

<sup>286</sup> Siehe hierzu 2.3.1.3

<sup>287</sup> Vgl. Braun, G. E. (2004), S. 32; vgl. auch Mühlbacher, A.; Ackerschott, S. (2007), S. 20–21.

Die dritte Möglichkeit ist die **laterale Kooperation**. Dabei arbeiten Anbieter komplementärer Leistungen zusammen. Beispielhaft zu nennen wäre hier die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Alten- und Pflegeheimen.<sup>288</sup>

### **2.3.3.5 Rechtliche Grundlagen für vernetzte Versorgungsstrukturen**

Integrierte Versorgungsstrukturen können auf Basis verschiedener rechtlicher Grundlagen gegründet werden, welche im Folgenden kurz vorgestellt werden. Die Rahmenbedingungen gemäß SGB V gelten ausschließlich für die GKV, sofern Leistungsfinanzierer einbezogen sind.

Aktive Instanz der **Modellverträge gemäß §63 SGB V** sind die Leistungsfinanzierer.<sup>289</sup> Krankenkassen und ihre Verbände können auf Grundlage dieses Gesetzes Netzwerke mit Leistungserbringern und den KV gründen. Die Ziele der Netzwerke müssen in der Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung liegen. Eingeschlossen sind hier sowohl die Behandlung von kranken Menschen als auch Präventionsmaßnahmen. Die Wahl der Ansatzpunkte bleibt den Krankenkassen überlassen. Es kann sich um Verfahrens- und Organisationsoptimierung handeln, aber auch um die Verbesserung der Finanzierungs- und Vergütungsformen. Die Vergütung darf im Rahmen dieser Verträge von den Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)<sup>290</sup> abweichen. Modellvorhaben auf Basis dieser Gesetzesgrundlage sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zu genehmigen.<sup>291</sup> Da es sich hierbei um Modellversuche handelt, sind die Verträge auf maximal acht Jahre zu befristen.<sup>292</sup>

---

<sup>288</sup> Vgl. Braun, G. E. (2004), S. 32.

<sup>289</sup> Vgl. hier und im Folgenden SGB V (1988).

<sup>290</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) (2008): Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bildet die Grundlage für die Honorierung der kassenärztlichen Leistungserbringer für die Behandlung von GKV-versicherten Patienten.

<sup>291</sup> Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium zur Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Er entscheidet, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren sind und beschäftigt sich mit Qualitätsmanagement und –sicherungsmaßnahmen. Seit dem 1. Januar 2004 sind auch Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten. Vgl. § 135 SGB V; vgl. auch BMG (Hrsg.) (2006), S. 7.

<sup>292</sup> Vgl. §63 und § 64 SGB V; vgl. auch Meyer-Lutterloh, K. (2001), S. 307.



**Strukturverträge gemäß §73a SGB V** sollen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Sie gehen von den KV aus. Diese können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Verträge aushandeln, welche die Verantwortung zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung auf die Vertragsärzte der KV übertragen. Wichtig ist dabei, dass die Teilnahme sowohl den Vertragsärzten als auch den Versicherten freigestellt bleibt.<sup>293</sup>

Ziel der **Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73b i.V.m. §65a SGB V** ist es, die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen über einen Hausarzt zu steuern, der die Funktion eines „Gatekeepers“ einnimmt. Patienten wählen hierbei freiwillig einen - mit der Krankenkasse vertraglich verbundenen - Hausarzt, an welchen sie sich für die Dauer von mindestens einem Jahr binden. Sie verpflichten sich damit, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung ihres Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Krankenkassen können den Patienten als Gegenleistung für ihre Verpflichtung eine Ermäßigung der zu leistenden Zuzahlungen zugestehen.<sup>294</sup> Sie erhoffen sich hierdurch eine Kosteneinsparung durch Vermeidung der Inanspruchnahme unnötiger fachärztlicher Leistungen.

Im Rahmen des **§73c SGB V zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung** können Krankenkassen Verträge mit ambulant-vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern (einzeln oder in Gemeinschaft), Trägern von Einrichtungen für die ambulante Versorgung (z. B. Medizinische Versorgungszentren) sowie den KV abschließen.<sup>295</sup>

Ziel der **Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach §95 SGB V** ist eine fachübergreifend abgestimmte Behandlung von Patienten aus einer Hand. MVZ können sowohl horizontale als auch vertikale Kooperationen sein. Der Zusammenschluss geht hier von den Leistungserbringern aus. Wichtig ist hier, dass Ärzte verschiedener Fachrichtungen in der Gemeinschaft vertreten sind und die Führung in ärztlicher Hand liegt. In einem MVZ kön-

---

<sup>293</sup> Vgl. §73a SGB V.

<sup>294</sup> Vgl. §73b i.V.m. §65a SGB V.

<sup>295</sup> Vgl. §73c SGB V.

nen sowohl Vertragsärzte als auch angestellte Ärzte tätig sein.<sup>296</sup> Während sich bei einem horizontalen MVZ niedergelassene Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen zusammenschließen, bezieht sich eine vertikale Kooperation auf ein MVZ, welches in Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und einem Krankenhaus gegründet wird. Diese Rechtsform ermöglicht die vollständige, durchgängige Behandlung von Patienten innerhalb des Versorgungszentrums.<sup>297</sup>

Um eine durchgängige Versorgung von Patienten entlang des gesamten Behandlungsprozesses über alle Sektorengrenzen hinweg zu ermöglichen, können Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge zur **Integrierten Versorgung gemäß §140a und §140b SGB V** abschließen. Auch bei diesen Verträgen steht sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungserbringung im Vordergrund. Die Teilnahme am Versorgungsangebot gemäß den Verträgen zur IV ist für die Versicherten freiwillig. Zu beachten ist, dass die GKV die Verträge nur mit laut §140b SGB V berechtigten Leistungserbringern abschließen darf, nicht jedoch mit der KV.<sup>298</sup> Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass es sich um Einzelverträge handelt, welche neben den Kollektivverträgen der Regelversorgung existieren.<sup>299</sup>

Um die Bildung von Netzwerken der Integrierten Versorgung zu unterstützen, wurde mit dem GMG 2004 eine zeitlich beschränkte **Anschubfinanzierung** eingerichtet.<sup>300</sup> Den Krankenkassen wurde die Möglichkeit gegeben, 1% des Honorarbudgets für die niedergelassenen Ärzte sowie 1% der Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Versorgung für die Finanzierung von Projekten zur Integrierten Versorgung umzuschichten.<sup>301</sup> Diese Regelung galt zunächst bis Ende 2006,<sup>302</sup> wurde jedoch bis Ende 2008 verlängert.<sup>303</sup> Die Anschubfinanzierung hat vielen Gesundheitsnetzwerken den Anfang erleichtert, da die Kran-

---

<sup>296</sup> Vgl. §95 SGB V.

<sup>297</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009), S. 8.

<sup>298</sup> Vgl. §140a und §140b SGB V.

<sup>299</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009), S. 7.

<sup>300</sup> Vgl. Redaktionsbüro Gesundheit (2007), S. 4.

<sup>301</sup> Vgl. vom 14.11. 2003, S. 2225.

<sup>302</sup> Vgl. vom 14.11. 2003, S. 2225.

<sup>303</sup> Vgl. §140d SGB V.

kenkassen die Projekte unterstützen konnten, ohne deutliche Mehrkosten durch erhöhten Verwaltungsaufwand zu haben.<sup>304</sup> Durch den Wegfall dieser Unterstützung mussten sich die gebildeten Netzwerke verstärkt mit der Entwicklung von Konzepten beschäftigen, die ihnen ein erfolgreiches und gewinnbringendes Wirtschaften ermöglichen.<sup>305</sup> Dies bedeutet, dass für die Teilnehmer der Netzwerke keine neuen Finanzmittel zur Verfügung stehen, sondern vielmehr eine Umverteilung der vorhandenen Finanzen stattfindet, wodurch ein Wettbewerb unter den Netzwerken bzw. zwischen den Netzwerken und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen entsteht. Die notwendigen Einsparungen werden nicht nur in der Arzneimitteltherapie erzielt, sondern auch durch die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und die Verminderung von benötigten Facharztbesuchen aufgrund einer verbesserten Prävention und frühzeitiger Behandlung.<sup>306</sup>

### **2.3.4 Zunehmende Bedeutung des Marketing im Gesundheitswesen**

Durch die tiefgreifenden Veränderungen der Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen erhält auch das Marketing einen neuen Stellenwert in der Ausrichtung des Leistungsangebotes auf dem Gesundheitsmarkt. Leistungserbringer fühlen sich zunehmend mit Aspekten des Marketing konfrontiert.<sup>307</sup>

#### **2.3.4.1 Definition Marketing**

Der Begriff des Marketing aus dem angloamerikanischen Sprachraum hat sich erst zu Beginn der 60er Jahre in Deutschland ausgebreitet. Er löste die bis dahin verwendeten Ausdrücke „Absatzpolitik“ bzw. „Absatzwirtschaft“ ab.<sup>308</sup> Mit der Verbreitung des Begriffs haben sich auch unterschiedliche Definitionen eingebürgert. Diese unterscheiden sich vor allem in der Breite des Konzeptes. **Marketing** im engeren Sinne befasst sich mit den Fragen der Absatzwirtschaft. Im weiteren Sinne betrachtet es die Ausrichtung aller Prozesse in einem Unternehmen an den Kundenbedürfnissen und dem Wettbewerb. Die umfassendste Definition versteht Marketing als ein Geflecht an Austauschprozessen und Beziehungen. Mit der Wei-

---

<sup>304</sup> Vgl. Fritsche, L. (2007), S. 47–48.

<sup>305</sup> Vgl. Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 6.

<sup>306</sup> Vgl. Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 6; vgl. auch Güssow, J. (2007), S. 59–65.

<sup>307</sup> Vgl. Oehme, W.; Oehme, S. (1995), S. 1-2, 26.

<sup>308</sup> Vgl. hier und im Folgenden Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 7.

terentwicklung der Marketingstrategien haben sich über die Zeit auch die Definitionen des Marketing verändert.<sup>309</sup> Nachfolgende Tabelle 6 gibt eine beispielhafte Übersicht über verschiedene, in der Literatur vertretene Begriffsbestimmungen.

**Tabelle 6: Definitionen des Begriffs „Marketing“**

Quelle	Definition
Meffert, H.; Burmans, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 9–10	In der klassischen Interpretation umfasst Marketing „[...] die Planung, Koordination und Kontrolle aller auf die aktuellen und potentiellen Märkte ausgerichteten Unternehmensaktivitäten. Durch eine dauerhafte Befriedigung der Kundenbedürfnisse sollen die Unternehmensziele verwirklicht werden.“ <sup>310</sup> Moderner interpretiert umfasst Marketing „[...] jegliche Form eines Austauschs zwischen zwei Kontrahenten, bei dem beide Parteien durch den Austauschprozess ihre Bedürfnisse zu befriedigen versuchen.“ <sup>311</sup>
Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 14	Marketing ist „[...] ein Konzept marktorientierter Unternehmensführung [...]“. <sup>312</sup> Es entspricht der „[...] Verwirklichung einer optimalen Unternehmens-Umfeld-Koordination durch eine konsequente Ausrichtung aller unmittelbar und mittelbar den Markt berührenden Entscheidungen an dessen Erfordernissen.“ <sup>313</sup>
Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007), S. 11	„Marketing ist ein Prozess im Wirtschafts- und Sozialgefüge, durch den Einzelpersonen und Gruppen ihre Bedürfnisse und Wünsche befriedigen, indem sie Produkte und andere Austauschobjekte von Wert erzeugen, anbieten und miteinander tauschen.“ <sup>314</sup>

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Marketingkonzeption lässt sich in drei Aufgabenbereiche untergliedern, die Analyse, das strategische und das operative Marketing.<sup>315</sup> Nachfolgende Abbildung 16 gibt eine Übersicht über die Aufgaben des Marketing.

<sup>309</sup> Vgl. Fritz, W.; Oelsnitz, D. v. d. (2001), S. 17–19; vgl. auch Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 7–10.

<sup>310</sup> Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 9–10.

<sup>311</sup> Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 10.

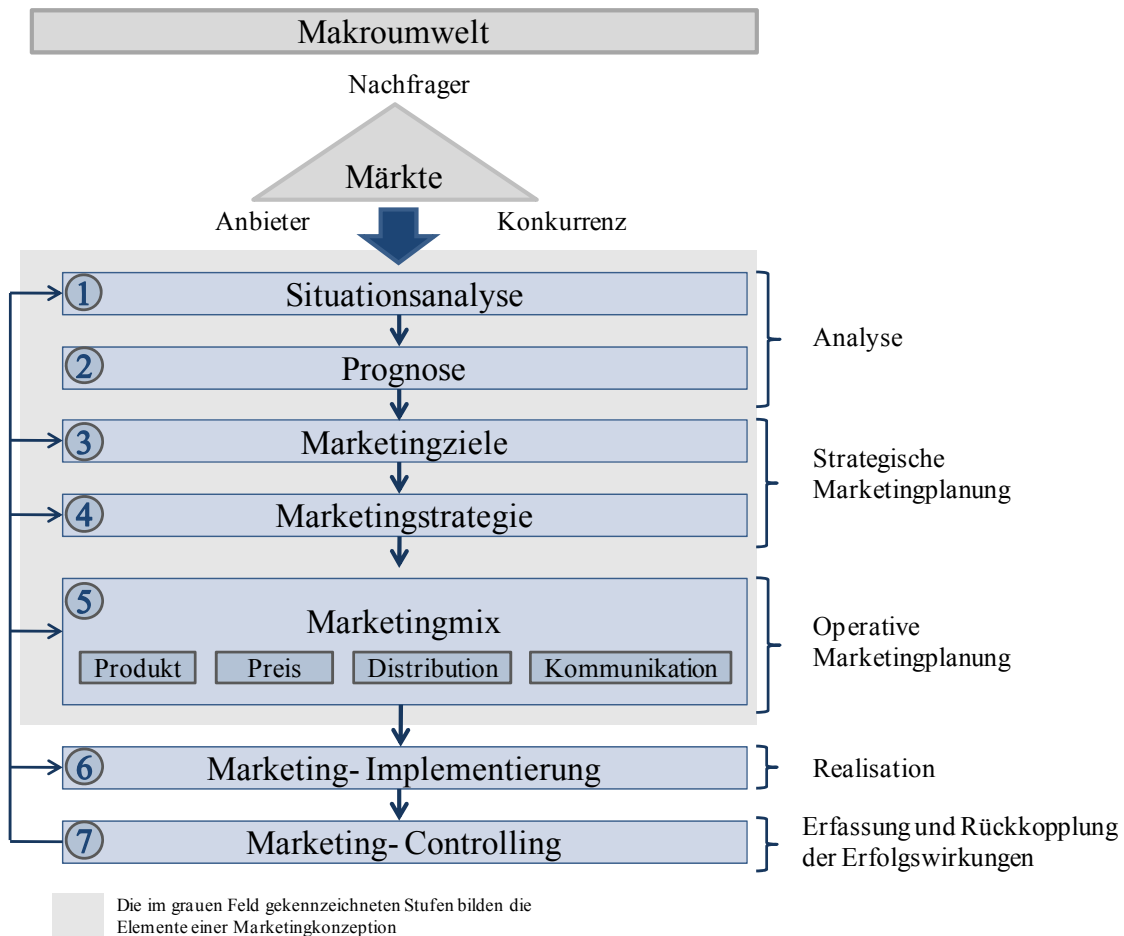
<sup>312</sup> Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 14.

<sup>313</sup> Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 14.

<sup>314</sup> Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007), S. 11.

<sup>315</sup> Vgl. Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 20.

Abbildung 16: Aufgaben des Marketing



Quelle: Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 20.

Die Analyse des internen und externen Unternehmensumfeldes bildet die Basis der Marketingkonzeption. Aufbauend auf den Ergebnissen der Analysephase werden im **strategischen Marketing** die Ziele und Strategien festgelegt. Das **operative Marketing** befasst sich mit der Umsetzung des strategischen Marketing, indem es die Ziele und Strategien im Rahmen des Marketing-Mix anwendet.<sup>316</sup>

Der **Marketing-Mix** befasst sich mit der richtigen Kombination der vier „Säulen“ des Marketing, den sogenannten vier „P’s“: Product (Produkt), Price (Preis), Place (Distribution) und Promotion (Kommunikation).<sup>317</sup>

<sup>316</sup> Vgl. Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 20–22; vgl. auch Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 18–19.

<sup>317</sup> Vgl. Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 20–22; vgl. auch Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 20–21.

### **2.3.4.2 Besonderheiten des Marketing im Gesundheitswesen**

Im medizinischen Bereich spielt die Erinnerung eine sehr bedeutende Rolle, da Menschen im Bezug auf ihre Gesundheit sehr sensibel sind und der Mundpropaganda ein großer Stellenwert zugeschrieben wird. Durch die zuvor beschriebenen Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt wird Marketing für die Leistungserbringer auf Dauer unverzichtbar werden, wenn sie im Wettbewerb bestehen möchten.<sup>318</sup> Es ist keine Neuigkeit, dass der Einsatz von Marketinginstrumenten trotz starker rechtlicher Einschränkungen möglich ist.<sup>319</sup> Dennoch werden sie in der Praxis bisher nicht vollständig ausgeschöpft. Dies gilt vor allem für die strukturstarken Regionen. In strukturschwachen Gebieten, in denen es Probleme gibt, überhaupt eine ausreichende medizinische Versorgung sicherzustellen, ist dies weniger relevant.

Zunächst ist es, wie in anderen Branchen auch, wichtig, im Rahmen des strategischen Marketing die Ziele und eine Strategie festzulegen. Welche Zielgruppen möchte man mit welchen Produkten auf welche Art ansprechen? Es gilt auch, eine Unternehmenskultur zu schaffen. Wie in Kapitel 2.3.3.3 angesprochen ist es wichtig, eine Corporate Identity zu implementieren. Anhand von Leitlinien soll ein einheitliches Auftreten nach innen und nach außen geschaffen werden. Das Arbeitsklima im Team wirkt sich immer auch auf die Atmosphäre in der Praxis aus.<sup>320</sup>

*Kreyher*<sup>321</sup> hat versucht, den Marketing-Mix für den Gesundheitsmarkt zu spezifizieren (vgl. Abbildung 17). Hierfür erweitert er die klassischen 4 P's (Product, Promotion, Place und Price) um das interne (mitarbeiterbezogen) und das verhaltensorientierte Marketing (Steuerung des Patienten).<sup>322</sup>

---

<sup>318</sup> Vgl. Oehme, W.; Oehme, S. (1995), S. 1-2, 26.

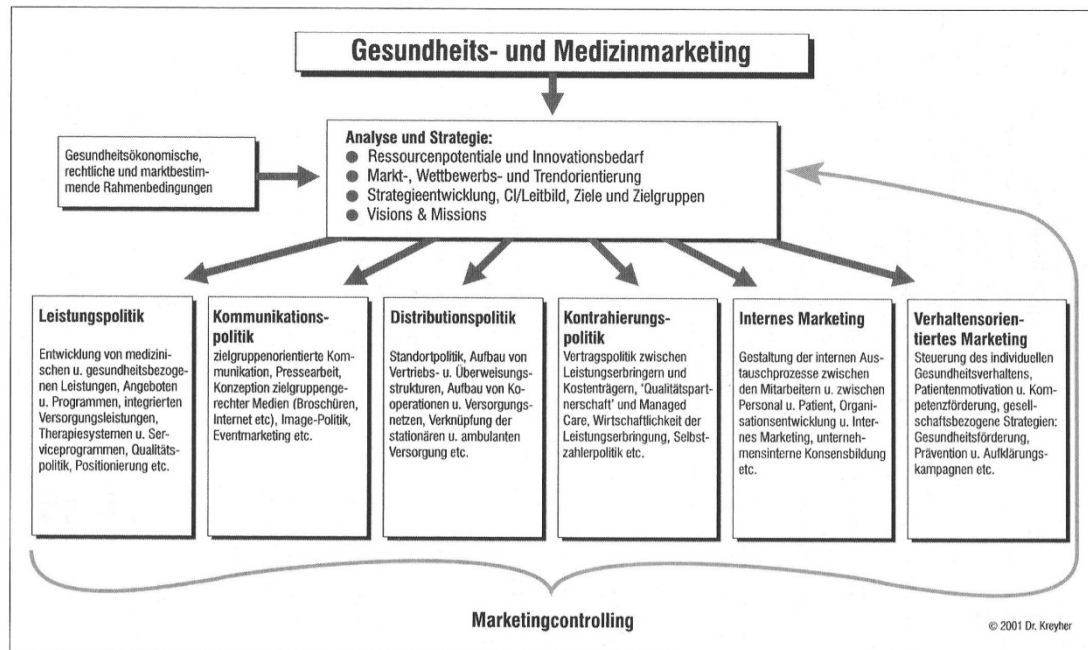
<sup>319</sup> Vgl. Braun, G. E. (1992), S. 22–23.

<sup>320</sup> Vgl. Baruch, M.; Ellermann, B. (2003), S. 21–22.

<sup>321</sup> Vgl. Kreyher, V. J. (2001), S. 16–17.

<sup>322</sup> Vgl. Kreyher, V. J. (2001), S. 16–17.

Abbildung 17: Bestandteile des Gesundheits- und Medizinmarketing



Quelle: Kreyher, V. J. (2001), S. 16.

Ansatzpunkte für die operative Marketingplanung sind im Gesundheitswesen durch die bestehende Intransparenz schwer herauszuarbeiten.<sup>323</sup> Durch die zuvor angesprochenen rechtlichen Rahmenbedingungen sind die Möglichkeiten des Marketing im Gesundheitswesen eingegrenzt.<sup>324</sup> Dies sollte bereits bei der Festlegung der Marketingstrategie mit einbezogen werden. Die **Leistungspolitik** besteht neben den Angeboten der klassischen Patientenbehandlung vor allem im Angebot besonderer Serviceleistungen. Ein einzelner Leistungsanbieter kann sich durch ein gutes Zeitmanagement auszeichnen. Bezogen auf Hausbesuche und Angebote, wie z. B. Telemonitoring, ist er jedoch durch seine begrenzten Ressourcen eingeschränkt. Die **Kommunikationspolitik** bietet im Gesundheitswesen die größten Möglichkeiten zur Umsetzung von Marketingstrategien. Hier sind jedoch die in Kapitel 2.3.1.3 dargestellten rechtlichen Bestimmungen zu beachten. Ebenso ist die **Distributionspolitik** von den Rahmenbedingungen beeinflusst. Durch die Notwendigkeit der Interaktion zwischen Arzt und Patient ist auch das Angebot innovativer Distributionswege schwierig. Die Wahl des Standortes ist folglich mit Bedacht zu treffen. Die Zulassung zur kassenärztlichen Leistungserbringung wird durch die KV geregelt und ist je nach Fachrichtung und Region

<sup>323</sup> Vgl. hier und im Folgenden Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001), S. 331.

<sup>324</sup> Vgl. Kapitel 2.3.1.3.

beschränkt, um eine Überversorgung zu vermeiden.<sup>325</sup> Zur Distribution zählt jedoch nicht nur der Ort der Leistungserstellung, sondern auch dessen Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder das ausreichende Angebot von Parkplätzen.<sup>326</sup> Zudem ist die Struktur der Räumlichkeiten Teil der Distributionspolitik, wenn es darum geht, wie gut der Zugang für mobilitätseingeschränkte Menschen ist. Besonders betroffen von den Einschränkungen ist die **Preispolitik**, sofern es sich direkt um medizinische Dienstleistungen handelt, welche im EBM bzw. in der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ)<sup>327</sup> abgebildet sind. Preispolitik ist für sie lediglich im Rahmen von *Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen)*,<sup>328</sup> Lifestyle Medizin oder besonderen (nicht medizinischen) Serviceleistungen möglich, welche den Patienten als Selbstzahler ansprechen. Eine einzelne Arztpraxis ist hier jedoch aufgrund ihrer Ressourcen in ihren Möglichkeiten eingeschränkt.<sup>329</sup>

### 2.3.4.3 Marketing in Gesundheitsnetzwerken

Gesundheitsnetzwerke haben im Vergleich zu einzelnen Leistungserbringern den Vorteil der vereinten Ressourcen. Wie in Kapitel 2.3.3.3 bereits angesprochen bieten sich ihnen deutlich bessere Möglichkeiten, auch im Bereich des Marketing.

Die **Leistungspolitik** bezieht sich im Rahmen von Gesundheitsnetzwerken zum einen auf die Frage der integrierten Fachrichtungen, zum anderen auf die zusätzlichen Serviceangebote sowie die Kooperation mit Pflege- und Rehabilitationszentren, Altenheimen oder Anbietern von Wellness- und Sportangeboten. Da der Zeitpunkt der Behandlung bei akuten Krankheiten in den meisten Fällen schlecht geplant werden kann, lässt sich oftmals nicht vermeiden, dass teilweise Wartezeiten entstehen. Diese sollten dem Kunden so angenehm wie möglich gestaltet werden. Eine gute Organisation, zur bestmöglichen Reduktion der Wartezeit ist unerlässlich.<sup>330</sup> Zudem sollte der Arzt diese Unannehmlichkeiten umso stärker durch eine Optimierung der Vor- (z. B. organisatorische Prozesse zur Terminvereinbarung)

---

<sup>325</sup> Vgl. Nagel, E. (2007a), S. 122–123.

<sup>326</sup> Vgl. Baruch, M.; Ellermann, B. (2003), S. 19.

<sup>327</sup> Die Gebührenordnung für Ärzte bildet die Grundlage für die privatärztliche Leistungsabrechnung.

<sup>328</sup> Weitere und ausführlichere Informationen zu IGeL-Leistungen finden sich in Kapitel 2.4.3.1.3.

<sup>329</sup> Vgl. Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001), S. 331.

<sup>330</sup> Vgl. Oehme, S.; Oehme, W. (2001), S. 380.



und Nachlaufzeiten (z. B. Kontrolle, ob die gewählte Behandlung erfolgreich verläuft) sowie ein problemloses Schnittstellenmanagement im Netzwerk ausgleichen.<sup>331</sup> Wichtigster Bereich im Gesundheitsmarketing ist folglich die Kommunikation. Die Beziehungen zwischen den Marktteilnehmern sollten bewusst und aktiv gestaltet werden.<sup>332</sup>

Die **Kommunikationspolitik** beinhaltet die Verbindungen zwischen den Netzwerkteilnehmern, die Gestaltung der internen Kommunikation mit dem Personal sowie die Kommunikation mit den Patienten und die Ansprache potenzieller Patienten. Es sollten sowohl die persönliche Kommunikation als auch die Präsentation und der Austausch über IuK-Technologien gezielt bearbeitet werden.<sup>333</sup> Zudem haben Netzwerke durch die Vereinigung der Ressourcen die Möglichkeiten, Eventmarketing oder Imagebildung z. B. durch kulturelle Aktivitäten einzusetzen.

Wie bei einzelnen Arztpraxen sind auch die Leistungserbringer in Gesundheitsnetzwerken im Bereich der **Distributionspolitik** eingeschränkt. Potenzial bezüglich des Ausführungsortes besteht in eingeschränktem Maße im Bereich der Telemedizin. Durch die höhere Anzahl an Patienten und umfangreichere Ressourcen besteht für ein Gesundheitsnetzwerk z. B. die Möglichkeit, Telemonitoring für Patienten auf Selbstzahlerbasis anzubieten. Dies ist jedoch nur eine Ergänzung, kein Ersatz für die direkte, persönliche Leistungserbringung. Durch die größere Anzahl an Ärzten bestehen in Netzwerken allerdings bessere Rahmenbedingungen für Hausbesuche oder die Leistungserbringung in zentralen Bereitschaftspraxen. Gute Zusammenarbeit bei der Überweisung von Patienten zählt ebenfalls zur Distribution.<sup>334</sup>

Gesundheitsnetzwerke haben im Rahmen der **Preispolitik** (in Abbildung 17 Kontrahierungspolitik) weitaus größere Möglichkeiten als einzelne Leistungserbringer. Während *Kreyher*<sup>335</sup> lediglich die Kontrahierungsmöglichkeiten hervorhebt, ist auch tatsächliche Preispolitik, im Rahmen von IGeL-Leistungen, durchführbar.<sup>336</sup> Weitere Möglichkeiten er-

---

<sup>331</sup> Vgl. Oehme, W.; Oehme, S. (1995), S. 43–44.

<sup>332</sup> Vgl. Kreyher, V. J. (2001), S. 5, 16-17; vgl. auch Oehme, W.; Oehme, S. (1995), S. 26-27, 43-44.

<sup>333</sup> Vgl. Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001), S. 331.

<sup>334</sup> Vgl. Kreyher, V. J. (2001), S. 5, 16.

<sup>335</sup> Vgl. Kreyher, V. J. (2001), S. 16.

<sup>336</sup> Vgl. Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001), S. 331.

geben sich im Bereich von Kooperationen mit Sport- und Wellnessanbietern sowie für besondere Leistungen im Bereich der Pflege. Wann immer der Patient im Rahmen besonderer Leistungen als Selbstzahler auftritt, ist dieser Marketingaspekt von Bedeutung.

Die Netzwerkbildung im Gesundheitswesen ist auch für die Mitarbeiter neu. Entsprechend wichtig ist es, auch ihnen das Konzept näher zu bringen. Dies ist Bestandteil des **internen Marketing**. Es beinhaltet des Weiteren die Steuerung der Informationsflüsse sowohl innerhalb der Praxen/Kliniken als auch zwischen den Netzwerkpartnern.<sup>337</sup> Das **verhaltensorientierte Marketing** unterstreicht die Wichtigkeit der Compliance der Patienten bezogen auf das aktive Mitwirken, ihre Gesundheit zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Es befasst sich folglich mit Aspekten der Patientenmotivation und –aufklärung.<sup>338</sup>

Das System ist komplex, die Vielzahl an Angeboten so unüberschaubar, dass Patienten sich aufgrund von Reizüberflutungen schnell neuen Informationen gegenüber verschließen.<sup>339</sup> Eine weitere Besonderheit der Dienstleistung „Gesundheit“ ist die starke Informationsasymmetrie zwischen Patient und Arzt. Aufgrund fehlenden medizinischen Wissens ist der Patient oftmals gar nicht in der Lage, die Qualität einer Leistung zu beurteilen. Die Immaterialität des „Produktes“ macht eine Bewertung besonders schwierig. Gerade bei einem sensiblen Gut wie der Gesundheit ist es wichtig, ein vertrauenswürdiges Image aufzubauen.<sup>340</sup> Patienten bewerten die „Qualität“ einer gesundheitsbezogenen Leistung oftmals auch nach Kriterien wie dem Service oder der Ausstattung der Praxis.<sup>341</sup> An welchen subjektiven Faktoren setzt ein Patient seinen Maßstab an? Was erwartet er sich von einem Arzt, um diesen als gut zu bezeichnen? Wie kann die Dienstleistung besser an seinen Bedürfnissen ausgerichtet werden? Diese Fragen zu beantworten ist die Kunst des One-to-one Marketing im Gesundheitswesen. Durch die ganzheitliche Ausrichtung des Unternehmens oder Gesundheitsnetzwerkes im Rahmen des One-to-one Marketing ist der Übergang zur Personalisierung der Leistungserstellung an sich geschaffen.<sup>342</sup>

---

<sup>337</sup> Vgl. Kreyher, V. J. (2001), S. 16–17.

<sup>338</sup> Vgl. Kreyher, V. J. (2001), S. 16–17.

<sup>339</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 11.

<sup>340</sup> Vgl. Kreyher, V. J. (2001), S. 13–14.

<sup>341</sup> Vgl. Braun, G. E. (1992), S. 24.

<sup>342</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.1.

### 2.3.5 Wachsendes Qualitätsbewusstsein im Gesundheitswesen

In kaum einem anderen Markt ist die Qualität der erhaltenen Leistung so schwer zu beurteilen wie im Gesundheitswesen. Jeder Mensch ist einzigartig. Entsprechend lässt sich die Reaktion des menschlichen Körpers auf Medikamente und Behandlungsmethoden im Vorfeld nicht vorhersehen. Auch bei vorbildlicher Ausführung der Behandlung muss das Ergebnis nicht zufriedenstellend sein. Dennoch ist Qualität auch im Gesundheitswesen messbar.<sup>343</sup>

#### 2.3.5.1 Qualitätsverständnis

Das *Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN)* definiert Qualität als „[...] die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“<sup>344</sup> Diese Definition wurde 2005 überarbeitet und in der Begriffsnorm zum Qualitätsmanagement ISO 9000:2005 neu veröffentlicht. Demnach ist Qualität der „[...] Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“.<sup>345</sup>

Bezogen auf das Gesundheitswesen definiert das *Committee on Quality of Health Care in America* des *Institute of Medicine (IOM)* Qualität als den Grad, zu welchem Gesundheitsdienstleistungen die Wahrscheinlichkeit für Individuen und die Bevölkerung erhöhen, die - dem aktuellen Forschungsstand entsprechenden - erwünschten Behandlungsergebnisse zu erzielen.<sup>346</sup>

*Donabedian* hat Anfang der 80er Jahre den Versuch unternommen, Qualität im Gesundheitswesen zu definieren. Er hebt hervor, dass sie nicht nur durch die medizinische Leistungserbringung an sich beeinflusst wird. Es ist wichtig, dass alle Bestandteile der Dienstleistung Gesundheit in der Begriffsdefinition Beachtung finden. Überversorgung kann ebenso eine schlechte Ausprägung sein wie medizinische Unterversorgung. Die Bewertung der Qualität medizinischer Dienstleistungen ist folglich eng mit der Quantität der Leistungen verbunden. Die Organisation der Abläufe spielt eine ebenso wichtige Rolle wie die Infra-

---

<sup>343</sup> Vgl. Grote Westrick, M. (o.J.), S. 5.

<sup>344</sup> DIN EN ISO 8402: 1995.

<sup>345</sup> DIN EN ISO 9000:2005.

<sup>346</sup> Vgl. Lohr, K. N. (1990), S. 21.

struktur der Räumlichkeiten.<sup>347</sup> Es gibt vielfältige Eigenschaften, welche die Qualität als Ganzes beeinflussen. Folglich ist es schwierig, diesen Begriff bezogen auf die Dienstleistung Gesundheit eindeutig zu definieren. Unter Beachtung der unterschiedlichen Aspekte unterteilt *Donabedian* die Merkmale von Qualität in drei Dimensionen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.<sup>348</sup> Hierbei betrachtet die **Prozessqualität** alle Aktivitäten, die von Leistungserbringern ausgeführt werden und den Patienten oder dessen Behandlung betreffen. Bewertet werden diese Aktivitäten unter den Gesichtspunkten der Gesundheit und des Wohlbefindens des Patienten sowie den Normen der Gesellschaft.<sup>349</sup> Die **Strukturqualität** beinhaltet die Bewertung der Infrastruktur, der technischen Ausstattung, der (menschlichen, finanziellen und materiellen) Ressourcen und der organisatorischen und physischen Rahmenbedingungen. Die Struktur beinhaltet auch Aspekte der geografischen Lage und die Existenz von Überprüfungsmaßnahmen.<sup>350</sup> Die dritte Dimension befasst sich mit der **Ergebnisqualität**. Als Ergebnis einer Behandlung wird die Veränderung des aktuellen und auch zukünftigen Gesundheitszustandes des Patienten bezeichnet, welche auf die Behandlung zurückzuführen ist. Hierzu zählen auch Wechsel im gesundheitsbezogenen Verhalten und Wissen von Patienten sowie dessen Einstellung und Zufriedenheit.<sup>351</sup> Die drei Dimensionen stehen in engem Zusammenhang. Die Strukturqualität beeinflusst die Prozessqualität und diese hat wiederum einen starken Einfluss auf die Ergebnisqualität.<sup>352</sup>

Die Bewertung der Qualität spiegelt sich in der **Patientenzufriedenheit** wider, denn Qualität bedeutet die Erwartung der Patienten in jeder Hinsicht zu erfüllen. Die Zufriedenheit der Patienten ist folglich ein wichtiges Messinstrument, da sie den Erfolg und den Bestand des Leistungsanbieters maßgeblich beeinflusst.<sup>353</sup> Sie schafft die Grundlage für eine dauerhafte Bindung durch den Aufbau einer langfristigen Beziehung.<sup>354,355</sup> Gerade im Dienstleistungs-

---

<sup>347</sup> Vgl. Donabedian, A. (1980), S. 6–7.

<sup>348</sup> Vgl. Donabedian, A. (1980), S. 79.

<sup>349</sup> Vgl. Donabedian, A. (1980), S. 79–80; vgl. auch Schmutte, A. M. (2001), S. 488–489.

<sup>350</sup> Vgl. Donabedian, A. (1980), S. 82–83; vgl. auch Schmutte, A. M. (2001), S. 488.

<sup>351</sup> Vgl. Donabedian, A. (1980), S. 82–83; vgl. auch Schmutte, A. M. (2001), S. 489.

<sup>352</sup> Vgl. Donabedian, A. (1980), S. 83–84.

<sup>353</sup> Vgl. Schmutte, A. M. (2001), S. 490.

<sup>354</sup> Vgl. Braun, G. E.; Nissen, J. (2005), S. 379.

<sup>355</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel 3.2.1.

sektor ist die Beurteilung durch den Kunden ein wichtiger Maßstab, da der Erfolg auch maßgeblich durch Mund-zu-Mund-Kommunikation beeinflusst wird.<sup>356</sup> Neuere Ansätze der Qualitätsbewertung legen ein stärkeres Gewicht auf gesellschaftliche und interaktive Aspekte im Vergleich zur Bewertung der sachlichen Gegebenheiten.<sup>357</sup> Die drei Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis nach Donabedian werden um die interaktive und gesellschaftliche Ebene erweitert, wie nachfolgende Abbildung 18 zeigt.

**Abbildung 18: Systematik des Begriffs Qualität.**

Qualität in der Gesundheitsversorgung: Systematik		
Dimensionen: sachlich	interaktiv	gesellschaftlich
Struktur*	persönlich- interaktiv ausgeprägte Dienstleistung	in Zukunft wichtiger (z.B. Umwelt)
Prozess*		
Ergebnis*		

\* Einteilung nach Donabedian

Quelle: Schrappe, M. (2004), S. 273.

Besonders die interaktive Ebene wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen, da hier die Bewertung der kommunikativen Fähigkeiten und die Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungs- und Behandlungsprozess eine große Rolle spielen.<sup>358</sup> Für Kunden und in diesem Fall den Patienten entsteht die **Qualitätsbewertung** durch Vergleich von Wahrnehmung der Leistung und Erwartungen, die im Vorfeld daran gestellt werden. Je höher die Erwartungen an eine Dienstleistung sind, desto größer ist das Risiko enttäuscht zu werden und durch dieses Empfinden auch die Qualität der empfangenen Leistung schlechter zu bewerten.<sup>359</sup> Zudem ist zu bedenken, dass Patienten die tatsächliche Qualität einer medizinischen Leistung oft nur unzulänglich bewerten können, da ihnen das nötige Fachwissen

<sup>356</sup> Vgl. Bruhn, M. (2008), S. 36–37; vgl. auch Kreyher, V. J. (2001), S. 36–37.

<sup>357</sup> Vgl. Schrappe, M. (2004), S. 272–273.

<sup>358</sup> Vgl. Schrappe, M. (2004), S. 275.

<sup>359</sup> Vgl. Bruhn, M. (2008), S. 39–40; vgl. auch Schrappe, M. (2004), S. 271.

fehlt.<sup>360</sup> Entsprechend ist es wichtig, ein Qualitätsmanagement zu implementieren, welches für die Ärzte durchführbar und für die Patienten vertrauenserweckend, in gewissem Maße kontrollierbar und verständlich ist.

### **2.3.5.2 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung**

**Qualitätsmanagement (QM)** ist ein Instrument der Unternehmensführung, welches die Optimierung von Abläufen und die Verbesserung, Erhaltung und Weiterentwicklung der Produkt- und Dienstleistungsqualität zum Ziel hat.<sup>361</sup>

Wichtig ist hierbei das Bewusstsein, dass QM eine beständige Aufgabe ist. Es reicht nicht, einmalig Qualitätsstandards zu implementieren. Sie müssen regelmäßig überprüft, weiterentwickelt und erhalten werden. Während die **Qualitätssicherung (QS)** eher statisch ist und die Kontrolle des Qualitätsstandards beinhaltet, zielt QM auf eine kontinuierliche Verbesserung ab.<sup>362</sup> Das Grundprinzip des QM entspricht dem sogenannten „PDCA-Zyklus“, welcher kontinuierlich durchlaufen wird. Die Abkürzung PDCA steht hierbei für Plan (Ist-Analyse, Planen, Verantwortlichkeiten zuordnen), Do (Handeln, Umsetzen), Check (Überprüfen, Hinterfragen) und Act (Anpassen, Verbesserungsmaßnahmen ableiten).<sup>363</sup>

Ein weitverbreiteter Ansatz des QM ist das Konzept des „**Total Quality Management (TQM)**“. TQM ist „[...] ein alle Mitglieder einer Organisation umfassender Ansatz, um die Qualität all ihrer internen Prozesse, Austauschobjekte (Produkte, Dienstleistungen) sowie Außenbeziehungen ständig zu verbessern.“<sup>364</sup> Grundgedanke dieses Konzeptes ist die Integration und Verantwortung aller Mitarbeiter – unabhängig von der Hierarchieebene – in die Implementierung und Erhaltung des QM.<sup>365</sup> Auch in diesem Konzept liegt der Schwerpunkt auf der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität.<sup>366</sup>

---

<sup>360</sup> Vgl. Donabedian, A. (1980), S. 24–25.

<sup>361</sup> Vgl. Bruhn, M. (2008), S. 81–82; vgl. auch Kreyher, V. J. (2001), S. 39 und Schmutte, A. M. (2001), S. 489.

<sup>362</sup> Vgl. Herholz, H. (2004), S. 363.

<sup>363</sup> Vgl. Stobrawa, F. F. (2004), S. 489.

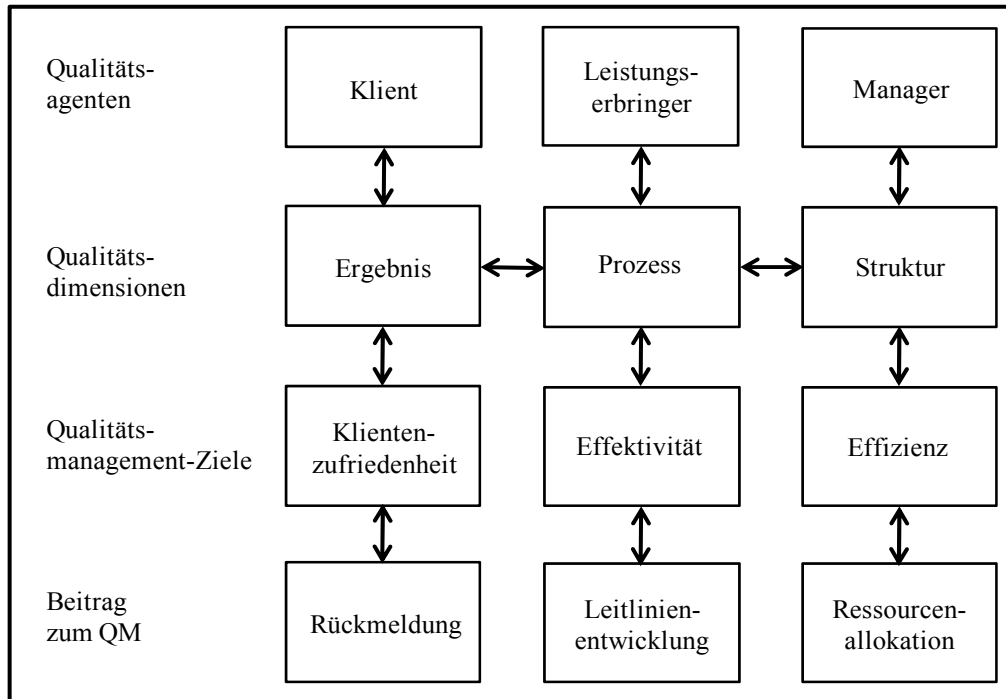
<sup>364</sup> Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007), S. 78.

<sup>365</sup> Vgl. Schmutte, A. M. (1998), S. 25.

<sup>366</sup> Vgl. Bruhn, M. (2008), S. 69; vgl. auch Köck, C. M. (2004), S. 292–293.

Je nach Betrachtungsperspektive ändern sich die Interessenschwerpunkte in Bezug auf das Qualitätsmanagement.<sup>367</sup> Eine Übersicht gibt Abbildung 19.

**Abbildung 19: Interessenschwerpunkte der Parteien im Qualitätsmanagement**



Quelle: Selbmann, H.-K. (2004), S. 277.

Klienten umfassen in diesem Sinne sowohl die Patienten als auch deren Angehörige bzw. deren Umfeld. Leistungserbringer sind alle Dienstleister im Gesundheitswesen, folglich auch Pflegepersonal, Pharmazeuten etc. Letztlich bleibt noch die Kategorie der Manager, welche die Kostenträger, die Gesundheitspolitik aber auch die Geschäftsführer oder Inhaber von Einrichtungen im Gesundheitswesen wie z. B. Kliniken und Praxen beinhalten.<sup>368</sup> Je nach Interessenschwerpunkt gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der QS. Hierzu zählen u.a. interne (durch den Leistungserbringer selbst) und externe (z. B. durch unabhängige Institutionen) Qualitätskontrollen, die Anwendung von Behandlungsleitlinien (siehe Kapitel 2.3.5.3.2) und Qualitätsberichte.<sup>369</sup>

<sup>367</sup> Vgl. Selbmann, H.-K. (2004), S. 277.

<sup>368</sup> Vgl. Selbmann, H.-K. (2004), S. 277.

<sup>369</sup> Vgl. Selbmann, H.-K. (2004), S. 279.

Um eine einheitliche Qualitätsmessung und –abbildung auch bei niedergelassenen Ärzten oder Gesundheitsnetzwerken zu ermöglichen, hat die KBV in Zusammenarbeit mit den KV ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen entwickelt. Sie wurden im Projektbericht „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ veröffentlicht.<sup>370</sup>

### **2.3.5.3 Qualitätsmanagement im deutschen Gesundheitswesen**

#### **2.3.5.3.1 Qualitätsmanagementsysteme und Zertifizierungen im deutschen Gesundheitswesen**

Um das Vertrauen der Patienten in die Qualität der ärztlichen Leistungserbringung zu stärken, wird immer häufiger auf die **Zertifizierung** durch externe Kontrollinstanzen zurückgegriffen. Eine Zertifizierung ist letztlich eine schriftliche Bestätigung, dass ein Produkt, ein Prozess oder eine Dienstleistung durch eine unparteiische Instanz kontrolliert wurde und die an sie gestellten Anforderungen erfüllt werden.<sup>371</sup> Die Reputation der überprüfenden Institute spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Auch wenn die Patienten die Inhalte der Zertifizierungsprüfung nicht genau kennen, übt allein die Tatsache, dass eine Praxis oder ein Krankenhaus zertifiziert ist, bereits eine beruhigende Wirkung aus.<sup>372</sup> Gemäß der Umfrage des Gesundheitsmonitors 2005 glauben 71% der Befragten, dass eine Zertifizierung der Leistungserbringer zu einer qualitativen Verbesserung der medizinischen Behandlung führt. 76% denken, dass die Fortbildung von Arzt und Personal besser kontrollierbar wird. Hingegen vertreten nur 62 % die Meinung, dass der Behandlungsablauf für den Patienten durch QM und Zertifizierung verbessert wird.<sup>373</sup> Diese Ergebnisse zeigen, dass viele Patienten noch nicht beurteilen können, was QM bewirkt und welche Bedeutung ein Zertifikat wirklich hat. Dennoch kann ein gutes QM-System die Wettbewerbsfähigkeit eines Gesundheitsnetzwerkes durch die vertrauenserweckende Eigenschaft steigern.<sup>374</sup>

Ein Zertifikat ist keine Garantie für eine qualitativ hochwertige Behandlung nach aktuellsten

---

<sup>370</sup> Vgl. KBV (Hrsg.) (2009b), S. 4.

<sup>371</sup> Vgl. Kern, E.-M.; Eßig, M.; Ständer, B. (2007), S. 65.

<sup>372</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 55–56.

<sup>373</sup> Vgl. Grote Westrick, M. (o.J.), S. 38–39.

<sup>374</sup> Vgl. Braun, G. E. (2002), S. 227.



Qualitätsstandards. Im Rahmen einer Zertifizierung wird die Einführung eines **QM-Systems** durch eine neutrale, externe Instanz überprüft. Die Einhaltung der Vorgaben wird anschließend in regelmäßigen Abständen kontrolliert.<sup>375</sup> Da die Kontrollen angekündigt werden, kann eine konstante Befolgung der Maßnahmen nicht garantiert werden. Zudem können falsche Anreize gesetzt werden, die Qualitätsstandards auf das notwendige Minimum zu reduzieren, um den Aufwand möglichst gering zu halten und dennoch von einer Zertifizierung zu profitieren. Der interne Nutzen eines kontinuierlichen QM, in Form von Effizienzsteigerung, Ablaufoptimierung und eines verbesserten Kosten-Nutzen-Verhältnisses, sollte jedoch als Anreiz gesehen werden, die Ausführungsbestimmungen einzuhalten.<sup>376</sup> Als Nachteil der Zertifizierung sind die Kosten und der benötigte Zeitaufwand zu nennen, welche durch die Einführung eines QM und die Zertifizierung entstehen.<sup>377</sup>

In Deutschland gibt es verschiedene **Institutionen**, welche eine Zertifizierung von Gesundheitsdienstleistern anbieten. Grundlage für die Zertifizierung ist die Einführung eines QM-Systems. Inzwischen gibt es hierfür zahlreiche Anbieter. Nachfolgend werden die in Deutschland bekanntesten vorgestellt.<sup>378</sup> Sie unterscheiden sich sowohl im Umfang der Maßnahmen und somit im benötigten Zeitaufwand als auch in den Kosten für die Einführung und Erhaltung des QM.<sup>379</sup>

Das **Qualitätsmanagementverfahren „Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)“** wurde von der KBV entworfen, um den niedergelassenen Ärzten die Entwicklung und Einführung eines internen Qualitätsmanagement zu erleichtern. Hierzu bieten KV und Berufsverbände Einführungsseminare an, welche den Einstieg vereinfachen. Zusätzlich wurden ein Qualitätszielkatalog und ein Handbuch zur erfolgreichen Umsetzung erstellt.<sup>380</sup>

Hat eine Praxis das Qualitätsmanagementsystem QEP implementiert, ist zunächst eine interne Selbstbewertung vorgesehen. Im Anschluss kann sie die erfolgreiche Implementierung

---

<sup>375</sup> Vgl. Bruhnke, D. (2008), S. 203–204.

<sup>376</sup> Vgl. Bruhnke, D. (2008), S. 204.

<sup>377</sup> Vgl. Schäfer, R. D.; David, D. M. (2004), S. 309.

<sup>378</sup> Vgl. Müller, P. (2007b).

<sup>379</sup> Vgl. Müller, P. (2007a).

<sup>380</sup> Vgl. KBV (Hrsg.) (2009a).

durch eine **unabhängige Zertifizierungsstelle** überprüfen lassen.<sup>381</sup> Die Zertifizierung zeigt nicht nur, ob das System optimal umgesetzt wurde, es bietet auch eine Möglichkeit, sich gegenüber anderen Praxen abzuheben. Ein gewisser Werbeeffect, welcher den Patienten zugleich Sicherheit geben soll, ist ein positiver Nebeneffekt. Zudem ist es für die Mitarbeiter bei vorhandener Corporate Identity motivierend, eine Bestätigung für den Erfolg ihrer Bemühungen zu erhalten.<sup>382</sup>

Die KBV hat Zertifizierungsstellen akkreditiert, welche für die Organisation und Durchführung der Zertifizierung zuständig sind. Die Prüfung findet unabhängig von der KBV bzw. den KV durch einen fachkundigen Prüfer mit Erfahrung im ambulanten Gesundheitswesen statt.<sup>383</sup>

Anders als das explizit für Ärzte entwickelte QEP ist das QM-System des **Deutschen Instituts für Normung (DIN)** ein branchenunabhängiges Konzept. Es soll den strukturierten Aufbau eines QM-Systems erleichtern und ermöglicht eine anschließende Zertifizierung.<sup>384</sup> Es bleibt jedoch der einzelnen Organisation im Gesundheitswesen überlassen, die Anpassung des Systems an die spezifischen Rahmenbedingungen vorzunehmen. Die Terminologie muss entsprechend vertraut sein und ein Grundverständnis von QM sollte vorhanden sein. Die Abkürzung DIN EN ISO steht für *Deutsches Institut für Normung (DIN)*, *Europäische Norm (EN)* und *International Organization for Standardization (ISO)*. Dies zeigt, auf welcher Ebene sich Normungskomitees mit der Norm beschäftigen. Eine DIN EN ISO Norm ist entsprechend auf allen drei Ebenen in ihrer Form gültig.<sup>385</sup> Der Vorteil dieses QM- und Zertifizierungssystems liegt in seiner Bekanntheit, da die Bezeichnung vielen Patienten aus anderen Branchen bekannt ist und Vertrauen erweckt. Die Norm **DIN EN ISO 9001:2000** verfolgt einen prozessorientierten Ansatz, der eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller Prozesse und deren Abhängigkeiten in einer Organisation anstrebt. Die Anwendung der DIN

---

<sup>381</sup> Vgl. Stiftung Gesundheit (Hrsg.) (2007).

<sup>382</sup> Vgl. KBV (2007), S. 1.

<sup>383</sup> Vgl. KBV (2007), S. 2.

<sup>384</sup> Vgl. Müller, P. (2007b).

<sup>385</sup> Vgl. Müller, P. (2007b); vgl. auch Liebelt, J.; Schrappe, G. (2004), S. 468–472.

EN ISO 9001:2000 zur Zertifizierung kann z. B. durch Einhaltung der DIN EN ISO 9004:2000 als internes Regelwerk erweitert werden.<sup>386</sup>

Das Modell der **Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)** wurde ursprünglich für den Krankenhausbereich entwickelt. Inzwischen wurde eine für niedergelassene Ärzte angepasste Version herausgebracht. Wie das QEP System basiert es zunächst auf einer Selbstbewertung. Eine anschließende Fremdbewertung und Zertifizierung ist auch hier möglich.<sup>387</sup> Die ganzheitliche Betrachtung der Prozesse wird durch die Einbeziehung aller Mitarbeiter in das Konzept verdeutlicht. Neben der Patientenorientierung ist die Mitarbeiterzufriedenheit ein wichtiges Kriterium dieses QM-Ansatzes.<sup>388</sup> Die Qualitätsberichte, welche im Rahmen der Zertifizierung erstellt werden, werden auf der Homepage der KTQ veröffentlicht. Ziel ist es, der Öffentlichkeit mit einem zusammengefassten, verständlichen und formal schematisierten Bericht den Vergleich einzelner, zertifizierter Leistungserbringer (Krankenhäuser, Praxen etc.) zu ermöglichen.<sup>389</sup>

Das branchenunabhängige Modell der **European Foundation of Quality Management (EFQM)** legt einen stärkeren Schwerpunkt auf die Selbstbewertung und den Leistungsvergleich mit anderen Organisationen. Auf eine Unterstützung bei der Implementierung des QM ist es weniger stark ausgerichtet.<sup>390</sup> Die Bewertung der Qualität durch externe Prüfstellen findet im Modell des EFQM eher im Rahmen der Verleihung von Qualitätspreisen statt als in Form einer klassischen Zertifizierung.<sup>391</sup> Die externen Prüfer zeigen sowohl die Stärken als auch Verbesserungspotenziale auf und geben Hinweise, wie die Schwächen behoben werden können.<sup>392</sup> Der Ansatz des EFQM-Systems schenkt der Kundenorientierung besondere Beachtung.<sup>393</sup>

---

<sup>386</sup> Vgl. Liebelt, J.; Schrappe, G. (2004), S. 468–472.

<sup>387</sup> Vgl. Müller, P. (2007b).

<sup>388</sup> Vgl. Stobrawa, F. F. (2004), S. 487.

<sup>389</sup> Vgl. Stobrawa, F. F. (2004), S. 490.

<sup>390</sup> Vgl. Liebelt, J.; Schrappe, G. (2004), S. 468.

<sup>391</sup> Vgl. Hildebrand, R. (2004), S. 482–483.

<sup>392</sup> Vgl. Schmutte, A. M. (2001), S. 502–503.

<sup>393</sup> Vgl. Braun, G. E. (1998), S. 24.

Beim System des **Europäischen Praxisassessments (EPA)** liegt der Schwerpunkt auf einer Analyse der aktuellen Stärken und Schwächen einer Praxis. Hierfür wurden Qualitätsindikatoren entwickelt, welche sowohl durch Selbstbewertung als auch durch Fremdbewertung evaluiert werden. Im Anschluss an die Stärken-Schwächen Analyse wird über eine Datenbank ein kontinuierliches Benchmark mit anderen Praxen eingerichtet. Die Kriterien hierfür kann die bewertete Praxis selbst wählen. Neben regelmäßigen Patientenbefragungen wird auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter in die Analyse des Verbesserungsbedarfs einbezogen. Auch im Rahmen des EPA kann eine externe Zertifizierung erzielt werden. Sie wird durch die unabhängige und gemeinnützige *Stiftung Praxissiegel e.V.* durchgeführt.<sup>394</sup>

### 2.3.5.3.2 Instrumente des Qualitätsmanagement

„**Behandlungsleitlinien** standardisieren krankheitsarten- und damit indikationsbezogene Versorgungsprozesse im Hinblick auf Diagnostik, Therapie und Pflege, erfassen den Versorgungsprozess insgesamt und damit die Interaktion der unterschiedlichen Leistungserbringer (clinical pathway). Die Leitlinien setzen Kriterien, nach denen Leistungen erfüllt sein müssen (Struktur- und Prozessqualität).“<sup>395</sup>

Natürlich sind die Krankheitsverläufe in den Leitlinien stark vereinfacht. Es kann nur vom Standardfall ausgegangen werden. Da kein Krankheitsverlauf identisch ist, wird in der Realität von den Leitlinien abgewichen. Sie sind jedoch ein Orientierungspunkt, der sowohl organisatorisch in der Prozessabfolge als auch qualitativ unterstützend eingesetzt werden kann. Entsprechend sind Leitlinien für die Ärzte auch nicht verpflichtend. Es sind vielmehr Empfehlungen, welche von Expertengruppen entwickelt und kontinuierlich überarbeitet und angepasst werden.<sup>396</sup> Neben der Entscheidungsunterstützung für Ärzte dienen Leitlinien auch der Stärkung des Vertrauens von Patienten. Für Patienten ist es beruhigend zu wissen, dass sich sein Arzt an Leitlinien und folglich an die aktuellsten Standards hält.<sup>397</sup>

**Ziele von Leitlinien** sind unter anderem eine verbesserte Versorgung, eine Reduktion von

---

<sup>394</sup> Vgl. AQUA (Hrsg.) (2007), S. 1, 18.

<sup>395</sup> Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 52–53.

<sup>396</sup> Vgl. Bruhnke, D. (2008), S. 204–205; vgl. auch Stock, S.; Redaelli, M.; Lauterbach, K. W. (2004), S. 224.

<sup>397</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 151.

Varianzen in Diagnostik und Therapie, die Steigerung von Ressourcenauslastung, Ausbildung und Kompetenzen sowie die Beschreibung des aktuellen, wissenschaftlichen Standards.<sup>398</sup> Inzwischen gibt es einige Bemühungen, die Anzahl an veröffentlichten Leitlinien einzuschränken und deren Qualität zu überprüfen und zu kennzeichnen.<sup>399</sup>

Von Behandlungsleitlinien zu unterscheiden sind **klinische Behandlungspfade**, welche den Weg des Patienten durch die Klinik entsprechend der Ressourcen optimal an der Behandlung ausrichten. Es werden sowohl Ablaufprozesse als auch Zuständigkeiten festgelegt, um Schnittstellenprobleme zwischen einzelnen Abteilungen zu vermeiden.<sup>400</sup>

**Qualitätszirkel** dienen dem Informationsaustausch von Ärzten untereinander. Zielsetzung und Methoden, welche im Rahmen von Qualitätszirkeln angewandt werden, sind von der KBV in Qualitätsrichtlinien erarbeitet worden. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln ist grundsätzlich freiwillig. Im Rahmen von Verträgen der Integrierten Versorgung werden sie jedoch oftmals verpflichtend eingeführt. Die Teilnehmer diskutieren gleichberechtigt in regelmäßigen Sitzungen über selbst gewählte Themen. In der Regel bestehen Qualitätszirkel aus einem festen Teilnehmerkreis. Es ist jedoch möglich, Fachexperten zu den einzelnen Themen einzuladen.<sup>401</sup> Diskutierte Themen können sich mit Problemen aus der alltäglichen Praxis befassen, mit Fragen zur Kommunikation und zu Ablaufprozessen, aber auch mit Schnittstellen zwischen den Sektoren.<sup>402</sup> Ein weiteres Ziel der Qualitätszirkel ist es, sich anhand der gemeinsamen Entscheidung für bestimmte Leitlinien auf einheitliche Vorgehensweisen zu einigen. Dies ermöglicht eine qualitativ gesicherte und standardisierte Behandlung des Patienten, auch in den verordneten Arzneimitteln. Zudem ist es ein Ansatz, die Vielzahl an unübersichtlichen und teilweise nicht qualitätsgesicherten Behandlungsleitlinien in den Griff zu bekommen.<sup>403</sup>

---

<sup>398</sup> Vgl. Bollschweiler, E. (2004), S. 494.

<sup>399</sup> Vgl. Ollenschläger, G.; Kirchner, H.; Thomeczek, C. (2004), S. 516–518.

<sup>400</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2004), S. 24; vgl. auch Bruhnke, D. (2008), S. 206.

<sup>401</sup> Vgl. Herholz, H. (2004), S. 362–364.

<sup>402</sup> Vgl. Herholz, H. (2004), S. 362.

<sup>403</sup> Vgl. Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 27.

Strukturierte Behandlungsprogramme, offiziell als **Disease Management Programme (DMP)** bezeichnet, sind ein Ansatz, chronisch kranken Patienten eine kontinuierliche, standardisierte und auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Niveau befindliche Behandlung zukommen zu lassen.<sup>404</sup> Es gibt keine einheitliche Definition für Disease Management (DM) im internationalen Kontext. In Deutschland ist DM „[...] ein systematischer, langfristiger, sektorenübergreifender und populationsbezogener Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenz-basierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. Der Prozess umfasst Prävention, Diagnosestellung, Therapie und Weiterbetreuung und schließt die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses auf allen Ebenen ein.“<sup>405</sup>

Grundlage dieser Programme sind Behandlungsleitlinien für Ärzte sowie leicht verständliche Informationsunterlagen und Verhaltensschulungen für Patienten. DMP ergänzen den Einsatz von Behandlungsleitlinien und QM. Neben der Schulung von Patienten wird auch eine Verhaltensbeeinflussung dieser angestrebt, um zum einen die Compliance, zum anderen die Fähigkeiten der Patienten zur Selbsthilfe zu stärken. Gerade bei chronisch Kranken ist es wichtig, sie im täglichen Umgang mit der Krankheit zu schulen. DM lässt sich in vier große Themenblöcke unterteilen: Organisationsmanagement, Unterstützung des Selbstmanagement, Entscheidungsunterstützung und Qualitätssicherung.<sup>406</sup> Es enthält somit sowohl Aspekte des QM als auch des Shared Decision Making und des Selfempowerment.<sup>407</sup> Zudem enthalten DMP Screening- und Präventionsansätze, um Begleit- oder Folgeerkrankungen vorzubeugen.<sup>408</sup>

DMP werden von den Krankenkassen initiiert. Sie werden sowohl von der GKV als auch von der PKV angeboten. Für einen begrenzten Zeitraum bekamen gesetzliche Krankenversicherer durch den RSA eine Ausgleichszahlung für jeden Patienten, welcher in ein DMP

---

<sup>404</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. (2001), S. 9.

<sup>405</sup> Stock, S.; Redaelli, M.; Lauterbach, K. W. (2004), S. 222.

<sup>406</sup> Vgl. Stock, S.; Redaelli, M.; Lauterbach, K. W. (2004), S. 223–225.

<sup>407</sup> Weitere Informationen zu Shared Decision Making und Selfempowerment folgen in Kapitel 2.4.3.1.2 und 2.5.2.4.

<sup>408</sup> Vgl. Stock, S.; Redaelli, M. (2004), S. 542.

eingeschrieben war. Diese Regelung wurde jedoch durch den sogenannten *Morbiditätsorientierten RSA* abgelöst.<sup>409</sup> Ziel der DMP aus Sicht der Krankenkassen ist es, durch Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes Kosten einzusparen. Zur Verbesserung der Compliance und Adherence<sup>410</sup> der Patienten werden die angebotenen Leistungen häufig durch medizinische Callcenter ergänzt, welche die Patienten bei Fragen beraten. Zudem wird oftmals die telefonische Betreuung von Patienten zur Vereinbarung und Kontrolle von Verhaltenszielen angeboten.<sup>411</sup>

**Evidenz-basierte Medizin** bezeichnet die integrative Anwendung von effektiven Behandlungsmaßnahmen nach neuestem Forschungsstandard, klinischer Erfahrung und klinischem Expertenwissen (clinical expertise) unter Beachtung von Patientenwerten.<sup>412</sup> Effektive Behandlungsmaßnahmen und effiziente Versorgungsformen sollen ausgezeichnet und gefördert werden.<sup>413</sup>

**Health Technology Assessment (HTA)** ist ein international durchgeführtes Verfahren zur Bewertung medizinischer Technologien. Bewertet werden sowohl die Qualität als auch die Effektivität von medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der Evidenz-basierten Medizin.<sup>414</sup>

#### 2.3.5.4 Transparenz und Kommunikation von Qualität

Die zuvor angesprochenen Zertifizierungen sollen dazu beitragen, die Qualitätsstandards transparenter zu machen. Dennoch wissen die meisten Patienten nicht, was sich genau hinter den Zertifikaten verbirgt oder wo sie entsprechende Informationen finden.<sup>415</sup>

---

<sup>409</sup> Der Morbiditätsorientierte RSA ist für den weiteren Verlauf dieser Arbeit nicht von Bedeutung. Detaillierte Informationen hierzu finden sich auf den Internetseiten des *Bundesministeriums für Gesundheit*.

<sup>410</sup> Vgl. Lutfey, K. E.; Wishner, W. J. (1999), S. 635: Compliance bezeichnet die passive Akzeptanz und Befolgung der Anordnungen des Arztes durch den Patienten und ist von der Adherence zu unterscheiden, worunter die aktive und selbst motivierte Beteiligung des Patienten verstanden wird.

<sup>411</sup> Vgl. Munte, A.; Froschauer, S. (2008), S. 125.

<sup>412</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 147.

<sup>413</sup> Vgl. Stock, S.; Redaelli, M. (2004), S. 543.

<sup>414</sup> Vgl. Stock, S.; Redaelli, M. (2004), S. 543.

<sup>415</sup> Vgl. Grote Westrick, M. (o.J.), S. 39–40.

Die Existenz der **Qualitätsberichte von Krankenhäusern** ist nur 19 % der Befragten des Gesundheitsmonitors 2005 bekannt.<sup>416</sup> Auch sind die enthaltenen Informationen für viele Patienten nicht leicht verständlich.<sup>417</sup> Dies zeugt von deutlichen Defiziten in der Kommunikation mit den Patienten. Es reicht vor allem nicht aus, die Versicherten von der Existenz der Berichte in Kenntnis zu setzen. Es ist vielmehr wichtig, die Qualitätsberichte auch inhaltlich an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.<sup>418</sup> Auch die Zugänglichkeit von Qualitätsberichten spielt eine wichtige Rolle für die Verbreitung von qualitätsbezogenen Informationen. Die Veröffentlichung im Internet bietet zwar für eine große Zielgruppe eine einfache Möglichkeit auf die Veröffentlichungen zuzugreifen, dennoch ist auch zu bedenken, dass noch nicht jeder Bürger in Deutschland Zugang zum Internet hat.<sup>419,420</sup>

Nachdem die Veröffentlichung der **Qualitätsberichte der niedergelassenen Ärzte** lediglich zusammenfassend durch die KV und die KBV zu erfolgen hat, haben Patienten keine Möglichkeit, die Qualitätsstandards einzelner Arztpraxen zu erfahren. Ausnahmen gibt es hier nur, sofern der Leistungserbringer die entsprechenden Daten freiwillig veröffentlicht.<sup>421</sup>

## **2.4 Auswirkung von Veränderungen in der Gesellschaft auf das Gesundheitswesen**

### **2.4.1 Einfluss des Demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Kostenentwicklung im Speziellen**

Die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen wird aus demografischer Betrachtungsperspektive von zwei wesentlichen Faktoren beeinflusst, der Morbidität und der Altersstruktur der Bevölkerung. Die Altersstruktur wird hierbei durch drei Faktoren beeinflusst, die Lebenserwartung, die Fertilität und die Migration.<sup>422</sup> Die demografische Ent-

---

<sup>416</sup> Vgl. Grote Westrick, M. (o.J.), S. 30–31.

<sup>417</sup> Vgl. Geraedts, M. (2006), S. 156.

<sup>418</sup> Vgl. Schaeffer, D. (2006), S. 33.

<sup>419</sup> Vgl. Geraedts, M. (2006), S. 154–155; vgl. auch Eimeren, B. van; Frees, B. (2008), S. 330.

<sup>420</sup> Zur Nutzung des Internet in Deutschland siehe Kapitel 2.4.2.

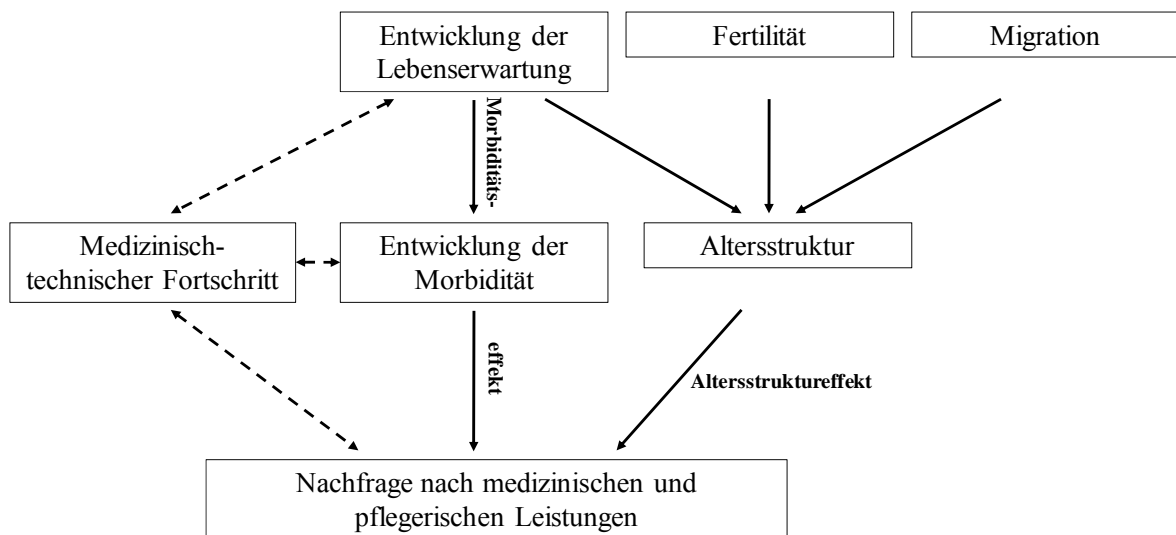
<sup>421</sup> Vgl. Grote Westrick, M. (o.J.), S. 29, 40–41.

<sup>422</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 208.



wicklung in Deutschland verzeichnet einen **Alterungsprozess**, der vor allem auf eine gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung in Kombination mit einem Geburtenrückgang zurückzuführen ist.<sup>423</sup> Dieser Prozess ist so stark, dass der bremsende Einfluss, den die Migration bewirken könnte, vernachlässigbar ist.<sup>424</sup> Als weiterer Einflussfaktor, welcher die Nachfrage nach medizinischen Leistungen indirekt über die Steigerung der Lebenserwartung und direkt durch die erhöhte Verfügbarkeit an Behandlungsmethoden beeinflusst, ist der medizinisch-technische Fortschritt.<sup>425</sup> Dieser soll im Rahmen dieses Kapitels jedoch nicht weiter betrachtet werden. Abbildung 20 zeigt eine vereinfachte Darstellung des Einflusses der demografischen Entwicklung auf die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen.

**Abbildung 20: Vereinfachter Bezugsrahmen des Einflusses der demografischen Entwicklung auf die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen.**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 208 und Braun, G. E.; Schumann, A. (2007), S. 16.

Gemäß Erhebungen des *Statistischen Bundesamtes* nimmt die (Multi-)Morbidität der Bevölkerung mit steigendem Alter zu.<sup>426</sup> Dies gilt auch für den Anteil pflegebedürftiger Menschen (siehe Abbildung 21). Die geburtenstarken Jahrgänge befinden sich aktuell im Alter

<sup>423</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A. (2007), S. 9; vgl. auch Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 208 und Witterstätter, K. (2008), S. 78.

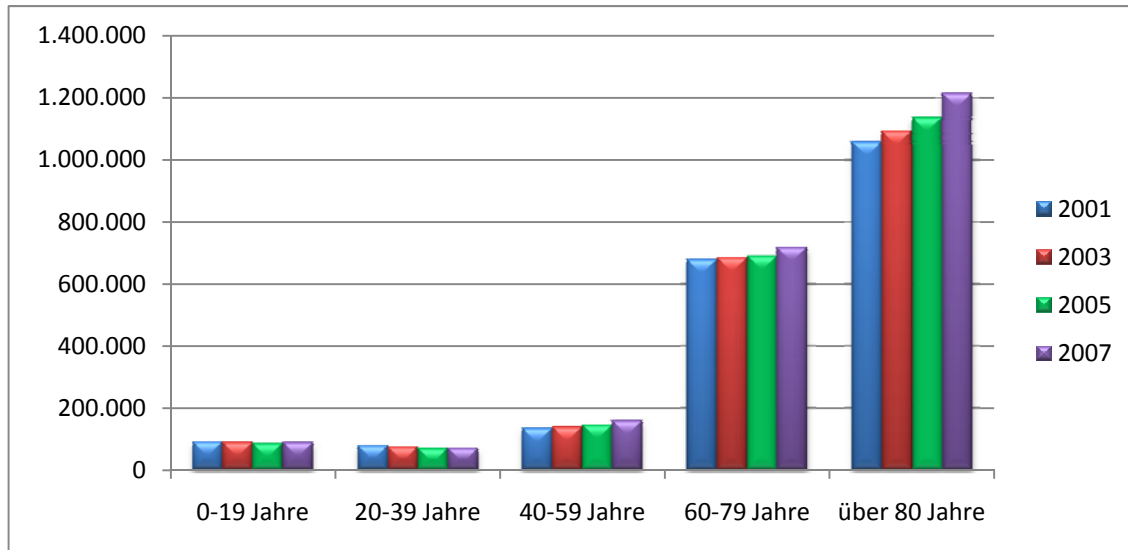
<sup>424</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 208.

<sup>425</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 211.

<sup>426</sup> Vgl. Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (2009), S. 31.

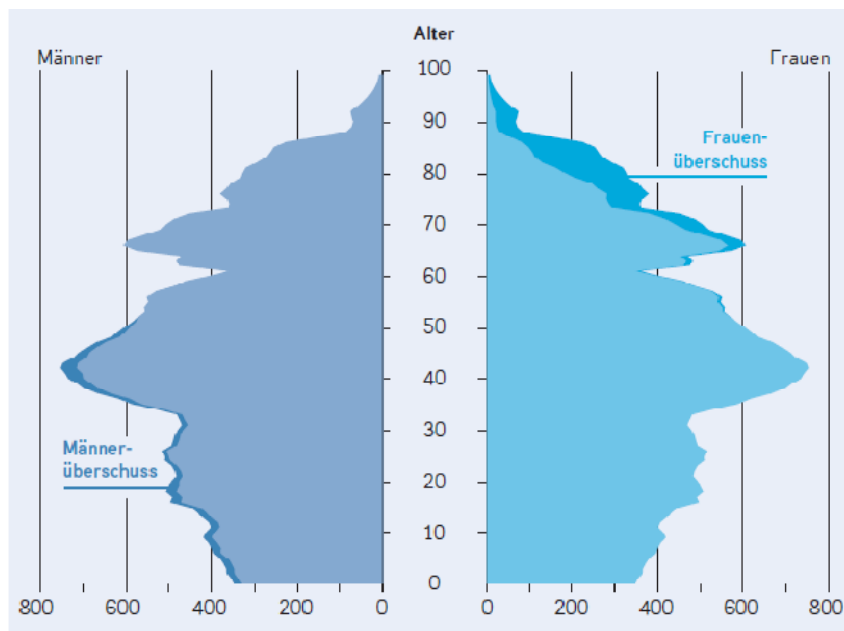
zwischen ca. 40 und 55 Jahren (vgl. Abbildung 22).<sup>427</sup> Dies bedeutet, dass mit einem starken Zuwachs in der Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen zu rechnen ist.

Abbildung 21: Anzahl pflegebedürftiger Menschen nach Alter



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamts (2009).

Abbildung 22: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands 2006 in Tausend



Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung (2008), S. 14.

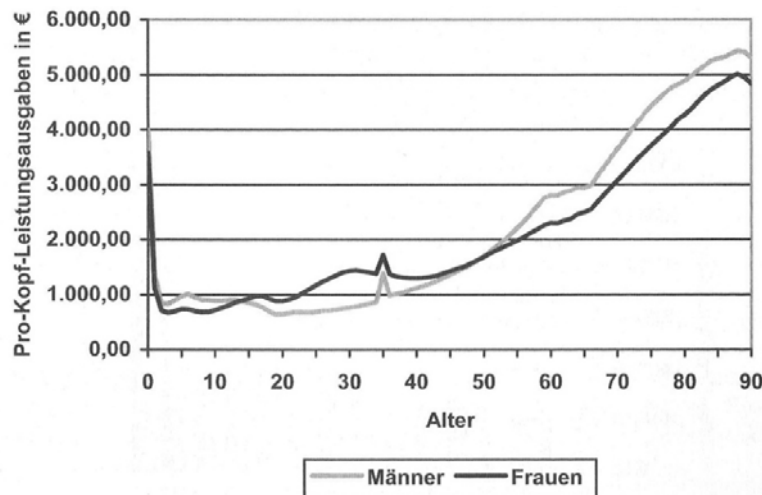
Die **demografische Alterung** und der damit verbundene **Anstieg der Nachfrage** fordert eine Verbesserung des Versorgungsangebotes für Pflegebedürftige, vor allem in Hinblick auf

<sup>427</sup> Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2008), S. 14.

eine stufenlose Versorgung zwischen den verschiedenen Sektoren der Pflege, Altenbetreuung und Gesundheitsversorgung.<sup>428</sup> Es bedeutet auch, dass sich die Anbieter ambulanter medizinischer Leistungen verstärkt an den Bedürfnissen älterer Menschen ausrichten müssen. Hierzu zählen sowohl die strukturqualitativen Aspekte wie Zugänglichkeit der Praxisräume und leichte Erreichbarkeit der Praxen/MVZ mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch das flexible Angebot von Leistungen (Hausbesuche etc.). Menschen werden mit zunehmendem Alter weniger mobil. Dies muss bei der Planung der flächendeckenden Versorgung mit bedacht werden.<sup>429</sup> Ansätze des betreuten Wohnens und die Forschung zur telemetrischen Unterstützung<sup>430</sup> älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung sind erste Schritte in eine Umgestaltung der Altenversorgung.<sup>431</sup> Neben den strukturellen Aspekten ist zudem eine Anpassung der Kommunikation und Information an die Bedürfnisse der älteren Menschen durchzuführen.

Die steigende Morbidität im zunehmenden Alter führt entsprechend zu einem **Anstieg der Leistungsausgaben pro Kopf** (Abbildung 23).

Abbildung 23: Pro-Kopf-Leistungsausgaben der GKV nach Alter und Geschlecht



Quelle: Erbsland, M. (2008), S. 25.

<sup>428</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A. (2007), S. 23; vgl. auch Witterstätter, K. (2008), S. 78.

<sup>429</sup> Vgl. Braun, G. E.; Schumann, A. (2007), S. 33.

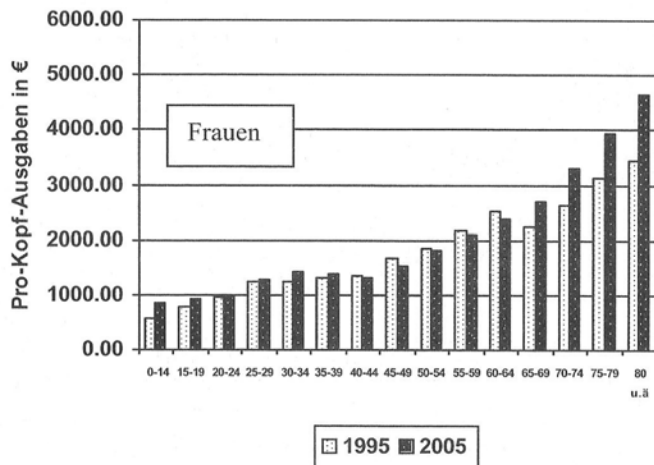
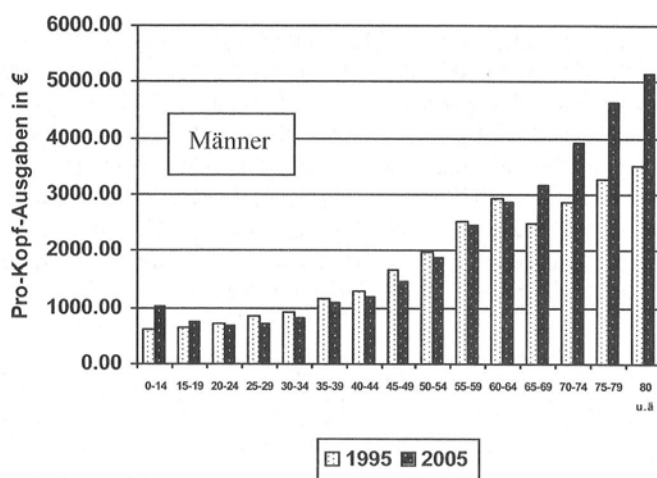
<sup>430</sup> Der Begriff der Telemedizin wird in Kapitel 2.2.2.4 erläutert.

<sup>431</sup> Vgl. Witterstätter, K. (2008), S. 83–85.

Durch die Zunahme der Zahl an Menschen in den höheren Altersklassen werden die Gesundheitsausgaben folglich in den nächsten Jahren steigen.<sup>432</sup> Dieser Effekt kann jedoch durch eine verbesserte Prävention und Gesundheitsversorgung in früheren Jahren gemildert werden, da sie zu einem besseren Gesundheitszustand in älteren Jahren führen.<sup>433</sup>

Es zeigt sich ab dem 65. Lebensjahr aber auch ein Anstieg der Kosten pro Kopf innerhalb einer Altersgruppe (siehe Abbildung 24).

Abbildung 24: Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben innerhalb der Altersgruppen 1995 und 2005



Quelle: Erbsland, M. (2008), S. 26.

<sup>432</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 210.

<sup>433</sup> Vgl. Witterstätter, K. (2008), S. 77.

Dies bestätigt den Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, wodurch der Effekt des demografischen Wandels noch verstärkt wird.<sup>434</sup>

Auswirkungen der demografischen Entwicklung zeigen sich nicht nur bei der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Auch die **Einnahmen der GKV** sind davon betroffen, da die Beiträge der GKV von den Gehalts- und Renteneinkommen abhängen und die Zahl der Rentner im Verhältnis zur Zahl der Erwerbstätigen steigen wird.<sup>435</sup> Die zu erwartende divergierende Entwicklung von Ausgaben und Finanzierungsgrundlage durch demografischen Wandel, medizinisch-technischen Fortschritt und weitere Faktoren wie z. B. Qualitätsfortschritte, Verhalten der Versicherten oder die Gesetzgebung wird zu einem verstärkten Kostenbewusstsein der GKV führen.<sup>436</sup> Dies führt zu der für diese Arbeit entscheidenden Schlussfolgerung, dass sich ein neuer Marketingansatz aufgrund der Kommunikationspolitik im Gesundheitswesen nur dann durchsetzen kann, wenn er keine deutlichen Mehrkosten erzeugt bzw. diese durch Kosteneinsparungen oder deutliche Wettbewerbsvorteile kompensiert werden. Dies gilt vor allem für Ansätze, welche die GKV mit einbeziehen. Da ca. 88 %<sup>437</sup> der deutschen Bevölkerung gesetzlich versichert sind, wird dies auf einen Großteil der Ansätze zutreffen.

## 2.4.2 Informatisierung der Gesellschaft

"The key is to remember that even as we use technology to shape our environments, technology is shaping us."<sup>438</sup>

In der heutigen Gesellschaft ist ein Wandel im Umgang mit Informationstechnik zu beobachten. Deren Einsatz wird für die Menschen immer natürlicher bis hin zur Selbstverständlichkeit. Dieser Wandel wird auch als **Informatisierung** von Wirtschaft und Gesell-

---

<sup>434</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 211; vgl. auch Erbsland, M. (2008), S. 26.

<sup>435</sup> Vgl. Felder, S. (2008), S. 24.

<sup>436</sup> Vgl. Göppfarth, Dirk (Hrsg.) (2007), S. 28–35; vgl. auch Walla, W.; Eggen, B.; Lipinski, H. (2006), S. 148.

<sup>437</sup> Vgl. Böhm, K.; Müller, M. (2009).

<sup>438</sup> Schrage, M. (1990), S. 8.

schaft bezeichnet.<sup>439</sup> Er trifft für alle Bereiche des Lebens zu, wenn auch unterschiedlich stark, so auch für den Menschen in seiner Rolle als Patient. Die nachfolgenden Generationen der Patienten sind von der technologisierten Gesellschaft geprägt. Dies erweitert einerseits die Angebotsbreite im Bereich der medizinischen Dienstleistungen, es steigert zugleich auch die Erwartungen der Kunden.<sup>440</sup> Für den Anbieter von medizinischen Leistungen bedeutet das: Wer sich nicht dem Fortschritt entsprechend weiterentwickelt, wird sich auf Dauer nicht auf dem Markt halten können. Bei der Geschwindigkeit, mit der sich die technischen Möglichkeiten entwickeln, wird dies für viele Leistungserbringer zu einer großen Herausforderung. Oft sind die an Unternehmen und Dienstleister gestellten Ansprüche nur noch mit Hilfe von Kooperationen und der Bildung von Netzwerken zu bewältigen.<sup>441</sup>

Für die nachfolgenden Generationen wird die **Nutzung des Internets** immer mehr zu einer Selbstverständlichkeit. Bereits jetzt nutzen 2/3 aller Deutschen ab 14 Jahren das Internet (vgl. Tabelle 7) mit steigender Tendenz.<sup>442</sup>

**Tabelle 7: Entwicklung der Internetnutzung in Deutschland 1997 bis 2008**

Entwicklung der Onlinenutzung in Deutschland 1997 bis 2008  
Personen ab 14 Jahre

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
gelegentliche Onlinenutzung												
in %	6,5	10,4	17,7	28,6	38,8	44,1	53,5	55,3	57,9	59,5	62,7	65,8
in Mio	4,1	6,6	11,2	18,3	24,8	28,3	34,4	65,7	37,5	38,6	40,8	42,7
Zuwachs gegenüber dem Vorjahr in %	-	61,0	68,0	64,0	36,0	14,0	22,0	4,0	5,0	3,0	6,0	5,0
Onlinenutzung innerhalb der letzten 4 Wochen <sup>1)</sup>												
in %							51,5	52,6	56,7	57,6	60,7	64,3
in Mio							33,1	33,9	36,7	37,4	39,5	41,7
Zuwachs gegenüber dem Vorjahr in %							17,0	2,0	8,0	2,0	6,0	5,0

<sup>1)</sup> Erst ab 2003 erhoben.

Basis: Onlinenutzer ab 14 Jahren in Deutschland (2008: n=1186, 2007: n=1142, 2006: n=1084, 2005: n=1075, 2004: n=1002, 2003: n=1046, 2002: n=1011, 2001: n=1001, 2000: n=1005, 1999: n=1002, 1998: n=1006, 1997: n=1003).

Quelle: Eimeren, B. van; Frees, B. (2008), S. 331.

Analoges gilt für die Nutzung des Internets durch Unternehmen oder Organisationen jeglicher Art.<sup>443</sup> Das Internet bietet zahlreiche Wege, an Informationen zu gelangen. Es bringt jedoch neben vielfältigem Nutzen auch Schwierigkeiten in der Anwendung im medizini-

<sup>439</sup> Vgl. Schneidewind, U.; Fleisch, E. (1996), S. 140.

<sup>440</sup> Vgl. Sonntag, S. (2001), S. 65; vgl. auch Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 19–21.

<sup>441</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 19–21.

<sup>442</sup> Vgl. Eimeren, B. van; Frees, B. (2008), S. 331.

<sup>443</sup> Vgl. Bliemel, F.; Fassott, G.; Theobald, A. (2000), S. 3–4.

schen Wissenskontext mit sich.<sup>444</sup> Fest steht, dass mit zunehmender Aufklärung der Patienten auch der Umfang an Fortbildungen und Wissensaktualisierungen der Ärzte und medizinischen Organisationen steigen muss. Der Umgang mit neuen Medien, welche Patienten auch für gesundheitliche Belange nutzen möchten, muss für die Leistungserbringer des Gesundheitswesens zur Gewohnheit werden.<sup>445</sup>

Generell gilt: Entwicklungen in der **IuK-Technologie** ermöglichen viele neue Formen der Zusammenarbeit, erfordern aber auch ein Umdenken und Offenheit für neue Verfahren.<sup>446</sup> Sie erhöhen zugleich die Anforderungen und Erwartungen, die an Unternehmen in allen Branchen gestellt werden. Die Komplexität der Dienstleistungen steigt. Es wird erwartet, dass sich die Unternehmen anpassen und auf dem neuesten technischen Stand sind. Der Austausch und die Vernetzung von Unternehmen und Geschäftsprozessen über die Nutzung von IuK-Technologien, auch als „Electronic Commerce“ bezeichnet, nehmen rasant zu.<sup>447</sup> Durch die Entwicklungen von Verkäufer- zu Käufermärkten steigt das Niveau der Kundenansprüche. Gleichzeitig nimmt die Loyalität der Kunden zu Marken und Unternehmen ab, wodurch die Marktdynamik und –unsicherheit verstärkt werden.<sup>448</sup> Dies wiederum fördert den Ehrgeiz der Unternehmen, an den neuesten technischen und produktspezifischen Entwicklungen teilzuhaben. Sie versuchen, durch die Bildung von Netzwerken Risiken zu minimieren und Vorteile im Wettbewerb zu erzielen. Die angebotenen Produkte und Dienstleistungen sind durch die steigende Komplexität teilweise nur noch durch Kooperationen tragbar.<sup>449</sup> Zutreffend ist dies auch für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wodurch die Bedeutung der Netzwerkbildung und die Relevanz eines Netzwerkes als Basis der in dieser Arbeit betrachteten Ansätze erkennbar wird.

Genauer betrachtet bedeutet es, dass Ärzte und medizinische Organisationen zunehmend

---

<sup>444</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel 2.2.2.3.

<sup>445</sup> Vgl. Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 1–2; vgl. auch Institute of Medicine (2005), S. 175 und Leiberich, P.; Nedoschill, J.; Nickel, M. et al. (2004), S. 263.

<sup>446</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 15.

<sup>447</sup> Vgl. Bliemel, F.; Fassott, G.; Theobald, A. (2000), S. 2.

<sup>448</sup> Vgl. Sonntag, S. (2001), S. 65-66; vgl. auch Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 19–21.

<sup>449</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 19–21.

gezwungen werden, sich mit Technik auseinanderzusetzen. Patienten erwarten Leistungsanbieter, die technisch auf dem neuesten Stand sind und die optimal zusammenarbeiten. Die Forderungen an zusätzliche Fortbildung steigen. Die Dienstleistung "Gesundheit" wird zunehmend komplexer. Hier entstehen Tätigkeitsfelder für neue Dienstleister im Gesundheitswesen, die z. B. Ärzten die Einführung in die neuen Methoden durch Fortbildungen und Schulungen erleichtern. Die Akzeptanz der neuen IuK-Technologien durch die Leistungserbringer ist ebenso wichtig für den Erfolg einer Vernetzung wie die Akzeptanz durch die Nutzer.<sup>450</sup> Sie zu fördern ist eine der Aufgaben des Informationsmanagement.

### 2.4.3 Änderungen der kognitiven Orientierung der Patienten

#### 2.4.3.1 Der Patient als Kunde

##### 2.4.3.1.1 Begriffliche Definition eines Kunden

Ein Kunde ist ein „[...] tatsächlicher oder potenzieller Nachfrager auf Märkten.“<sup>451</sup> Hierbei ist eine weitere Differenzierung möglich, z. B. in Schlüsselkunden, welche aufgrund ihres Kaufvolumens oder anderen – aus Anbietersicht definierten – Merkmalen eine besondere Bedeutung für den Leistungserbringer haben.<sup>452</sup>

Legt man diese Definition zu Grunde, so ist auch ein Patient – als Nachfrager medizinischer Leistungen – ein Kunde auf dem Gesundheitsmarkt.<sup>453</sup> Nach *Dierks et al.* ist ein Patient im ökonomischen Sinn Kunde, sofern die erhaltene Leistung einen Preis hat und die Leistungserbringer darüber ihr Einkommen erzielen.<sup>454</sup> Diese Bezeichnung gilt entsprechend unabhängig von der Tatsache, ob der Leistungsempfänger selbst für die erhaltene Leistung aufkommt<sup>455</sup> oder ob dies von einem Dritten übernommen wird. Zusätzlich wird die Sichtweise

---

<sup>450</sup> Vgl. Bliemel, F.; Fassott, G.; Theobald, A. (2000), S. 5; vgl. auch Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 1–2 und Institute of Medicine (2005), S. 175.

<sup>451</sup> Gabler Verlag (Hrsg.) (2000), S. 1893.

<sup>452</sup> Vgl. Gabler Verlag (Hrsg.) (2000), S. 1893.

<sup>453</sup> Diese Definition des Kundenbegriffs wird für die weitere Arbeit zu Grunde gelegt.

<sup>454</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 14.

<sup>455</sup> Vgl. Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 47: Die Eigenschaft des Bezahlers charakterisiert den Begriff des Käufers.



des Patienten als Kunde durch die Ausweitung der Handlungsautonomie in unterschiedlichen Bereichen (z. B. bei der Wahl des Leistungserbringers oder aus Sicht des Versicherten bei der Wahl der Krankenversicherung) und den zunehmenden finanziellen Aspekten (z. B. Selbstzahler-Leistungen) verstärkt.<sup>456</sup> Souveränität und Zahlungsbereitschaft werden in einzelnen Definitionen des Kundenbegriffs sogar direkt gefordert.<sup>457</sup> Entsprechend werden diese beiden Merkmale in den folgenden Kapiteln näher betrachtet.

#### 2.4.3.1.2 Patientenmündigkeit

Wie bereits in Kapitel 2.3.2 vermerkt, ist auch im Gesundheitswesen ein Wandel vom „Verkäufer“- zum „Käufer“-Markt<sup>458</sup> zu beobachten. Die **Qualitätsansprüche** der Patienten steigen und Schnittstellenprobleme entlang der Behandlungskette werden immer weniger akzeptiert. Der Patient nimmt durch seine Wahl des Leistungserbringers und des Krankenversicherers Einfluss auf den Markt.<sup>459</sup> In der Wirtschaft bedeutet ein Käufermarkt die Notwendigkeit einer verstärkten **Kundenorientierung**. Dies lässt sich hundertprozentig auf das Gesundheitswesen übertragen. Ärzte werden immer stärker zu Unternehmern.<sup>460</sup> Dies gilt vor allem in flächendeckend versorgten Regionen wie z. B. den Großstädten. Die Sicht des Patienten als Kunde ist im Rahmen der Gewinnung ausländischer Patienten für Krankenhäuser, wenn diese als Selbstzahler nach Deutschland reisen, um eine qualitativ hochwertige Leistung zu erhalten, schon seit Jahren ein Begriff.<sup>461</sup>

Begründet ist die Veränderung des Anspruchsverhaltens durch den Wandel in anderen gesellschaftlichen Bereichen.<sup>462</sup> In der Arbeitswelt der Menschen „[...] gewinnen [...] Werte wie

---

<sup>456</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 14–15.

<sup>457</sup> Vgl. Klie, T. (1997), S. 200–202; vgl. auch Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 16.

<sup>458</sup> Der Begriff „Käufer“-Markt ist hierbei ein stehender Begriff, „Nachfrager“-Markt wäre im Bezug auf die Besonderheit der Dreiecksbeziehung „Leistungserbringer – Patient – Versicherer“ treffender.

<sup>459</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 15.

<sup>460</sup> Vgl. hier und im Folgenden Picot, A.; Reichwald, R.; Wigand, R. T. (2003), S. 2–4; vgl. auch Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 1–3; Braun, G. E.; Brenner, G.; Schneider, W. et al. (1996), S. 1 und Hillebrand, J. (2008), S. 92.

<sup>461</sup> Vgl. Braun, G. E.; Christ, C.; Heuser, A. (2002), S. 253–254.

<sup>462</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 6.

Eigenverantwortung, Selbstständigkeit, Selbstverwirklichung und Individualität [...]“<sup>463</sup> immer mehr an Bedeutung. Als Folge der Globalisierung der Arbeitswelt wird von der arbeitenden Gesellschaft eine immer höhere Flexibilität, sowohl zeitlich als auch räumlich, erwartet. Die Arbeitszeiten werden variabler, die Arbeitsplätze werden schneller gewechselt und auch die Ansprüche an eine Ortsunabhängigkeit werden stärker. Die ganze Arbeitswelt wird schneller und sprunghafter. Dies hat auch Folgen auf die Ansprüche der Menschen in anderen Bereichen. Die Erwartungen im Konsumgüter- und Dienstleistungsbereich werden höher.<sup>464</sup> Patienten erwarten nicht nur eine hohe Qualität zu geringen Kosten. Das Akzeptanzniveau bei Wartezeiten auf einen Arzttermin oder in der Arztpraxis/im Krankenhaus wird niedriger. Die **Sprunghaftigkeit** überträgt sich aber auch auf die „Markentreue“. Patienten werden kritischer und entsprechend offener gegenüber einem Wechsel.<sup>465,466</sup>

Transparenz durch zunehmende Informationsmöglichkeiten führt zu einer höheren Vergleichbarkeit der Leistungsanbieter. Durch zahlreiche Möglichkeiten der Information, beispielhaft seien hier das Internet, die Werbung, Branchenverzeichnisse und medizinische Telefonhotlines genannt, kann sich der Patient einen Überblick über die verschiedenen Leistungserbringer verschaffen. Dies ist eine der Ursachen, die zu einer sinkenden „Kundenloyalität“ führen.<sup>467</sup> Die Hemmschwelle, bei Unzufriedenheit den Arzt zu wechseln, sinkt. Der Druck auf die Leistungserbringer, sich mehr an den Wünschen der Patienten zu orientieren, steigt.<sup>468</sup> Entsprechend sind auch die Kunden bzw. Patienten offener für Neues wie z. B. Gesundheitsnetzwerke. Durch die zunehmende Mobilität der Menschen im jüngeren bis mittleren Alter spielen räumliche Entfernungen eine immer geringere Rolle. War früher die Nähe des Hausarztes wichtig, haben moderne Fortbewegungsmittel bei jungen Menschen die Hemmschwellen zum Arztwechsel zusätzlich reduziert. Mit zunehmendem Wohlstand

---

<sup>463</sup> Picot, A.; Reichwald, R.; Wigand, R. T. (2003), S. 4.

<sup>464</sup> Vgl. Weitz, R.; Röder, K. (2005), S. 149.

<sup>465</sup> Vgl. Hillebrand, J. (2008), S. 90, vgl. auch Sonntag, S. (2001), S. 65.

<sup>466</sup> Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 2.3.2.

<sup>467</sup> Vgl. Sonntag, S. (2001), S. 65-66; vgl. auch Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 68–69 und Hillebrand, J. (2008), S. 92.

<sup>468</sup> Vgl. Tiedtke, D. (2001), S. 120-121; vgl. auch Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 68–69 und Hillebrand, J. (2008), S. 92.

und steigendem Wissen wächst der Wunsch nach individuellen Produkten.<sup>469</sup> In der Literatur wird diese Entwicklung mit dem Begriff „**Patient Empowerment**“ beschrieben.<sup>470</sup> Empowerment wird im wirtschaftlichen Kontext durch zwei Aspekte definiert. Zum einen bezeichnet es die Verschiebung von Machtverhältnissen,<sup>471</sup> zum anderen zeichnet es sich durch Selbstständigkeit und Handlungsautonomie der Kunden aus.<sup>472</sup> Autonomie bedeutet in diesem Zusammenhang selbstbestimmtes Handeln und setzt Souveränität voraus, die Fähigkeit sicher und selbstbestimmt zu Handeln.<sup>473</sup> Beide Entwicklungen sind im Gesundheitswesen zu beobachten.<sup>474</sup>

Diese kognitive Veränderung der Selbstpositionierung der Patienten hat nicht nur Einfluss auf das Anspruchsverhalten der Patienten. Ihr Auftreten gegenüber den Ärzten verändert sich. Eine repräsentative Ärztebefragung des Zufog hat gezeigt, dass 83,7% der niedergelassenen Ärzte eine **Veränderung im Rollenverständnis** der Patienten wahrgenommen haben.<sup>475</sup> Auf den gleichen Wegen, auf denen sich ein Patient über verschiedene Leistungsanbieter informiert, kann er sich auch über Symptome, Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten weiterbilden. Dies bedeutet, dass der Patient zunehmend selbst an der Entscheidung über die Wahl der geeigneten Therapie beteiligt werden kann und möchte.<sup>476</sup> Entsprechend steigt die Bedeutung der Wahl der richtigen Kommunikationswege, um Patienten zu kontaktieren. Auch der Service vor Ort gewinnt an Bedeutung. Patienten werden zu Kunden – wählerisch – und darauf bedacht, die für sie am besten geeignete Leistung zu finden. Die nachfolgende Abbildung 25 veranschaulicht die unterschiedlichen Rollen des Patienten in Abhängigkeit der Betrachtungsperspektive grafisch.

---

<sup>469</sup> Vgl. hier und im Folgenden Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 68–69; vgl. auch Hillebrand, J. (2008), S. 92.

<sup>470</sup> Vgl. Hubert Burda Media (2004), S. 3.

<sup>471</sup> Vgl. Gouthier, M. H. J. (2007), S. 172.

<sup>472</sup> Vgl. Gouthier, M. H. J. (2007), S. 172.

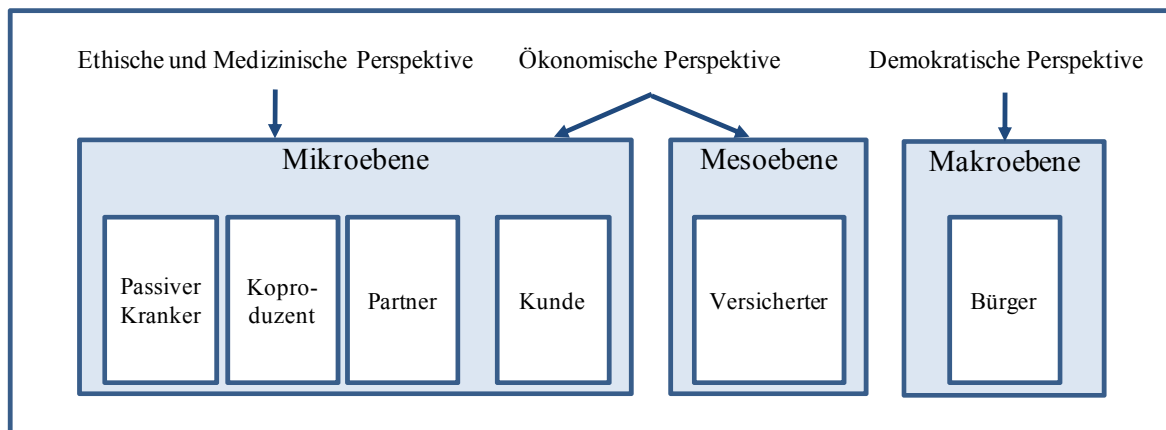
<sup>473</sup> Vgl. Dierks, Marie-Luise (Hrsg.) (2001), S. 1.

<sup>474</sup> Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 42.

<sup>475</sup> Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 42.

<sup>476</sup> Vgl. Smigielski, E. (2002), S. 9; vgl. auch Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 1–3.

Abbildung 25: Rollen der Nutzer im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 5.

Neben der klassischen Rolle des Patienten aus medizinischer und ethischer Sicht (je nach Beteiligungsgrad des Patienten) ist der Patient aus ökonomischer Sicht auch Kunde und auf der Mesoebene (außerhalb der Arzt-Patienten Beziehung) Versicherter. Im Rahmen seiner Rolle als Bürger nimmt er indirekten Einfluss auf Entscheidungen der Makroebene.<sup>477,478</sup> Die Grafik zeigt, dass zur Sichtweise des Patienten als Kunden auch ökonomische Argumente wie die Zahlungsbereitschaft zählen. Auf diese wird im folgenden Kapitel eingegangen.

#### 2.4.3.1.3 Zahlungsbereitschaft der Patienten

Ursprünglich war in der Bevölkerung die Meinung vertreten, ihre Zahlungsverpflichtungen für Gesundheitsleistungen seien mit dem Beitrag an die Krankenversicherung abgegolten. In den letzten Jahrzehnten hat sich dieses Bewusstsein verändert. Auslöser waren Einschränkungen des Leistungskatalogs der Versicherer, die Einführung von Zuzahlungen für Medikamente und Heilmittel sowie die Erhebung der Praxisgebühr für GKV-Versicherte. Durch tarifliche Änderungen in der PKV und die Einführung von Selbstbehalten und Tarifen mit Boni bei Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hat sich auch die Einstellung der PKV-Versicherten verändert.<sup>479</sup> In den Industrienationen hat ein Großteil der Patienten

<sup>477</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 4–5.

<sup>478</sup> Vgl. zum Einfluss des Patienten auf Makroebene die Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen durch das GMG bezogen auf die neuen Möglichkeiten der Beteiligung von Patienten (vgl. GMG (2003)) in Kapitel 2.3.1.1.

<sup>479</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 25–26.

die finanziellen Mittel, die Qualität der Leistungen durch Zuzahlungen zu erhöhen. Die Bereitschaft der Bevölkerung für die Erhaltung ihrer Gesundheit einen Eigenbeitrag zu leisten, steigt an. Ein Beispiel hierfür ist die Möglichkeit, durch Zuzahlung eine Zahnfüllung aus Amalgam durch Keramik zu ersetzen. Aber auch medizinische Leistungen z. B. im Rahmen der „**Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)**“ für GKV-Versicherte finden immer mehr Zuspruch. Die medizinische Leistung wird immer mehr zu einem Produkt, welches sich den Anforderungen eines Marktes unterziehen muss.<sup>480</sup>

Die Ärzte haben in diesem Kontext die Kaufkraft der Patienten entdeckt. Das Angebot an privat zu zahlenden ärztlichen Leistungen ist im Rahmen von Wunschleistungen wie bei sportlichen Aktivitäten z. B. in Form einer Flug- oder Tauchtauglichkeitsuntersuchung schon lange üblich.<sup>481</sup> In den letzten Jahren entwickelt sich jedoch eine rasante Ausweitung des Marktes für IGeL-Leistungen. Ein großes Problem im Rahmen der IGeL-Leistungen ist die Verunsicherung der Patienten, welche Leistungen wirklich sinnvoll sind und welche Leistungen von den Ärzten nur aus wirtschaftlichen Gründen angeboten werden.<sup>482</sup> Eine Umfrage unter GKV-Versicherten im Rahmen des *WIdO-Monitor* der *Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK)* im Jahr 2004 hat ergeben, dass ca. jedem 4. Befragten innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Befragungszeitpunkt eine IGeL-Leistung angeboten wurde. Besonders häufig wurden IGeL-Leistungen besser verdienenden Patienten und Patienten mit einem höheren Bildungsabschluss angeboten.<sup>483</sup> Mehr als die Hälfte der Befragten hat die angebotene Leistung auch in Anspruch genommen.<sup>484</sup> In der Literatur wird im Rahmen von IGeL-Leistungen von einem „Milliardenmarkt“ gesprochen.<sup>485</sup> Im Rahmen des Gesundheitsmonitors der *Bertelsmann Stiftung* wurden die Patienten in drei aufeinanderfolgenden Befragungswellen gefragt, welchen Euro-Betrag sie in den letzten 3 Monaten für IGeL-Leistungen ausgegeben haben. Es ergaben sich je nach Befragungswelle Werteschwankungen innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr (11/2005-11/2006) von ca. 16 bis 28 € pro

---

<sup>480</sup> Vgl. Zok, K.; Schuldzinski, W. (2005), S. 61; vgl. auch Schmid, E. (2008), S. 25–26.

<sup>481</sup> Vgl. Zok, K.; Schuldzinski, W. (2005), S. 12.

<sup>482</sup> Vgl. Braun, G. E.; Cornelius, F.; Jäger, C. (2008), S. 44; vgl. auch Zok, K. (2004), S. 3.

<sup>483</sup> Vgl. Zok, K. (2004), S. 3–4.

<sup>484</sup> Vgl. Zok, K.; Schuldzinski, W. (2005), S. 61.

<sup>485</sup> Vgl. Zok, K.; Schuldzinski, W. (2005), S. 29–32.

Kopf.<sup>486</sup> Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung lässt sich daraus ein Markt in Milliardengröße ableiten. Entsprechend kann der Kritik, der Patient sei aufgrund mangelnder finanzieller Eigenleistung nicht als Kunde zu betrachten,<sup>487</sup> in diesem Punkt widersprochen werden.

### 2.4.3.2 Patiententypologien

Die Veränderung der Selbstwahrnehmung hat auch dazu geführt, dass sich in ihrem Verhalten und in ihren Ansprüchen differierende **Patiententypen** entwickelt haben. Marketingansätze können in Abhängigkeit der Marktgegebenheiten eine undifferenzierte (einheitliche) oder differenzierte (Kundentyp-abhängige) Marktbearbeitung anstreben. Bei einer inhomogenen Zielgruppe empfiehlt es sich, Kunden im Rahmen einer Segmentierung anhand von Typologien in Untergruppen einzuordnen. Dies entspricht der differenzierten Marktbearbeitung.<sup>488</sup> In der Wissenschaft existieren bereits einige Versuche, analog zu Kundentypologien sogenannte **Patiententypologien** zu entwickeln, welche die unterschiedlichen Merkmalsausprägungen bei Patienten klassifizieren.<sup>489</sup> Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die bekanntesten Typologien im Gesundheitswesen gegeben.<sup>490</sup>

Die *Psychonomics AG* führt im halbjährlichen Rhythmus unter dem Titel „Health Care Monitoring“ eine Verbraucherstudie für den deutschen Gesundheitsmarkt durch. Im Rahmen dieser Studie hat die *Psychonomics AG* eine **Gesundheitstypologie** entwickelt, welche 6 Typen nach ihren Einstellungen und ihrem Verhalten bezogen auf Gesundheitsthemen dif-

---

<sup>486</sup> Siehe Datentabelle Anhang C.

<sup>487</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 19–20.

<sup>488</sup> Vgl. hierzu unter anderem Winkelmann, P. (2008), S. 180; Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 206–209; Homburg, C.; Sieben, F. G. (2003), S. 428–429; Well, B. van (2001), S. 89 und Schäfer, M.; Neumann, K. (2010), S. 213.

<sup>489</sup> Vgl. Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007), S. 233; vgl. auch Schäfer, M.; Neumann, K. (2010), S. 213.

<sup>490</sup> Diese Darstellung dient lediglich dazu, einen Überblick zu verschaffen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

ferenziert.<sup>491</sup> Tabelle 8 gibt, basierend auf den Ausführungen der *Psychonomics AG*, eine Übersicht über die einzelnen Typen und ihre Merkmale.<sup>492</sup>

**Tabelle 8: Gesundheitstypen nach Psychonomics**

Typ Merkmal	Informiert (19,37 %)	Souverän (18,80 %)	Ängstlich (12,77 %)	Bequem (22,67 %)	Nachlässig (12,05%)	Desinteressiert (14,35 %)
<b>Gesundheitszustand</b>	Empfundener schlechter Gesundheitszustand; Tendenz zu Adipositas und chronischen Krankheiten	Gesund; kaum chronisch Kranke; sportlich aktiv	Tendenz zu Adipositas und chronischen Krankheiten	Tendenz zu Adipositas und chronischen Krankheiten	Sehr gesund; Tendenz zum Untergewicht	Sehr gesund
<b>Präventionsverhalten</b>	Hohe Gesundheitsorientierung; regelmäßige Gesundheitskontrollen/Prävention	Regelmäßige Kontrolluntersuchungen/Prävention	Regelmäßige Prävention/Vorsorgeuntersuchungen	Mehr oder weniger regelmäßige Kontrolluntersuchungen; wenig Eigenmotivation zur Prävention	Keine Prävention/Vorsorgeuntersuchungen	Keine Prävention/Vorsorgeuntersuchungen
<b>Arzt-Patienten-Beziehung</b>	Kritische Bewertung der Arztmeinung; Tendenz zur Einholung einer Zweitmeinung	Kritische Bewertung der Arztmeinung; Tendenz zur Einholung einer Zweitmeinung; entscheidet selbst, auch bei Arzt-Konsultation	Arzttreue; hohes Vertrauen in Arzt und Apotheker	Vertrauen in den Arzt	Kaum Arztbesuche	Seltener Kontakt; kein persönlicher Bezug
<b>Alternative Heilmethoden</b>	Offen gegenüber alternativen Heilmethoden; Verwendung von Hausmitteln	Offen gegenüber alternativen Heilmethoden; Verwendung von Hausmitteln	Verschlossen gegenüber alternativen Heilmethoden; hohes Vertrauen in die Schulmedizin	Eher verschlossen gegenüber alternativen Heilmethoden	Indifferent	Indifferent
<b>Medikation</b>	Tendenz zur Selbstmedikation; Markentreue (keine Generika)	Tendenz zur Selbstmedikation; keine Markentreue	Keine Selbstmedikation, rezeptfreie Medikamente nur auf Empfehlung; Markentreue (keine Generika)	Kaum Selbstmedikation; keine Markentreue	Trend zur Selbstmedikation; Markentreue (keine Generika)	Keine Selbstmedikation
<b>Informationstyp</b>	Häufige, intensive Informationsrecherche; Arzt/Apotheker, Apotheken-Zeitschriften, TV-Sendungen zu Gesundheitsthemen	Häufige, intensive Informationsrecherche; Internet	Großer Informationsbedarf; Arzt, Apotheker	Geringe Informationsrecherche; Arzt	Kaum Informationsrecherche; Freunde/Bekannte, Internet	Keine Informationsrecherche; Arzt (nur bei akutem Bedarf)
<b>Soziodemografie</b>	Überwiegend weiblich und älter; mittleres Bildungsniveau/Haushaltseinkommen	Überwiegend weiblich und jung; hohes Bildungsniveau/Haushaltseinkommen	Ältere Patienten; niedrigeres Bildungsniveau/Haushaltseinkommen	Mittleres Alter; mittleres Bildungsniveau/haushaltseinkommen	Überwiegend männlich und jung; durchschnittliches Bildungsniveau/höheres Haushaltseinkommen	Überwiegend männlich; hohes Bildungsniveau/durchschnittliches Haushaltseinkommen

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Psychonomics AG (o.J.a); Psychonomics AG (o.J.f); Psychonomics AG (o.J.c); Psychonomics AG (o.J.e); Psychonomics AG (o.J.d); Psychonomics AG (o.J.b); Psychonomics AG (o.J.g); Schweitzer, A.; Weller, D.; Rucker, M. (2008), S. 8; Axel Springer AG et al. (2006).

<sup>491</sup> Vgl. Schweitzer, A.; Weller, D.; Rucker, M. (2008), S. 4, 8.

<sup>492</sup> Vgl. Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.a); vgl. auch Schweitzer, A.; Weller, D.; Rucker, M. (2008), S. 8; vgl. auch Axel Springer AG; Bauer Media KG (Hrsg.) (2006).

Auf Basis von Daten einer Patientenbefragung, in Auftrag gegeben durch das **ZUFOG**, hat *Gellner* eine **Patiententypologie** entwickelt, welche 4 Typen unterscheidet. Basis für diese Unterteilung ist die Betrachtung der Dimensionen Versorgung, Verantwortung und Veränderung.<sup>493</sup> Wie sich die befragten Patienten prozentual auf die Typen verteilen, ist nicht angegeben. Auch wird in nachfolgender Tabelle 9 deutlich, dass sich die Typen nicht in allen Merkmalen eindeutig trennen lassen.

**Tabelle 9: Patiententypologie des Zukunftsforum Gesundheitspolitik (ZUFOG)**

Typ Merkmal	Traditionelle Leistungsnutzer	Pluralistische Reformer	Korporatistische Reformer	Individualistische Entrepreneur
<b>Beitragsregelung</b>	Einheitliche Beitragsregelung	Unentschlossen zwischen einheitlichem Beitragsatz und Mischung aus Grund- und Wahlleistungen (teilweise bereit zu privaten Zusatzversicherungen), erwarten Beitragssatzstabilität		Gestaffelter Beitragssatz
<b>Sicherstellung der Gesundheitsversorgung</b>	Staatliche Aufgabe, keine Zuzahlungsbereitschaft	Staatliche Aufgabe, Tendenz zur Akzeptanz von Zuzahlungen	Stärkung der Eigenverantwortung, Kostenprivatisierung	Bereitschaft zu Selbstbehalt und Privatisierung des Krankheitsrisikos
<b>Arzt-Patienten Beziehung</b>	Offen für stärkere Patientenbeteiligung bei der Entscheidungsfindung, starke Arzt-Bindung	Stärkste Forderung nach einer stärkeren Beteiligung bei der Entscheidungsfindung		Verhaltene Forderung nach einer höheren Entscheidungsbeteiligung, dennoch Sicht als Kunde, höhere Bereitschaft zum Arztwechsel
<b>Systemakzeptanz</b>	Akzeptieren das bestehende System		Stehen Systemänderung aufgeschlossen gegenüber	
<b>Informationstyp</b>	Keine Unterscheidung – alle Typen haben ein starkes Informationsinteresse. Bei allen Typen sind die Medien die stärkste Informationsquelle. Die Informationsbereitstellung wird jedoch von allen Parteien des Gesundheitswesens erwartet, vor allem von Ärzten und Krankenkassen.			
<b>Soziodemografie</b>	Ältere Patienten, unteres bis mittleres Einkommen, höherer Anteil chronisch Kranker	Eher weiblich, mittleres bis höheres Einkommensniveau, mittleres Alter	Eher weiblich, mittleres bis höheres Einkommensniveau, jüngere Patienten	Jüngere Patienten, eher männlich

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Gellner, W. (2006), S. 16; Wilhelm, A. (2006), S. 21–41.

*Marstedt et al.* haben auf Basis von Daten der Studie Gesundheitsmonitor der **Bertelsmann Stiftung** vier **Patiententypen** herausgearbeitet. Die Charakteristika der einzelnen Typen werden in nachfolgender Tabelle 10 auf Basis der Ausführungen von *Marstedt et al.* zusammenfassend dargestellt.<sup>494</sup>

<sup>493</sup> Vgl. Gellner, W. (2006), S. 10–17.

<sup>494</sup> Vgl. Güther, B. (2006), S. 313; vgl. auch Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007), S. 242–245.



Tabelle 10: Patiententypologie der Bertelsmann Stiftung

Typ Merkmal	Gleichgültige (25,8 %)	Arztgläubige (26,6%)	Arztkritische (21,2%)	Co-Therapeuten (26,3 %)
<b>Vertrauensbasis</b>	Geringes Vertrauen in die Medizin	Hohes Vertrauen in die Medizin	Geringes Vertrauen in die Medizin	Hohes Vertrauen in die Medizin
<b>Arzt-Patienten Beziehung</b>	Keine intensive Arzt-Patienten-Beziehung/ niedrige Erwartungen an Ärzte	Vertrauen zum Arzt	Kritisch gegenüber der Arztmeinung, Tendenz zu Arztwechsel bei Unzufriedenheit	Hohe Ansprüche an Kommunikation mit dem Arzt
<b>Alternative Heilmethoden</b>	Indifferenz gegenüber Schulmedizin und alternativen Heilmethoden	Vertrauen in Schulmedizin, eher verschlossenen gegenüber alternativen Heilmethoden	Starke Offenheit gegenüber alternativen Heilmethoden	Vertrauen in die Schulmedizin
<b>Medikation</b>	Eher keine Selbstmedikation	Eher keine Selbstmedikation	Starke Tendenz zur Selbstmedikation	Starke Tendenz zur Selbstmedikation
<b>Informationstyp</b>	Geringe Informationsrecherche	Kaum Informationsrecherche	Intensive Informationsrecherche	Intensive Informationsrecherche
<b>Soziodemografie</b>	Jüngere Patienten, höheres Bildungsniveau, gesündere Patienten	Ältere Patienten, höherer Anteil an Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand	Jüngere Patienten, höheres Bildungsniveau, gesündere Patienten	Tendenziell ältere Patienten, höherer Anteil an Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007), S. 242–245.

**Ziel** der Entwicklung von Patiententypologien ist es, die Unterschiede im Informations- und Kommunikationsbedürfnis von Patienten aufzuzeigen und deren Wünsche und Bedürfnisse besser zu verstehen.<sup>495</sup> Sie können dem Arzt helfen, den Patienten als Gesprächspartner besser einzuschätzen und sich Strategien für die Kommunikation mit den unterschiedlichen Typen anzueignen.<sup>496</sup> Die dargestellten beispielhaften Patiententypologien zeigen, wie unterschiedlich die Untergliederung in Patiententypen aufgrund der untersuchten Fragestellungen ausfallen kann. Die Typologien unterscheiden sich in Merkmalen wie der Tiefe der Untergliederung oder dem Informationsbedarf der Patienten. Während *Gellner* davon ausgeht, dass ein kompletter Wandel der Patienten in Bezug auf die Beteiligung an der Entscheidungsfindung und den Bedarf an Informationen stattgefunden hat, gibt es nach der *Psychonomics AG* und *Marstedt et al.* weiterhin Patienten, die nur eine geringe Informationsrecherche betreiben. Alle Typologien kamen zu dem Ergebnis, dass es weiterhin klassische Patienten geben wird, die die Wahl der Be-

<sup>495</sup> Vgl. Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007), S. 253–254; vgl. auch Schäfer, M.; Neumann, K. (2010), S. 213-214.

<sup>496</sup> Vgl. Krüger-Brand, H. E. (2009), S. B1315.

handlung vollständig ihrem Arzt überlassen möchten.<sup>497</sup> Ein Grundtenor, welcher bei allen Typologien gleich scheint, ist die grundsätzliche Aufteilung in arztgläubige Patienten, die ein hohes Vertrauen in die Medizin setzen und arztkritische Patienten, welche alle Entscheidungen in Frage stellen.<sup>498</sup> Neben den neuen, Internet-affinen Patienten wird es jedoch auch weiterhin eine Gruppe von Patienten geben, die dem Internet und neuen IuK-Technologien gegenüber weniger offen eingestellt sind.

Die vorangehenden Ausführungen zeigen, dass Typologien je nach zu Grunde liegender Methodik und den der Typologie zugrunde liegenden Clustervariablen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Dies gilt auch für die Resultate von Patientenbefragungen.<sup>499</sup> Eine Erweiterung einer bestehenden Typologie anhand neuer Daten oder ein Ausbau dieser durch Kombination unterschiedlicher Typologien sind daher als kritisch zu betrachten. Durch die zunehmend prägnante Rolle von IuK-Technologien im Gesundheitswesen wird es jedoch notwendig, die zuvor dargestellten Typologien um den Aspekt der Akzeptanz von IuK-Technologien zu erweitern.<sup>500</sup> Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird daher eine **Patiententypisierung** auf Basis einer empirischen Erhebung vorgenommen, welche die Aufgeschlossenheit von Patienten gegenüber IuK-Technologien integriert (siehe Kapitel 7.5). Auf Basis dieser Typologie kann sodann ein Konzept erarbeitet werden, wie Ärzte im Rahmen der Fokussierung auf den Patienten unter Einbezug der Ansätze der Mass Customization und des Customer Relationship Management auf die unterschiedlichen Patiententypen eingehen können.

## **2.5 Die zeitliche Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung**

Reduziert man den Gesundheitsmarkt auf seine grundlegende Funktion, das Behandeln von Krankheiten, so ist die Basis aller Dienstleistungen in dieser Branche die Interaktion zwischen Arzt und Patient. Vor Entwicklung der IuK-Technologien, welche Patien-

---

<sup>497</sup> Vgl. Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007), S. 242–245; vgl. auch Gellner, W. (2006), S. 16; Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.a) und Schmöller, M. (2008), S. 58.

<sup>498</sup> Vgl. Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007), S. 242–245; vgl. auch Gellner, W. (2006), S. 16; Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.a) und Schmöller, M. (2008), S. 58.

<sup>499</sup> Vgl. Zok, K. (2005b), S. 49–50.

<sup>500</sup> Vgl. Institute of Medicine (2005), S. 176.

ten heute eine erleichterte Informationssuche ermöglichen, war es mühsam, Informationen über einzelne Symptome oder Krankheitsbilder zu beschaffen. Der Patient war in der Regel schlecht informiert. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient war von einer klassischen **Informationsasymmetrie** gezeichnet.<sup>501</sup> Aber auch heute noch führen die Intransparenz des Informationsangebotes<sup>502</sup> und der Wissensvorsprung der Ärzte durch ihre lange und intensive Ausbildung zu einer asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient. Mit dem Gegenstand der Informationsasymmetrie beschäftigt sich der Prinzipal-Agent Ansatz, welcher nachfolgend kurz vorgestellt wird.

### **2.5.1 Prinzipal-Agent Ansatz als wissenschaftstheoretische Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung**

Die **Prinzipal-Agent-Theorie** ist ein Teilbereich der Vertragstheorie im Rahmen der „Neuen Institutionenökonomik“. Die Vertragstheorie beschäftigt sich im Schwerpunkt mit der „[...] ökonomischen Analyse freiwillig eingegangener, rechtsverbindlicher Schuldverhältnisse [...]“<sup>503</sup>. Der Prinzipal-Agent-Ansatz befasst sich in diesem Rahmen speziell mit dem Thema der **Informationsasymmetrie**. Die Basis bilden zwei Wirtschaftssubjekte, welche miteinander in (Vertrags-)Beziehung stehen.<sup>504</sup> Im Gesundheitswesen sind dies z. B. Arzt und Patient. In diesem Fall ist der Patient der „Prinzipal“, da er dem Arzt den Auftrag erteilt ihn zu untersuchen, welcher dann entsprechend die Rolle des „Agenten“ einnimmt.

Im Fokus der Theorie stehen die Probleme, welche im Rahmen der Arbeitsteilung und im speziellen der Auftragserteilung zur Dienstleistung entstehen. Das Besondere der Dienstleistung ist die schwere Messbarkeit der Qualität und die zeitliche Differenz zwischen Leistung und Gegenleistung.<sup>505</sup>

---

<sup>501</sup> Vgl. Hillebrand, J. (2008), S. 81–90; vgl. auch Dierks, M.-L. (Hrsg.) (2001), S. 7–8.

<sup>502</sup> Vgl. Tiedtke, D. (2001), S. 118.

<sup>503</sup> Richter, R.; Furubotn, E. G.; Streissler, M. et al. (1996), S. 135.

<sup>504</sup> Vgl. Richter, R.; Furubotn, E. G.; Streissler, M. et al. (1996), S. 163.

<sup>505</sup> Vgl. Göbel, E. (2002), S. 98–99.

Des Weiteren gelten die folgenden Annahmen:<sup>506</sup>

- Der Agent beeinflusst mit seinem Verhalten das Wohlergehen des Prinzipals
- Prinzipal und Agent verhalten sich rational und maximieren ihren eigenen Nutzen
- Die Nutzensvorstellungen von Prinzipal und Agent unterscheiden sich
- Es besteht Informationsasymmetrie zwischen den beiden Parteien

Die aus den vorangehend beschriebenen Rahmenbedingungen entstehenden Probleme werden in vier Kategorien klassifiziert, welche in der nachfolgenden Tabelle dargestellt werden.

**Tabelle 11: Klassifikation der Problemtypen der Prinzipal-Agent-Theorie**

Problemtyp	Zeitpunkt des Auftretens	Definition
Hidden characteristics	Vor Auftragsvergabe	Gefahr der Auswahl schlechter Vertragspartner (adverse selection) durch Unvermögen, vorab die Qualität des Agenten zu bewerten
Hidden action	Nach Auftragsvergabe	Unvermögen, aufgrund der schweren/teuren Überwachbarkeit den Agenten zu kontrollieren
Hidden information	Nach Auftragsvergabe	Unvermögen, aufgrund fehlenden Spezialwissens den Agenten zu kontrollieren
Hidden intention	Vor/nach Auftragsvergabe	Risiko, die Absichten des Agenten vor Vertragsabschluss nicht beurteilen zu können und Risiko der Abhängigkeit nach Vertragsabschluss

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Göbel, E. (2002), S. 100–101.

Das Risiko der „**hidden characteristics**“ entsteht aus der Problematik, seinen Vertragspartner nach dessen Kompetenz und Gewissenhaftigkeit auszuwählen.<sup>507</sup> Ein Patient kann die Qualität und das Wissen eines Arztes in direktem Bezug zu seinen Beschwerden schlecht im Voraus beurteilen. Im Regelfall ist dem Patienten die Fachrichtung des Arztes bekannt, nicht jedoch dessen detailliertes Wissen bezogen auf einzelne Krankheiten.

Für einen Patienten ist es schwierig zu beurteilen, ob der Arzt jede für ihn mögliche Anstrengung unternimmt, um seine Krankheit zu diagnostizieren und vor allem zu behan-

---

<sup>506</sup> Vgl. hier und im Folgenden Göbel, E. (2002), S. 100.

<sup>507</sup> Vgl. Göbel, E. (2002), S. 101.

deln. Entsprechend wird die schwere Kontrollierbarkeit als „**hidden action**“-Problem bezeichnet. Die Theorie geht hierbei von einer grundlegenden „Faulheit“ des Agenten aus. Gemeint ist das Ziel, mit möglichst wenig Aufwand ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen.<sup>508</sup>

„**Hidden information**“ bezeichnet im Rahmen der Principal-Agent-Theorie das Unvermögen des Prinzipals, die Leistung des Agenten zu bewerten, da ihm das hierzu notwendige Spezialwissen fehlt.<sup>509</sup> Der Patient bekommt zwar mit, welche Diagnose der Arzt stellt und welche Behandlung er wählt, er kann jedoch schlecht beurteilen, ob dieser die für ihn bestmögliche Wahl trifft. Der Arzt kann als Agent seine Fähigkeiten/Kenntnisse, seine Gewissenhaftigkeit und seine Motive selbst besser beurteilen. Es besteht somit eine Informationsasymmetrie. Im Gesundheitswesen kommt hier die Besonderheit hinzu, dass die Informationsasymmetrie von beiden Seiten hervorgerufen wird. Der Patient als Prinzipal verfügt über eine bessere Kenntnis der Symptome und Umwelteinflüsse/Rahmenbedingungen. Der Arzt hat keine Garantie dafür, dass der Patient ihm nicht (un-)beabsichtigt Informationen vorenthält. Hier spielt auch die Compliance des Patienten eine wichtige Rolle. Der Arzt kann nicht bzw. nur eingeschränkt kontrollieren, ob sich der Patient wirklich an die verschriebene Therapie (z. B. das Einnehmen von Medikamenten, das Einhalten einer Diät etc.) hält.<sup>510</sup>

Die letzte der vier Kategorien, „**hidden intention**“, bezeichnet zum einen das Risiko des Prinzipals, die Absichten des Agenten vor Vertragsabschluss nicht einschätzen zu können (ist er fair, ehrlich etc.). Zum anderen beinhaltet es das Risiko des Prinzipals, nach Vertragsabschluss von dem Agenten abhängig zu sein.<sup>511</sup>

---

<sup>508</sup> Vgl. Göbel, E. (2002), S. 102.

<sup>509</sup> Vgl. Göbel, E. (2002), S. 102; vgl. auch Schmöller, M. (2008), S. 40.

<sup>510</sup> Vgl. Donovan, J. L.; Blake, D. R. (1992), S. 507-508; vgl. auch Gafni, A.; Charles, C.; Whelan, T. (1998), S. 347.

<sup>511</sup> Vgl. Göbel, E. (2002), S. 103.

## **2.5.2 Typen der Arzt-Patienten-Beziehung**

### **2.5.2.1 Übersicht über die Typen der Arzt-Patienten-Beziehung**

Wie die vorangehenden Ausführungen gezeigt haben, besteht auf beiden Seiten der Arzt-Patienten-Beziehung ein Informationsvorsprung. Während der Arzt über einen Vorsprung in Bezug auf sein medizinisches Wissen und die Kenntnis seiner eigenen Qualifikation und Zielsetzung verfügt, besitzt der Patient alleinige Informationen über sein Wohlbefinden, seine Präferenzen und Werte sowie seine Compliance und Adherence.<sup>512</sup> In Abhängigkeit der Integration des Patienten in die Entscheidungsfindung können vier **Typen der Arzt-Patienten-Beziehung** unterschieden werden: die paternalistische Beziehung, der Arzt als Agent, die Partnerschaftliche Beziehung und die Sicht des Arztes als Informant.<sup>513</sup> Das größte Bestreben die Informationsbasis anzugleichen besteht demnach im partnerschaftlichen Ansatz und im Einsatz des Arztes als Agent. Beide Parteien teilen ihr Wissen mit dem anderen und reduzieren somit ihren jeweiligen Wissensvorsprung. In der paternalistischen Beziehung wird davon ausgegangen, dass die Gesundheitsziele von Arzt und Patient die gleichen sind, der Arzt die Werte und Präferenzen des Patienten folglich kennt.<sup>514</sup> Es besteht eine einseitige Informationsasymmetrie, welche auch erhalten bleibt. Informationen fließen lediglich in Form der Diagnosemitteilung und der Kommunikation der Entscheidung bezüglich der gewählten Behandlung sowie des weiteren Vorgehens.<sup>515</sup> Bei der Sichtweise des Arztes als Informant fließen medizinische Informationen vom Arzt zum Patienten, mit dem Ziel den Informationsvorsprung des Arztes bezogen auf den jeweiligen Krankheitsfall abzubauen.<sup>516</sup> Im Folgenden Kapitel werden die einzelnen Typen der Arzt-Patienten-Beziehung detaillierter dargestellt. Die nachfolgende Tabelle 12 gibt vorab eine Übersicht über die Beziehungstypen.

---

<sup>512</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 683.

<sup>513</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 682–683; vgl. auch Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 13.

<sup>514</sup> Vgl. Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 12.

<sup>515</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1999), S. 653; vgl. auch Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005), S. 5.

<sup>516</sup> Vgl. Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 12; vgl. auch Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1999), S. 653 und Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005), S. 5.

Tabelle 12: Typen der Arzt-Patienten-Beziehung

Beziehungstyp Merkmale	Paternalistisch	Arzt als Agent	Partnerschaftlich	Arzt als Informant
Werte des Patienten	Objektiv beurteilt, aus Sicht des Arztes	Definiert, subjektiv, zunächst nur dem Patienten bekannt	Definiert, subjektiv, zunächst nur dem Patienten bekannt	Definiert, subjektiv, nur dem Patienten bekannt
Informationsfluss	Größtenteils einseitig	Zweiseitig	Zweiseitig	Größtenteils einseitig
Hauptrichtung des Informationsflusses	Arzt → Patient	Arzt ↔ Patient	Arzt ↔ Patient	Arzt → Patient
Art der Informationen	Medizinisch	Medizinisch und persönlich	Medizinisch und persönlich	Medizinisch
Informationsmenge	Rechtlich gefordertes Minimum	Alle relevanten Informationen	Alle relevanten Informationen	Alle relevanten Informationen
Beratung	Nur zwischen Ärzten	Zwischen Arzt und Patient sowie möglichen dritten Parteien	Zwischen Arzt und Patient sowie möglichen dritten Parteien	Zwischen Arzt und Patient sowie möglichen dritten Parteien
Angestrebte Informationsverteilung für den aktuellen Entscheidungsprozess	Arzt verfügt über Informationsvorsprung in Form seines medizinischen Wissens	Arzt und Patient verfügen über die gleiche Informationsbasis	Arzt und Patient verfügen über die gleiche Informationsbasis	Patient verfügt über einen Informationsvorsprung in Form seiner Präferenzen
Kontrolle über Informationsfluss	Arzt	Arzt und Patient	Arzt und Patient	Arzt und Patient
Entscheidungs-träger	Arzt	Arzt	Arzt und Patient	Patient

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1999), S. 653; Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005), S. 5 und Scheibler, F.; JanBen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 13.

### 2.5.2.2 Die Paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung

In der **paternalistischen Sichtweise** verschafft sich der Arzt einen Eindruck vom Gesundheitszustand des Patienten und entscheidet dann, welche Maßnahmen zur Behandlung des Patienten ergriffen werden. Er wählt hierbei die Alternative, welche mit der höchsten Wahrscheinlichkeit zur Heilung oder Symptom-Linderung des Patienten führt.<sup>517</sup> Der Patient ist zunächst folglich nur Informant über seine Beschwerden.<sup>518</sup> Hierbei wird davon ausgegangen, dass in den meisten Fällen eine Behandlung existiert,

<sup>517</sup> Vgl. Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992), S. 2221.

<sup>518</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Martin, S.; Schienkiewitz, A. (2001), S. 89–90.

welche ohne Zweifel die beste ist.<sup>519</sup> Die Werte des Patienten und folglich die Frage, was für ihn am besten ist, gelten als objektiv und durch den Arzt bewertbar.<sup>520</sup> Der Arzt dominiert die Beziehung und ermuntert den Patienten durch die Weitergabe entsprechender Informationen, seiner Meinung zu entsprechen.<sup>521</sup> Die Einholung der Zustimmung des Patienten wird in diesem Zusammenhang eher als Formalität angesehen, nicht als wirkliche Mitentscheidung des Patienten.<sup>522</sup> Er nimmt folglich eine passive Rolle ein.<sup>523</sup> Diese Tatsache wird teilweise sogar als Privileg des Kranken betrachtet. Diese Sichtweise beruht auf der Begründung, dass die Einschränkung der Handlungsfreiheit zum Wohle des Patienten geschieht.<sup>524</sup> Während er sich nicht wohl fühlt, wird er von der Entscheidungsfindung und folglich von jeglicher Verantwortungsübernahme entlastet.<sup>525</sup> Der Arzt trägt entsprechend umso mehr Verantwortung und muss die Ziele und Interessen des Patienten bei seiner Entscheidung über seine eigenen stellen.<sup>526</sup>

Die Entscheidungen der Ärzte sind von vielen Faktoren abhängig wie z. B. den gesetzlichen Rahmenbedingungen und den Leistungskatalogen der Versicherungen, welche einem ständigen Wandel unterliegen.<sup>527</sup> Der Arzt trifft die Entscheidungen, ohne dass der Patient starken Einfluss darauf nimmt. Der Patient wird in diesem Modell praktisch zur Unmündigkeit erzogen. Eigenverantwortliches Handeln und gesundheitsbewusstes Leben werden nicht gefördert.<sup>528</sup>

Dennoch hat dieses Modell auch in der modernen Medizin seine Existenzberechtigung. Patienten können nur dann autonom handeln, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt

---

<sup>519</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1999), S. 652.

<sup>520</sup> Vgl. Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 12.

<sup>521</sup> Vgl. Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992), S. 2221; vgl. auch Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 683.

<sup>522</sup> Vgl. Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005), S. 5; vgl. auch Hillebrand, J. (2008), S. 90.

<sup>523</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 682.

<sup>524</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001), S. 8.

<sup>525</sup> Vgl. Frosch, D. L.; Kaplan, R. M. (1999), S. 286.

<sup>526</sup> Vgl. Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992), S. 2221.

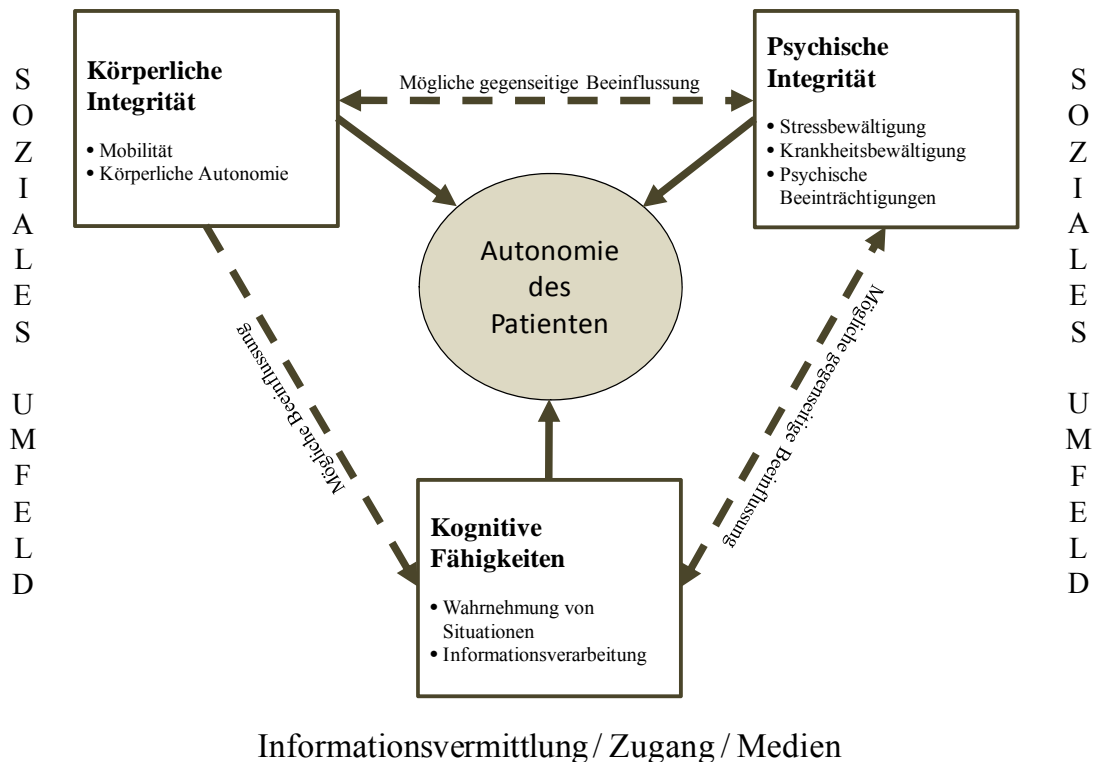
<sup>527</sup> Vgl. American Healthways (2004), S. iv.

<sup>528</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 14.



sind. Sie müssen über körperliche und psychische Integrität verfügen und ein notwendiges Mindestmaß an kognitiven Fähigkeiten besitzen, um die Informationen zu verarbeiten und eine Entscheidung zu treffen und auszudrücken.<sup>529</sup> Nachfolgende Abbildung 26 verdeutlicht den Einfluss der einzelnen Faktoren auf die Autonomie des Patienten.

**Abbildung 26: Einflussfaktoren auf die Autonomie des Patienten**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dierks, M.-L.; Martin, S.; Schienkiewitz, A. (2001), S. 92.

Diese Voraussetzungen sind nicht immer erfüllt. Allein die Beeinträchtigung einer der zuvor genannten Faktoren reicht schon aus, um den Einsatz der paternalistischen Entscheidungsfindung zu begründen. Zudem beeinflussen sich die einzelnen Faktoren auch häufig untereinander.<sup>530</sup> Dies gilt vor allem in Situationen, in welchen der Patient offensichtlich nicht in der Lage ist selbst an der Entscheidung mitzuwirken. Beispielhaft sind hier die Notfallversorgung sowie die Behandlung von dementen oder komatösen Patienten zu nennen.<sup>531</sup>

<sup>529</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Martin, S.; Schienkiewitz, A. (2001), S. 92–93.

<sup>530</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Martin, S.; Schienkiewitz, A. (2001), S. 92–93.

<sup>531</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 683.

### **2.5.2.3 Der Arzt als Agent**

Wie die vorangehenden Ausführungen gezeigt haben, gibt es den perfekten Agenten nicht. Im Modell des **Arztes als Agent** wird jedoch versucht, die Informationsasymmetrie von beiden Seiten zu reduzieren. Der Arzt gibt dem Patienten Informationen über die Diagnose sowie die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten, sofern mehrere Alternativen zur Verfügung stehen. Des Weiteren versucht er, die Werte und Präferenzen des Patienten möglichst umfassend zu erfragen.<sup>532</sup> Als Agent hat der Arzt auch die Aufgabe, den Patienten darauf hinzuweisen wenn seine Präferenzen durch die aktuelle Situation subjektiv beeinflusst sind, so dass er nicht in der Lage ist, die für ihn beste Entscheidung zu unterstützen. Ist sich der Patient selbst nicht sicher, sollte der Arzt mit dem Patienten zusammen dessen Werte und Präferenzen erarbeiten und definieren.<sup>533</sup> Anschließend trifft der Arzt die Entscheidung über die unter Einbezug aller Aspekte am besten geeignete Therapie.<sup>534</sup> Dieser Ansatz ist ein Mittelweg zwischen dem paternalistischen und dem partnerschaftlichen Beziehungstyp.<sup>535</sup> Er gibt Patienten die Möglichkeit, die Entscheidungen des Arztes nachzuvollziehen, ohne selbst entscheiden und somit Verantwortung tragen zu müssen. Es wird zudem davon ausgegangen, dass der Patient auch nach kompletter Aufklärung nicht die nötigen Kenntnisse hat, um die richtige Entscheidung treffen zu können. Dies liegt daran, dass der Arzt durch seine umfangreiche Ausbildung die Gesamtzusammenhänge besser verstehen und beurteilen kann, auch wenn der Patient in dem seine Krankheit betreffenden Teilbereich bestens mit Informationen versorgt wurde.<sup>536</sup> Durch die Reduktion der Informationsasymmetrie sollen durch ein besseres Verständnis das Vertrauen in die Entscheidung des Arztes sowie die Compliance der Patienten erhöht werden.<sup>537</sup>

---

<sup>532</sup> Vgl. Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 12.

<sup>533</sup> Vgl. Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992), S. 2222.

<sup>534</sup> Vgl. Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 12.

<sup>535</sup> Vgl. Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 12.

<sup>536</sup> Vgl. Coulter, A. (1997), S. 113.

<sup>537</sup> Vgl. Coulter, A. (1997), S. 113.

#### 2.5.2.4 Partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung

Es gibt unterschiedliche Konzepte, wie der Patient in den ärztlichen Entscheidungsprozess integriert werden kann.<sup>538</sup> Zu nennen sind z. B. die „evidenzbasierte Wahl der Patienten“, die „Konkordanz“ und die „teilnehmende Entscheidungsfindung“ sowie das „Shared Decision Making“.<sup>539,540</sup> Letzterer ist in Deutschland der bekannteste Ansatz zur Integration des Patienten in den Entscheidungsprozess.

In Deutschland ist der Ansatz des „**Shared Decision Making (SDM)**“ auch als „partizipative Entscheidungsfindung“ bekannt<sup>541</sup> und bezeichnet die Integration des Patienten in den Entscheidungsprozess. SDM erfolgt auf drei Ebenen, der Mikroebene (Interaktion zwischen Arzt und Patient), der Mesoebene (nationale Institutionen zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses) und der Makroebene (gesundheitspolitische Entscheidungsgremien).<sup>542</sup> Auf der Mikroebene, welche in Rahmen dieser Arbeit im Fokus steht, bezeichnet SDM eine auf gemeinsamer und gleichberechtigter Entscheidungsfindung basierende partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung, sofern eine solche sinnvoll ist. Natürlich ist die intensive Kommunikation nur dann möglich, wenn die Patienten gesundheitlich und geistig dazu in der Lage sind.<sup>543</sup> Um eine für beide Seiten optimale Entscheidung zu fällen, sind zwei Komponenten von Relevanz. Zum einen müssen Informationen über mögliche Behandlungsalternativen inklusive der Risiken und Wirkungen vorliegen.<sup>544</sup> Um die durch den Arzt vermittelten Kenntnisse zu ergänzen, wurden zahlreiche Entscheidungshilfen wie z. B. Videos mit spezifischen Informationen

---

<sup>538</sup> Vgl. Trevena, L.; Barratt, A. (2003), S. 265: Die unterschiedlichen Konzepte der partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung sind sehr ähnlich und die Begriffe werden häufig synonym verwendet.

<sup>539</sup> Vgl. Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005), S. 4.

<sup>540</sup> Detaillierte Informationen zu diesen Ansätzen sind in den folgenden Quellen zu finden: Marinker, M. (1997); Guadagnoli, E.; Ward, P. (1998); Mullen, P. D. (1997); McPherson, K.; Britton, A. (2001).

<sup>541</sup> Da sich der englische Begriff „Shared Decision Making“ in der internationalen Literatur durchgesetzt hat, wird im weiteren Verlauf der Arbeit dieser Begriff verwendet.

<sup>542</sup> Vgl. Isfort, J.; Redaelli, M.; Butzlaff, M. E. (2007), S. 77; vgl. auch Härter, M.; Loh, A.; Simon, D. (2005), S. 1517.

<sup>543</sup> Vgl. Isfort, J.; Redaelli, M.; Butzlaff, M. E. (2004), S. 90; vgl. auch Hillebrand, J. (2008), S. 91.

<sup>544</sup> Vgl. Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005), S. 5; vgl. auch Leiberich, P.; Nedoschill, J.; Nickel, M. et al. (2004), S. 266.

entwickelt.<sup>545</sup> Zum anderen müssen die Präferenzen und Werte des Patienten bekannt sein.<sup>546</sup> Des Weiteren muss natürlich eine Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient bestehen, welche eine gemeinsame Entscheidung durch beide Parteien ermöglicht.<sup>547</sup> Neben der Reduktion der Informationsasymmetrie sollen dem Patienten mehr Möglichkeiten zur Eigeninitiative gegeben werden. SDM soll dazu führen, dass Patienten ein besseres Verständnis der Gesamtsituation haben. Zugleich ist der Patient durch die Teilnahme an der Entscheidung von der Richtigkeit der Wahl überzeugt, wodurch die Compliance erhöht wird.<sup>548</sup>

Obwohl es sich bei SDM laut Literatur um ein Konzept mit großer Akzeptanz handelt, fehlt es dennoch an der Umsetzung des Ansatzes in der Praxis.<sup>549</sup> Probleme werden vor allem im Bereich der mangelhaften Kommunikation und in der fehlenden rhetorischen Schulung der Ärzte gesehen.<sup>550</sup> Ob es wirklich möglich ist, dass Patienten rational entscheiden und Ärzte rein objektive Informationen geben, ist fraglich. Es kann durchaus passieren, dass der Arzt den Patienten durch seine persönlichen Werte beeinflusst, ohne dies zu beabsichtigen.<sup>551</sup> Zudem ist der ausführliche Informationsaustausch zeitaufwendig und eine Beziehung auf gleicher Ebene kann zur Verunsicherung des Patienten führen.<sup>552</sup> Das Konzept des SDM eignet sich aufgrund der intensiven Arzt-Patienten-Beziehung vor allem für chronisch Kranke.<sup>553</sup> Einsetzbar ist es auch bei Erkrankungen, bei denen unterschiedliche Therapieansätze zur Wahl stehen, die zugleich einen starken Einfluss auf die Lebensqualität des Patienten haben. Ein Beispiel hierfür wäre die The-

---

<sup>545</sup> Vgl. Loh, A.; Simon, D.; Kriston, L.; Härter, M. (2007), S. A1483-A1484; vgl. auch Guadagnoli, E.; Ward, P. (1998), S. 336.

<sup>546</sup> Vgl. Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005), S. 5; vgl. auch Leiberich, P.; Nedoschill, J.; Nickel, M. et al. (2004), S. 266.

<sup>547</sup> Vgl. Hillebrand, J. (2008), S. 91.

<sup>548</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 682.

<sup>549</sup> Vgl. Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005), S. 5.

<sup>550</sup> Vgl. Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005), S. 4–5.

<sup>551</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 687.

<sup>552</sup> Vgl. Liao, L.; Jollis, J. G.; DeLong, E. R. et al. (1996), S. 373–375; vgl. auch Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 19 und Coulter, A. (1997), S. 115–116.

<sup>553</sup> Vgl. Coulter, A. (1997), S. 112.

rapie bei Tumorerkrankungen.<sup>554</sup> Weniger geeignet ist es hingegen für Notfälle, Patienten welche geistig nicht in der Lage sind Informationen zu evaluieren und Entscheidungen mit zu treffen sowie bei Krankheiten, bei denen es nur eine einzige sinnvolle Behandlung gibt.<sup>555</sup> Es ist zudem zu bedenken, dass nicht jeder Patient aktiv an der Entscheidungsfindung beteiligt werden möchte.<sup>556</sup>

### **2.5.2.5 Der Arzt als Informant**

Es gibt jedoch auch Patienten, die selbst die Entscheidung über die zu wählende Therapie treffen möchten. Der Arzt wird in diesem Zusammenhang als **Informant** und **ausführende Instanz** gesehen.<sup>557</sup> Er liefert alle für die Entscheidung notwendigen Informationen und somit die Basis, damit der Patient eine gut informierte Entscheidung treffen kann.<sup>558</sup> Hierzu zählen sowohl die Diagnose, die Darstellung der Handlungsalternativen als auch die damit verbundenen Risiken. Des Weiteren muss der Arzt den Patienten auch darüber aufklären, ob und inwiefern Unsicherheiten in seinen eigenen Kenntnissen liegen.<sup>559</sup> In der Theorie ist diese Kenntnisvermittlung frei von jeglicher Präferenz des Arztes.<sup>560</sup> Es wird jedoch davon ausgegangen, dass der Patient sich nicht allein auf die vom Arzt gelieferten Informationen verlässt, sondern sich zusätzlich über andere Wege wie z. B. das Internet und eigene Rechercheaktivitäten weiterbildet.<sup>561</sup> Anschließend trifft der Patient die Entscheidung und informiert den Arzt über seine Wahl. Dieser führt dann alle notwendigen Schritte aus, um die Behandlung des Patienten einzuleiten. In diesem Modell liegt die Kenntnis über die Werte des Patienten allein bei ihm selbst und er teilt sie auch nicht mit dem Arzt.<sup>562</sup> Entsprechend kann der Arzt auch kein Urteil dazu abgeben, ob die aktuellen Präferenzen des Patienten wirklich zu den besten Hei-

---

<sup>554</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 682.

<sup>555</sup> Vgl. Coulter, A. (1997), S. 113, 115.

<sup>556</sup> Vgl. Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005), S. 4.

<sup>557</sup> Vgl. Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992), S. 2221.

<sup>558</sup> Vgl. Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005), S. 5–6; vgl. auch Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 683.

<sup>559</sup> Vgl. Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992), S. 2221.

<sup>560</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 683.

<sup>561</sup> Vgl. Trevena, L.; Barratt, A. (2003), S. 266.

<sup>562</sup> Vgl. Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003), S. 12.

lungschancen führen oder ob dieser durch die äußeren Umstände zu emotional denkt.<sup>563</sup> Die Sichtweise des Arztes als Informant würde auch bedeuten, dass der Patient nicht nur komplexe Zusammenhänge verstehen muss, sondern auch Verantwortung für seine Entscheidung übernimmt. In der Praxis ist dies jedoch eher unwahrscheinlich.<sup>564</sup>

### **2.5.3 Zeitliche Entwicklung vom Paternalismus zur Partnerschaft**

Bis in die späten 80er Jahre war die paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung laut einer Langzeitstudie von *Arora* und *McHorney* von einem Großteil der Patienten noch erwünscht.<sup>565</sup> Entwicklungen in der IuK-Technologie haben den Patienten nun ganz neue Möglichkeiten der Information geschaffen. Es ist einfacher und schneller möglich, sich über Symptome oder eine Krankheit zu informieren. Die Fülle an Informationen, welche Patienten zur Verfügung stehen, stärkt das Selbstbewusstsein der Patienten. Viele Patienten eignen sich selbstständig ein Basiswissen an. Dies ändert zugleich auch ihre Position gegenüber dem Arzt. Sie möchten nicht nur eine Lösung für ihr gesundheitliches Problem erhalten, sondern sie möchten vom Arzt aufgeklärt werden, verschiedene Alternativen aufgezeigt bekommen und mitbestimmen, welche Behandlung durchgeführt werden soll.<sup>566</sup> Viele Patienten vertrauen nicht mehr blind darauf, dass der Arzt die richtige Entscheidung trifft. Sie wollen den Entscheidungsprozess bewusst verfolgen und in diesen integriert werden.<sup>567</sup> Eine repräsentative Befragung im Rahmen der europaweit durchgeführten Studie „The Future Patient“ kam zu dem Ergebnis, dass 60% der deutschen Patienten gemeinsam mit ihrem Arzt über die Behandlung entscheiden möchten. Ähnliche Ergebnisse erzielte eine Studie<sup>568</sup> der *Bertelsmann Stiftung*.<sup>569</sup> Lediglich

---

<sup>563</sup> Vgl. Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992), S. 2221.

<sup>564</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 683.

<sup>565</sup> Vgl. Arora, N. K.; McHorney, C. A. (2000), S. 335.

<sup>566</sup> Vgl. Isfort, J.; Redaelli, M.; Butzlaff, M. E. (2007), S. 76–77; vgl. auch Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005), S. 4 und Ball, M. J.; Lillis, J. (2001), S. 1–3.

<sup>567</sup> Vgl. Grote Westrick, M. (o.J.), S. 9; vgl. auch Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005), S. 3 und Schmöller, M. (2008), S. 43.

<sup>568</sup> Die Daten entstammen aus repräsentativen Befragungen im Rahmen des Gesundheitsmonitors – Stand 2004.

<sup>569</sup> Vgl. Isfort, J.; Floer, B.; Butzlaff, M. (2004), S. 89–90.

13% der Befragten äußerten den Wunsch nach einer paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung. Die restlichen Patienten gaben an, selbst entscheiden zu wollen.<sup>570</sup>

Die extremste Ausprägung des Wandels in der Arzt-Patienten-Beziehung ist im Rahmen des „**Selfempowerment**“<sup>571</sup> der Patienten zu beobachten. Ursprüngliches Ziel des Selfempowerment ist die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Patienten, sodass sie Eigenverantwortung für Ihre Gesundheit übernehmen. Dies gilt sowohl für den Bereich der Prävention in Form eines gesunden Lebensstils als auch für die Compliance der Patienten bei verordneten Therapien und Medikamenten. Der Arzt soll den Patienten hierbei unterstützen, selbst aktiver zu werden. Er soll ihn dazu befähigen, eigenständig Entscheidungen zu treffen.<sup>572</sup> In Deutschland ist jedoch eine steigende Entwicklung zur **Selbstmedikation** zu beobachten.<sup>573</sup> Diese Ausprägung eines steigenden Gesundheits- und Selbstbewusstseins der Patienten ist nur bedingt positiv zu werten, da auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel – vor allem in der Kombination mit weiteren Medikamenten – unerwünschte Wirkungen erzeugen können.<sup>574</sup> Einer repräsentativen Umfrage unter GKV-Patienten im Rahmen des *WidO-monitor* zu Folge kaufen mehr als die Hälfte der Patienten zusätzlich zu einer ärztlichen Verordnung weitere Medikamente. Knapp 40% der befragten Patienten kaufen ohne eine ärztliche Verordnung Medikamente zur Selbstbehandlung.<sup>575</sup> Die Entwicklung des Selfempowerment der Patienten hat jedoch nicht nur bedenkliche Aspekte. Das Bewusstsein der Patienten, dass ein gesunder Lebensstil für die Erhaltung der Gesundheit wichtig ist, wächst. Zugleich wächst die Bereitschaft, auch selbst dafür aktiv zu werden.<sup>576</sup>

---

<sup>570</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Seidel, G. (2005), S. 107.

<sup>571</sup> Während das in Kapitel 2.4.3.1.2 beschriebene „Patient Empowerment“ die Entwicklung der Handlungsautonomie des Patienten bezogen auf wirtschaftliche (nicht-medizinische) Aspekte bezeichnet, bezieht sich „Selfempowerment“ auf die Eigenständigkeit der Patienten im medizinischen Kontext.

<sup>572</sup> Vgl. Gouthier, M. H. J. (2001), S. 56–57; vgl. auch Kreyher, V. J. (2001), S. 18–19.

<sup>573</sup> Vgl. Hubert Burda Media (2004), S. 6, 9-10; vgl. auch Zok, K. (2006), S. 1.

<sup>574</sup> Vgl. Zok, K. (2006), S. 2, 5.

<sup>575</sup> Vgl. Zok, K. (2006), S. 5.

<sup>576</sup> Vgl. Hubert Burda Media (2004), S. 4–5.

Bisher ist die Kommunikationskultur zwischen Patienten und Leistungsanbietern noch nicht ausreichend entwickelt.<sup>577</sup> Entsprechend ist es wichtig, die Implementierung der zuvor vorgestellten Ansätze der Patientenintegration zu fördern. Lösungsansätze im Rahmen der Prinzipal-Agent-Theorie versuchen, die Probleme der Informationsasymmetrie durch Verträge und das gezielte Setzen von Anreizen zu minimieren. Die Ausführungen zur Problematik des Prinzipal-Agent-Verhältnisses und der Informationsasymmetrie zeigen, wie wichtig es zur Implementierung von Versorgungsansätzen ist, die richtigen Anreize zu setzen. Sie zeigen zudem, wie wichtig eine gute Informations- und Kommunikationspolitik ist. Es hat sich jedoch auch gezeigt, dass keiner der Beziehungstypen der alleinige richtige ist. Entscheidend sind sowohl der geistliche und gesundheitliche Zustand des Patienten sowie seine Motivation und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme.<sup>578</sup> Entsprechend spielt auch der Patiententyp eine Rolle in der Wahl der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine Patiententypologie funktioniert folglich auch in diesem Bereich als Hilfe für den Leistungsanbieter.<sup>579</sup> Wichtig ist es in jedem Fall, auf den Patienten als Individuum einzugehen und entsprechend auch kein Entscheidungssystem aufzuzwingen. Ein Ansatz, den Kunden und somit den Patienten mehr in den Mittelpunkt zu stellen bietet das Customer Relationship Management, welches im Folgenden Kapitel vorgestellt wird.

---

<sup>577</sup> Vgl. Gellner, W.; Wilhelm, A. (2006), S. 127.

<sup>578</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 683-684, 686.

<sup>579</sup> Vgl. Dierks, M.-L.; Martin, S.; Schienkiewitz, A. (2001), S. 116.



### 3 Customer Relationship Management

#### 3.1 Begriffsklärung und Einordnung in den Unternehmenskontext

In der Literatur werden Bezeichnungen wie „Relationship Marketing“, „Customer Relationship Management“ oder auch „One-to-one Marketing“ verwendet, ohne dass eine klare Abgrenzung zueinander geschaffen wird. Die einzelnen strategischen Ausrichtungen verfolgen alle ähnliche Ziele, sind aber dennoch nicht identisch.<sup>580</sup>

Die Gründung des **Relationship Marketing (RM)**, im Deutschen als „Beziehungsmarketing“ bezeichnet, geht bereits in die 80er Jahre zurück. Es wird als eine Konkurrenzentwicklung zum traditionellen Marketing gesehen. Demnach kritisieren die Vertreter des RM die traditionellen Ansätze des Marketing als zu wenig kundenorientiert.<sup>581</sup> Im Grunde lassen sich zwei strategisch differierende Marketingansätze unterscheiden, das klassische, transaktionsorientierte Marketing<sup>582</sup> und das kundenbezogene „Relationship Marketing“.<sup>583</sup> Mittelpunkt des RM ist die Kundenorientierung und entsprechend die Steuerung von Kundenbeziehungen mit dem Ziel, eine langfristige Kundenbindung an das Unternehmen zu erzielen. Vorteile ergeben sich dadurch sowohl in der Förderung von Wiederholungskäufen als auch in der Anregung von „Cross-Selling“-Effekten. Kunden, die mit einem Produkt eines Unternehmens sehr zufrieden sind und dem Unternehmen vertrauen, tendieren auch dazu, weitere Produkte von diesem Unternehmen zu kaufen.<sup>584</sup> RM ist darauf ausgerichtet, eine lernende Beziehung zum Kunden aufzu-

---

<sup>580</sup> Neben One-to-one Marketing existieren weitere Bezeichnungen, wie „Mikro-Marketing“, „Clienting“, „Target Marketing“ etc., die im Ansatz das gleiche Ziel anstreben. Auf eine vollständige Aufzählung und Differenzierung wird hier verzichtet, da sie sich hauptsächlich im Namen unterscheiden. Vgl. hierzu Schnäbele, P. (1997), S. 14–15.

<sup>581</sup> Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 8–9.

<sup>582</sup> Grundlegende Erklärungen zum Thema des Marketing finden sich u.a. in Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008); Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007); Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002); Fritz, W.; Oelsnitz, D. v. d. (2001) und Schnäbele, P. (1997).

<sup>583</sup> Vgl. Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 11; vgl. auch Bruhn, M. (2001), S. 3–4 und Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008), S. 16.

<sup>584</sup> Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 3–4.

bauen. Erfahrungskurven erleichtern die Bindung des Kunden im Vergleich zur Neugewinnung unbekannter Kunden. Ein weiteres Ziel ist die Gewinnung von Neukunden durch Mund-zu-Mund Propaganda. Der Empfehlung eines zufriedenen Kunden wird eine starke Wirkung nachgesagt.<sup>585</sup>

Die Ausweitung des Beziehungsmarketing auf das ganze Unternehmen führt zum **Customer Relationship Management (CRM)**. CRM ist ein ganzheitlicher Ansatz, der sich in der Unternehmensphilosophie manifestiert. Es bezeichnet die Ausrichtung aller Prozesse und Informationsflüsse eines Unternehmens am Kunden.<sup>586</sup> CRM umfasst die Dimensionen Strategie, Struktur, Prozess und IuK-Technologie.<sup>587</sup> Sowohl die Aufbau- als auch die Ablauforganisation werden an der Kundenbeziehung orientiert.<sup>588</sup> Wichtig ist das einheitliche Auftreten gegenüber dem Kunden in allen Bereichen des Unternehmens.<sup>589</sup> Kernstück des CRM ist eine Software und Datenbank, welche die zentrale Speicherung aller Kundendaten ermöglicht. Dies führt zu einer Reduktion von Datenredundanz. Zudem kann jeder Mitarbeiter zu jeder Zeit auf die von ihm benötigten Daten zugreifen. So ist es z. B. für Mitarbeiter im Vertrieb möglich, vor dem Besuch eines Kunden nachzusehen, ob er aufgrund von Problemen aktuell durch den Service betreut wird.<sup>590</sup> Wichtig ist die kontinuierliche Pflege der Daten. Durch ein effizientes Wissensmanagement, folglich die Sammlung detaillierten Wissens über einen Kunden und den strategischen Einsatz dessen kann eine sogenannte „business intelligence“ aufgebaut werden.<sup>591</sup> Abbildung 27 gibt eine grafische Übersicht über die Entwicklung des CRM bei gleichzeitiger Darstellung der einzelnen Komponenten. Die Grafik verdeutlicht zugleich den Zusammenhang zwischen Beziehungsmarketing und CRM.

---

<sup>585</sup> Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 3–4; vgl. auch Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 11.

<sup>586</sup> Vgl. Brendel, M. (2003), S. 23.

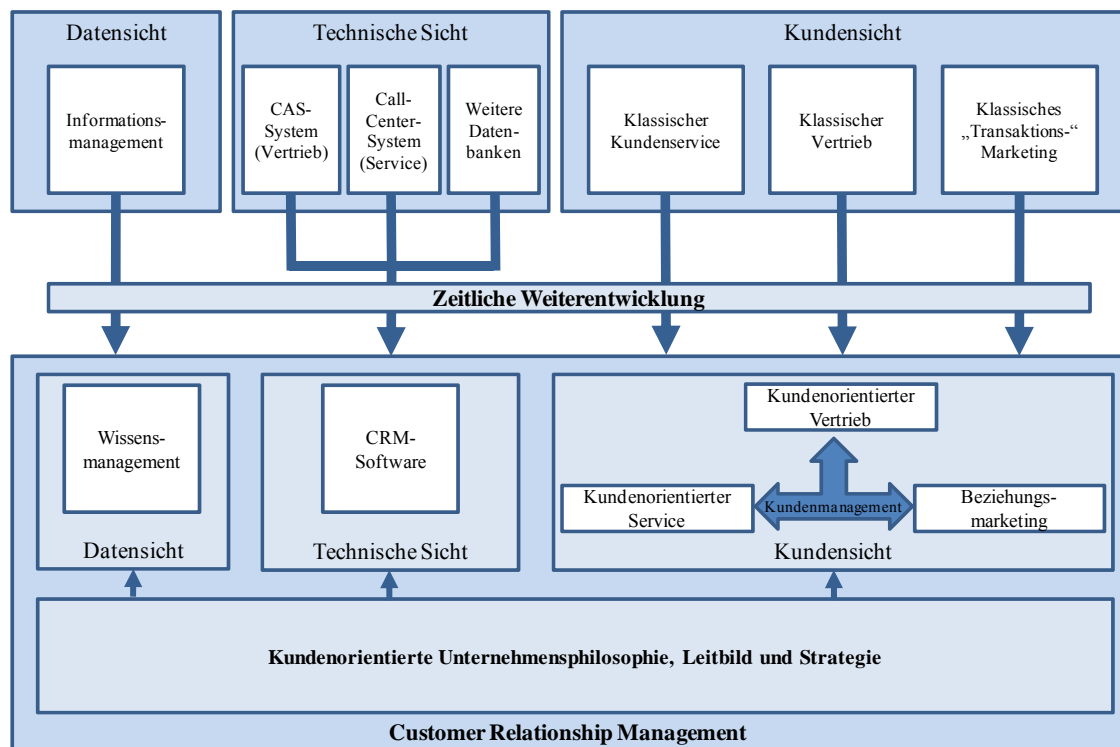
<sup>587</sup> Eine detailliertere Beschreibung des CRM Ansatzes und seiner Bestandteile folgt in Kapitel 3.

<sup>588</sup> Vgl. Krieger, K. (2005), S. 14.

<sup>589</sup> Vgl. Reichardt, C. (2000), S. 104–105.

<sup>590</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 47; vgl. auch Winkelmann, P. (2008), S. 230–238.

<sup>591</sup> Vgl. Winkelmann, P. (2008), S. 230–238.

Abbildung 27: Entwicklung des CRM<sup>592</sup>

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schulze, J.; Thiesse, F.; Bach, V. et al. (2000), S. 150–152 und Sexauer, H. J. (2004), S. 20-22, 25.

Die Begriffsverwendung ist in der Literatur jedoch nicht ganz eindeutig, da die Begriffe CRM und RM häufig synonym verwendet werden.<sup>593,594</sup> Die Übergänge zwischen den einzelnen Ansätzen sind fließend. In Tabelle 13 werden einige Definitionen von CRM vorgestellt.

<sup>592</sup> Vgl. Schumacher, J.; Meyer, M. (2004), S. 131: Die Abkürzung CAS in der Grafik steht für Computer Aided Selling. CAS-Systeme dienen der Unterstützung der Mitarbeiter im Vertrieb. Ein Daten- und Informationsaustausch mit anderen Abteilungen ist mit diesem System nicht möglich, es handelt sich daher um eine sogenannte Insellösung. Gleiches gilt für die Call-Center-Systeme im Bereich des Kundenservices.

<sup>593</sup> Für eine Übersicht verschiedener Definitionen von CRM und Beziehungsmarketing siehe Krieger, K. (2005), S. 16–19 Hier werden als Definitionen von CRM auch Definitionen des Begriffs Beziehungsmarketing angeführt.

<sup>594</sup> Vgl. Zablah, A. R.; Bellenger, D. N.; Johnston, W. J. (2004), S. 475–478.

**Tabelle 13: Definitionen von CRM**

Autor	Definition	Ziel	Kennzeichen
Newell, F. (2000), S. 2, 11	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.” <sup>595</sup>	Ziel ist es, den Wert der Kundenbeziehung in den Augen des Kunden zu maximieren, um den Kundennutzen und den Unternehmensprofit zu maximieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementierung der Prinzipien eines One-to-one Marketing</li> <li>• Aufbau einer langfristig angelegten, lernenden Beziehung zum Kunden</li> <li>• Identifikation der individuellen Kundenwerte</li> <li>• Aufbau einer Kommunikation, die den Wünschen des Kunden entspricht</li> </ul>
Reichardt, C. (2000), S. 104	Mit Customer Relationship Management (CRM) – dem systematischen und aktiven Aufbau und der Pflege von Kundenbeziehungen – werden gemeinhin Prozesse wie das Ansprechen, Gewinnen, Informieren, Bedienen und Pflegen einer Kundenbasis benannt.	Kostensenkung; Verkürzung der Verkaufszyklen; Umsatzsteigerung; Steigerung der Vertriebsproduktivität; Steigerung der Kundenzufriedenheit; Dauerhafte Kundenbindung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementierung kundenorientierter Geschäftsstrategien</li> <li>• Systematisches erfassen, aufbereiten und pflegen von Kundeninformationen</li> <li>• Verwendung der Informationen für die Entwicklung von Geschäftsprozessen</li> <li>• Aufbau eines soliden IuK-Systems</li> <li>• Integration der Kundendaten in die Service-Kanäle</li> </ul>
Zablah, A. R.; Bellenger, D. N.; Johnston, W. J. (2004), S. 480	„CRM is an ongoing process that involves the development and leveraging of market intelligence for the purpose of building and maintaining a profit-maximizing portfolio of customer relationships.” <sup>596</sup>	Schaffung eines Profitmaximierenden Portfolios aus Kundenbeziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementierung einer kundenbezogenen Unternehmenskultur als Grundlage die wandelnden Bedürfnisse der Kunden zu verstehen</li> <li>• Etablierung einer stabilen Basis aus CRM Technologien zur Unterstützung der Gewinnung, Verbreitung und Anwendung von Wissen, welches aus Kundenbeziehungen gewonnen werden kann</li> <li>• Aufbau eines komplexen Mix an Ressourcen (personell, materiell etc.) um „market intelligence“ zu erlangen und angepasst darauf zu reagieren</li> </ul>
Harms, F. (2006), S. 1	“CRM ist eine Geschäftsphilosophie zur Optimierung der Kundenidentifizierung, der Kundenbestandssicherung sowie des Kundenwertes.” <sup>597</sup>	Aufbau einer langfristigen, vertrauensvollen und für beide Seiten vorteilhaften Geschäftsbeziehung; Früherkennung verkaufsrelevanter Trends	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestation in der Unternehmensphilosophie</li> <li>• Automatisierung von Geschäftsprozessen</li> <li>• Einführung vielfältiger Kommunikationsschnittstellen zum Kunden</li> <li>• Erfassung jeglicher Informationen über den Kunden mit Hilfe geeigneter Techniken und Software</li> </ul>
Hippner, H. (2006), S. 18	„CRM ist eine kundenorientierte Unternehmensstrategie, die mit Hilfe moderner Informations- und Kommunikationstechnologien versucht, auf lange Sicht profitable Kundenbeziehungen durch ganzheitliche und individuelle Marketing-, Vertriebs- und Servicekonzepte aufzubauen und zu festigen.” <sup>598</sup>	Ausgestaltung profitabler Kundenbeziehungen, Erhöhung des gesamten Unternehmenserfolges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz von CRM-Systemen als technologische Komponente</li> <li>• Implementierung einer kundenorientierten Unternehmensstrategie</li> <li>• Neuausrichtung aller Verantwortlichkeiten und Prozesse am Kunden</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>595</sup> Newell, F. (2000), S.2.

<sup>596</sup> Zablah, A. R.; Bellenger, D. N.; Johnston, W. J. (2004), S.480.

<sup>597</sup> Harms, F. (2006), S.1.

<sup>598</sup> Hippner, H. (2006), S.18.

**Beziehungsmarketing** lässt sich in die zwei Teilbereiche „one-to-many“ und „one-to-one“ untergliedern. Ersteres zeichnet sich durch die Ausrichtung auf Zielgruppen aus. Die Daten, welche im Rahmen des RM erfasst werden, dienen der gezielten Definition einzelner Marktsegmente.<sup>599</sup> Zielgruppe des Beziehungsmanagement können zudem auch weitere Gruppen wie z. B. Lieferanten, Mitarbeiter, Partnerunternehmen oder Kapitalgeber sein.<sup>600</sup> Im Beziehungsmanagement oder –marketing wird die Ansprache personalisiert und durch Speicherung der Daten und Pflege der Beziehung an die Wünsche des Kunden angepasst. Mit der Flexibilisierung des Angebots und den steigenden Kundenansprüchen an Individualität hat sich auch die Zielgruppe des Marketing deutlich verändert. Es ist nicht mehr möglich, Kunden aufgrund einzelner demografischer Faktoren in „Schubladen“ zu stecken, da Kunden mit steigenden Wahlmöglichkeiten viel individuellere Verhaltensmuster entwickeln.<sup>601</sup> Den idealen Durchschnittskunden, auf den man seine Marketingstrategien abstimmt, gibt es in diesem Sinne nicht mehr.<sup>602</sup> Unternehmen müssen lernen, den Wert jedes einzelnen Kunden zu schätzen. Nur wer einzelne Kunden beobachtet und analysiert, kann schnell und flexibel auf Marktveränderungen reagieren.<sup>603</sup> Entsprechend hat sich als zweite Ausprägung des Beziehungsmarketing das „**One-to-one Marketing**“ entwickelt. Hier steht der einzelne Kunde im Mittelpunkt der Unternehmensorientierung, sozusagen das „Segment of One“. Dieser Ansatz hat sich über das Beziehungsmarketing hinaus weiterentwickelt, so dass er nicht rein auf den Bereich des Marketing ausgerichtet ist, auch wenn der Name dies impliziert. Wichtigstes Element des One-to-One Marketing ist das Ziel, eine Beziehung zum Kunden aufzubauen, welche sich durch stetige Lernkurven auszeichnet und die daraus gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse konsequent in allen Bereichen des Unternehmens anzuwenden. Dies beinhaltet auch die Weiter- und Neuentwicklung von Produkten.<sup>604</sup> Die vier P's des Marketing-Mix werden entsprechend um ein Fünftes, die Personalisierung, erweitert. Zudem wird die vollständige Marketingkonzeption inklusive der Analy-

---

<sup>599</sup> Vgl. Allen, C.; Kania, D.; Yaeckel, B. (2001), S. 4–5.

<sup>600</sup> Vgl. Fritz, W.; Oelsnitz, D. v. d. (2001), S. 29; vgl. auch Meyer, A.; Kantsperger, R.; Schaffer, M. (2006), S. 63.

<sup>601</sup> Vgl. McKenna, R. (2004), S. 17; vgl. auch Schnäbele, P. (1997), S. 11–12.

<sup>602</sup> Vgl. McKenna, R. (2004), S. 23.

<sup>603</sup> Vgl. McKenna, R. (2004), S. 25.

<sup>604</sup> Vgl. Peppers, D.; Rogers, M.; Dorf, B. (2004), S. 75–76; vgl. auch Winkelmann, P. (2008), S. 180.

sephase auf den Kunden ausgerichtet. Anstelle der klassischen Marktforschung werden die Bedürfnisse des Einzelnen analysiert, da die Aggregation von Informationen in der klassischen Form zu Informationsverlusten führt. Es handelt sich im Rahmen des One-to-one Marketing folglich nicht mehr um eine Marktorientierung des Unternehmens, sondern durchweg um eine kundenbezogene Ausrichtung.<sup>605</sup>

One-to-one Marketing zeichnet sich in der **Dienstleistungsbranche** durch die Besonderheit der Immaterialität des „Produktes“ aus. Dienstleistungen haben dadurch den Vorteil, dass sie leichter und schneller an Kundenwünsche angepasst werden können. Der Dienstleistungscharakter erzwingt direkten Kundenkontakt, sei es punktuell zur Abstimmung der gezielten Wünsche oder während des ganzen Erstellungsprozesses. Die Interaktion und der Austausch von Informationen zwischen Anbieter und Individuum lassen sich folglich einfacher ausbauen, als wenn der Kontakt zunächst erst einmal hergestellt werden muss.<sup>606</sup> Das „Nichtgreifen können“ des Produktes bringt jedoch aus der Sicht des Marketing auch Nachteile mit sich. Das angebotene Produkt ist nicht vorzeigbar. Es kann nicht gesehen, gehalten oder berührt werden. Umso schwieriger ist es entsprechend, den Kunden vorab von der Qualität des Produktes zu überzeugen. Erfahrungen und Glaubwürdigkeit spielen eine große Rolle in der Vermarktung von Dienstleistungen. Zum einen muss dem Kunden nahe gebracht werden welche Leistungen überhaupt angeboten werden, zum anderen müssen sie dem Kunden positiv in Erinnerung bleiben.<sup>607</sup>

Laut Definition ist One-to-one Marketing ein ganzheitlicher Ansatz, welcher als Spezialisierung des CRM angesehen werden kann, da die Kundenorientierung des CRM von Kundengruppen auf einzelne Kunden verfeinert wird. Die Abgrenzung der Begriffe ist in der Literatur jedoch auch in diesem Bereich nicht eindeutig.<sup>608</sup>

---

<sup>605</sup> Vgl. Ludwig, M. A. (2000), S. 119–120.

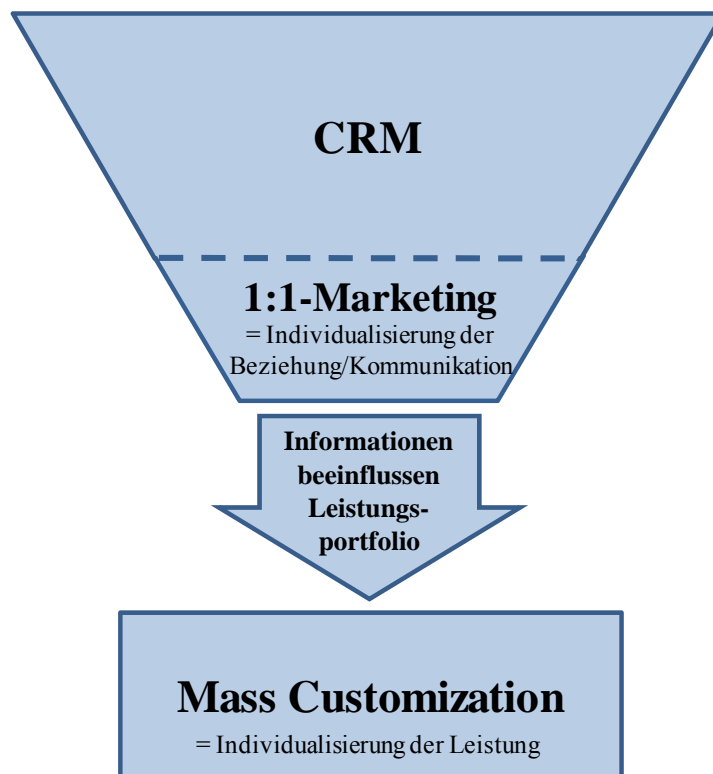
<sup>606</sup> Vgl. Ludwig, M. A. (2000), S. 128–129; vgl. auch Pitt, L.; Berthon, P.; Watson, R. T. (1999), S. 12.

<sup>607</sup> Vgl. Ludwig, M. A. (2000), S. 128–129; vgl. auch Pitt, L.; Berthon, P.; Watson, R. T. (1999), S. 12.

<sup>608</sup> Vgl. Reichardt, C. (2000), S. 105 und Peppers, D.; Rogers, M.; Dorf, B. (2004), S. 78.

Für die weitere Arbeit wird davon ausgegangen, dass CRM ein ganzheitlicher Ansatz ist, welcher die Ausrichtung des gesamten Unternehmens am Kunden fordert. One-to-one Marketing ist die Spezialisierung dieses Ansatzes, welcher die Orientierung an einzelnen Kunden aufgreift.<sup>609</sup> Es beinhaltet die Individualisierung der Kundenbeziehung und der Kommunikation.<sup>610</sup> One-to-one Marketing kann folglich als maßgeblicher Einflussfaktor auf den Mass Customization Ansatz<sup>611</sup> betrachtet werden, da es die Einbringung von Informationen aus unterschiedlichen Unternehmensbereichen in die individualisierte Produktion bzw. Leistungserstellung ermöglicht. Abbildung 28 verdeutlicht diesen Zusammenhang.

**Abbildung 28: Zusammenhang zwischen CRM, 1:1-Marketing und Mass Customization**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Piller, F. T.; Schaller, C. (2004), S. 62–63.

<sup>609</sup> Vgl. Ludwig, M. A. (2000), S. 120–125; vgl. auch Peppers, D.; Rogers, M.; Dorf, B. (2004), S. 78.

<sup>610</sup> Vgl. Piller, F. T.; Schaller, C. (2004), S. 62–63.

<sup>611</sup> Eine Darstellung des Mass Customization Ansatzes folgt in Kapitel 4.

## **3.2 Grundlagen des Customer Relationship Management**

### **3.2.1 Bestandteile des Customer Relationship Management**

CRM bezeichnet wie zuvor dargestellt einen ganzheitlichen Ansatz, welcher sich in der Unternehmensphilosophie manifestiert. Es setzt sich aus 4 wesentlichen Bausteinen zusammen:<sup>612</sup> dem Kundenmanagement, der Prozessoptimierung, dem Wissensmanagement und der Softwarekomponente.

#### ***Kundenmanagement***

Unter Kundenmanagement wird in diesem Fall alles subsumiert, was den direkten Kundenkontakt betrifft. Dies beinhaltet eine Optimierung der Schnittstellen zum Kunden, ein personalisiertes Marketing, einen Kundenservice, welcher sich z. B. durch effizientes Beschwerdemanagement und dadurch einen Mehrwert für den Kunden auszeichnet sowie den personalisierten Vertrieb.<sup>613</sup> Personalisierter Vertrieb bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die entsprechenden Mitarbeiter den Kunden, seine Wünsche und Bedürfnisse genau kennen. Sie erhalten auch Informationen und Wissen, welches in anderen Unternehmensbereichen, z. B. dem Kundenservice, über den Kunden erfasst wurde und können so besser auf den Kunden eingehen. Ziel des Beziehungsmanagement ist der Aufbau und die Ausgestaltung langzeitorientierter Kundenbeziehungen, welche zu einer Win-win-Situation führen, folglich zu einer Wertsteigerung für Unternehmen und Kunden.<sup>614</sup> Der Nutzen für den Kunden liegt in der für ihn optimierten Leistungserstellung, der wunschgerechten Betreuung sowie dem Vorteil, dass er seine Kundendaten, Wünsche und Bedürfnisse nicht wiederholt darstellen muss. Einmal erfasste Informationen gehen nicht mehr verloren, was zu einer Zeitersparnis bei wiederholtem Kontakt führt. Dem Kunden müssen auch Anreize gesetzt werden, immer wieder von sich aus Kontakt mit dem Unternehmen aufzunehmen.<sup>615</sup>

---

<sup>612</sup> Vgl. Helmke, S.; Uebel, M. F.; Dangelmaier, W. (2008), S. 8–10.

<sup>613</sup> Vgl. Helmke, S.; Uebel, M. F.; Dangelmaier, W. (2008), S. 8–10.

<sup>614</sup> Vgl. Winkelmann, P. (2008), S. 233, 236.

<sup>615</sup> Vgl. Gerth, N. (2001), S. 107; vgl. auch Winkelmann, P. (2008), S. 238.



### ***Business Process Management (BPM)***

Unter Business Process Management (BPM) versteht man die Optimierung aller Prozesse, so dass ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis entsteht. Es bedeutet auch, Geschäftsprozesse abteilungsübergreifend zu reorganisieren oder neu zu implementieren.<sup>616</sup> Im Rahmen der Optimierung von Kosten und Nutzen sollen auch die Aspekte des Service, der Qualität und der Schnelligkeit der Aufgabenbewältigung durch Prozessoptimierung verbessert werden.<sup>617</sup> Des Weiteren beinhaltet BPM eine möglichst weitreichende Automatisierung von Prozessen, um die Mitarbeiter zu entlasten und Fehlerpotenzial zu reduzieren. Ansätze des BPM sind z. B. das in Kapitel 2.3.5.2 besprochene TQM oder das Business Process Reengineering.<sup>618,619</sup> Die Konzepte im Rahmen des BPM sind jedoch sehr unternehmenszentriert, was bedeutet, dass sich die Verbesserungsmaßnahmen sehr stark auf unternehmensinterne Prozesse beziehen und der Kunde lediglich im Blickpunkt auf die direkten Außenbeziehungen betrachtet wird. Im CRM wird die Prozessverbesserung um die Kundensicht erweitert. Die Prozesse im Unternehmen werden folglich durch Umstrukturierungen am Kunden ausgerichtet.<sup>620</sup>

### ***Knowledge Management***

Knowledge Management umfasst die systematische Datengewinnung, -integration und -verteilung im Unternehmen und somit die Erfassung und sinnvolle Weitergabe von Information und Wissen. Hierbei ist es wichtig, dass nur relevante Daten erfasst und weitergeleitet werden, um einen Überfluss zu vermeiden und dadurch eine sinnvolle Nutzung und eine hohe Transparenz zu ermöglichen.<sup>621</sup> Jeder Mitarbeiter muss ohne großen

---

<sup>616</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 33–34.

<sup>617</sup> Vgl. Sexauer, H. J. (2004), S. 23.

<sup>618</sup> Im Gegensatz zu TQM beinhaltet Business Process Reengineering nicht die Umgestaltung und Automatisierung bestehender Prozesse, sondern die radikale Neukonzeption und Implementierung neuer Unternehmensprozesse, mit dem Ziel effizientere und effektivere Ergebnisse zu erzielen. Vgl. Hammer, M.; Champy, J. (1994), S. 32–36, 83–85; vgl. auch Hammer, M.; Champy, J.; Künzel, P. (2003), S. 47–48.

<sup>619</sup> Vgl. Sexauer, H. J. (2004), S. 23.

<sup>620</sup> Vgl. Sexauer, H. J. (2004), S. 23–24.

<sup>621</sup> Vgl. Helmke, S.; Uebel, M. F.; Dangelmaier, W. (2008), S. 8–10; vgl. auch Winkelmann, P. (2008), S. 233.

Aufwand auf die Informationen zugreifen können, welche er sinnvoll für seine Tätigkeiten einsetzen kann, ohne zunächst andere Mitarbeiter fragen zu müssen. Alle wichtigen Informationen müssen im System erfasst sein, so dass sie auch bei einem Wechsel des Personals erhalten bleiben. Dies beinhaltet soweit möglich auch den Erhalt von implizitem Wissen.<sup>622</sup>

### ***CRM-Technologie***

Zur effizienten Ausführung von CRM ist es notwendig, den Ansprüchen gerecht werdende Datenbanken und eine CRM-Software einzusetzen, um die Datenbereitstellung und die Steuerung der Informationsflüsse und die Erfassung von Wissen zu optimieren und im notwendigen Ausmaß zu ermöglichen.<sup>623</sup> Sie unterstützen folglich alle Komponenten<sup>624</sup> des CRM. Wichtigstes Ziel ist hierbei die Zusammenführung abteilungsspezifischer Systeme, so dass eine redundante und teilweise unterschiedlich aktualisierte bzw. fehlerhafte Datenvorhaltung vermieden werden kann. Insellösungen sollen abgebaut und ein einheitliches, zusammenhängendes System geschaffen werden.<sup>625</sup> Dies soll dazu dienen, allen Mitarbeitern Zugang zu den von ihnen benötigten, ganzheitlichen, aktuellen Informationen über die Kunden zu ermöglichen.<sup>626</sup> CRM-Systeme dienen auch der Automatisierung von Prozessen, um Mitarbeiter zu entlasten, Prozesse zu beschleunigen und Fehler, die z. B. durch das Vergessen einzelner Aktivitäten oder Termine entstehen, zu vermeiden.<sup>627</sup> Sie können des Weiteren z. B. über die Anbindung an ein Internetportal zur Schnittstelle zwischen Unternehmen und Kunde werden. Ein Internetportal dient der Analyse des Kundenverhaltens und bietet dem Kunden zugleich die Möglichkeit, den Informationsgehalt und Aufbau des Portals nach seinen Wünschen zu gestalten. Automatisierte Informationsabonnements, welche der Kunde frei wählen kann, stellen hierbei sicher, dass er nur auf die von ihm gewünschte Weise angesprochen wird und führen somit zu zielgerichtetem Marketing.<sup>628</sup>

---

<sup>622</sup> Vgl. Winkelmann, P. (2008), S. 237; vgl. auch Schmid, R. E.; Bach, V.; Österle, H. (2000), S.33-34.

<sup>623</sup> Vgl. Winkelmann, P. (2008), S. 233.

<sup>624</sup> Die einzelnen Komponenten des CRM werden in Kapitel 3.2.2 dargestellt.

<sup>625</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 47.

<sup>626</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 47.

<sup>627</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 57.

<sup>628</sup> Vgl. Schneider, S. (2004), S. 223–224.

### **Erfolgsmessung**

Im Rahmen des CRM ist es zudem unerlässlich, regelmäßig den Erfolg des Ansatzes zu kontrollieren. Hierfür gibt es unterschiedliche Erfolgsindikatoren. Hauptindikator ist hier die Kundenzufriedenheit,<sup>629</sup> da es einen nachgewiesenen Zusammenhang zwischen der Kundenzufriedenheit und der Kundenbindung gibt.<sup>630</sup> So garantiert eine hohe Kundenzufriedenheit zwar nicht, dass eine langfristige Kundenbindung entsteht, letztere ist ohne Kundenzufriedenheit jedoch kaum zu erreichen.<sup>631</sup> Es gilt folgende Definition von Kundenbindung:

*„Kundenbindung = Kundenzufriedenheit plus Vertrauen“<sup>632</sup>*

Weitere Indikatoren für die Erfolgsmessung, welche sich in der Kundenzufriedenheit widerspiegeln, sind das Beschwerde-, Wiederkauf- und Kommunikationsverhalten der Kunden<sup>633</sup> sowie die Abwanderungsraten und -gründe.<sup>634</sup> Des Weiteren sollten interne Erfolgskriterien festgelegt werden. Mögliche Indikatoren wären z. B. die Qualitätswahrnehmung sowie das Vermögen der Mitarbeiter, das Unternehmen aus Kundensicht zu betrachten, die Erwartungen der Kunden zu verstehen und die Bereitschaft diese auch zu erfüllen.<sup>635, 636</sup>

---

<sup>629</sup> Vgl. Helmke, S.; Uebel, M. F.; Dangelmaier, W. (2008), S. 7; vgl. auch Piller, F. T.; Schaller, C. (2004), S. 59.

<sup>630</sup> Vgl. Homburg, C.; Becker, A.; Hentschel, F. (2003), S. 103–106; vgl. auch Fischer, M.; Herrmann, A.; Huber, F. (2001), S. 1181.

<sup>631</sup> Vgl. Homburg, C.; Giering, A.; Hentschel, F. (1998), S. 1.

<sup>632</sup> Piller, F. T.; Schaller, C. (2004), S. 59.

<sup>633</sup> Vgl. Piller, F. T.; Schaller, C. (2004), S. 59.

<sup>634</sup> Vgl. Reichheld, F. F.; Sasser, E. W. (2003), S. 150.

<sup>635</sup> Vgl. Kim, H.-S.; Kim, Y.-G. (2009), S. 478.

<sup>636</sup> Für weitere Informationen zu Indikatoren der Erfolgsmessung und der Entwicklung einer CRM Scorecard aufbauend auf dem System einer Balanced Scorecard siehe Kim, H.-S.; Kim, Y.-G. (2009).

### **3.2.2 Komponenten des Customer Relationship Management**

#### ***Analytisches CRM***

Das analytische CRM umfasst den Bereich von der Datenerfassung bis zur Umwandlung der gewonnenen Informationen in Business Intelligence – intelligent verarbeiteten und angewandtem Kundenwissen. Hierzu zählen die Untersuchung des Kundenverhaltens, die Kundentypisierung und entsprechende Zielgruppendefinition. Des Weiteren umfasst es jegliche Analysen der erfassten Daten, wie z. B. die Auswertung des Erfolges von Marketingkampagnen oder von Marktkennzahlen.<sup>637</sup> Es beinhaltet auch Verfahren zur Prognose der zukünftigen Entwicklung einer Kundenbeziehung.<sup>638</sup> Zudem sind alle Aktivitäten enthalten, welche der Entscheidungsunterstützung im Rahmen der Kundenbeziehung dienen.<sup>639</sup> Ein Schwerpunkt ist hierbei die Identifikation, Verbindung, Koordination und Weiterverarbeitung verfügbaren Wissens. Das Wissensmanagement<sup>640</sup> erhält im Rahmen des analytischen CRM folglich eine besondere Bedeutung.<sup>641</sup> Die Erkenntnisse des analytischen CRM dienen dem operativen und dem kollaborativen CRM.<sup>642</sup>

#### ***Operatives CRM***

Alle Aktivitäten, welche in direktem Zusammenhang mit dem Kundenkontakt stehen, sind dem operativen CRM zuzuordnen. Entsprechend zählen die Aktivitäten und Prozesse des Marketing, Vertriebs und des Kundenservice zu dieser Komponente. Alle Schnittstellen zum Kunden sind in diesen Bereich integriert.<sup>643</sup> Im operativen CRM ist ein guter Austausch mit den Systemen der Produktion und Leistungserstellung besonders wichtig, um Liefertermine, Verfügbarkeiten oder andere ressourcenabhängige Aussagen möglichst akkurat treffen zu können. Hierfür werden CRM-Systeme an die Sys-

---

<sup>637</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 51; vgl. auch Riempp, G. (2003), S. 26.

<sup>638</sup> Vgl. Zipser, A. (2001), S. 37.

<sup>639</sup> Vgl. Schumacher, J.; Meyer, M. (2004), S. 21.

<sup>640</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.1.3.2.

<sup>641</sup> Vgl. Paulzen, O.; Haas, S. (2004), S. 121–122.

<sup>642</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 54; vgl. auch Schumacher, J.; Meyer, M. (2004), S. 21.

<sup>643</sup> Vgl. Zipser, A. (2001), S. 37-38; vgl. auch Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 48.

teme des Enterprise Resource Planning (ERP) und des Supply Chain Management (SCM) angebunden.<sup>644</sup> Im Rahmen des operativen CRM soll eine zielgenaue Ansprache und eine optimierte Kundenbeziehung erreicht werden, um einen möglichst effizienten Ressourcenverbrauch zu erzielen und Streuverluste zu vermeiden.<sup>645</sup> Hauptelement ist folglich die Prozessverbesserung sowie die Effizienzsteigerung.<sup>646</sup>

### ***Kollaboratives CRM***

In dieser Komponente des CRM werden alle Aktivitäten der Steuerung und Abstimmung der Vertriebs- und Kommunikationskanäle zusammengefasst. Dieser Aspekt ist vor allem dann besonders wichtig, wenn die Endkunden traditionellerweise nicht direkt mit dem Unternehmen kommunizieren. Wird durch CRM die Zwischenstufe der Vertriebspartner in Form von Groß- und Einzelhandel teilweise umgangen, ist es besonders wichtig, eine einheitliche Ansprache des Endkunden zu erzielen. Eine mehrfache Ansprache eines Kunden über unterschiedliche Kommunikationskanäle und Abteilungen des Unternehmens und eine im schlimmsten Fall widersprüchliche, aber vor allem redundante Informationsbereitstellung durch verschiedene Mitarbeiter soll vermieden werden.<sup>647</sup>

### **3.2.3 Ziele des Customer Relationship Management**

Die Übersicht unterschiedlicher Definitionen des CRM in Kapitel 3.1 zeigt, dass trotz unterschiedlichem Gesamtverständnis dieses Ansatzes in der Zielsetzung weitgehend Einigkeit herrscht. Ziel des CRM ist es, durch die Bildung langfristiger und profitabler Kundenbeziehungen den Unternehmenserfolg zu steigern.<sup>648</sup> Die Erreichung dieses Ziels kann durch die Definition von Teilzielen sichergestellt werden.

---

<sup>644</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 48.

<sup>645</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a), S. 54–55; vgl. auch Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 124.

<sup>646</sup> Vgl. Riempp, G. (2003), S. 26.

<sup>647</sup> Vgl. Schumacher, J.; Meyer, M. (2004), S. 21.

<sup>648</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 22–23; vgl. auch Schumacher, J.; Meyer, M. (2004), S. 22.

### **Maximierung des Kundenwertes**

Der Beitrag eines Kunden zum Unternehmenserfolg, welcher als **Kundenwert** bezeichnet wird, definiert sich nicht nur durch die direkten Umsätze, sondern auch über indirekte Wege wie die Weiterempfehlung und die daraus entstehende Neukundengewinnung.<sup>649</sup> Im Rahmen der Maximierung des Kundenwertes ist darauf zu achten, dass die Kosten, die dem Unternehmen durch Aufbau und Erhaltung der intensiven Beziehung entstehen den erwarteten Kundenwert nicht übersteigen dürfen.<sup>650</sup> In der Regel wird davon ausgegangen, dass es für ein Unternehmen kostengünstiger ist, eine bestehende Kundenbeziehung zu pflegen als Neukunden zu gewinnen.<sup>651</sup> Dennoch liegt ein wichtiger Bestandteil der Kundenwertmaximierung in der Erkennung der profitablen Kundengruppen und der Konzentration der Aktivitäten auf diese. Es ist zudem zu prüfen, ob weniger rentable Kunden durch gezielte Maßnahmen zu profitablen Kunden werden können. Beides ist über eine Kundensegmentierung und die Ausarbeitung von Typologien möglich.<sup>652</sup>

Bei der Analyse des Kundenwertes ist das langfristige Potenzial zu prüfen, da davon ausgegangen wird, dass er mit zunehmender Dauer der Kundenbeziehung steigt.<sup>653</sup> Wichtig ist folglich nicht nur der aktuelle, sondern der über die gesamte Dauer der Kundenbeziehung zu erwartende Kundenwert, auch als „**Customer Lifetime Value**“ bezeichnet.<sup>654</sup> Dieser ist jedoch schwer zu kalkulieren.<sup>655</sup> Zum einen lassen sich die Leistungsanspruchnahme der Zukunft und mögliche Umsätze durch Cross Selling nur ungenau vorhersagen, da Kunden mit wachsender Beziehung zum Unternehmen oftmals auch die Frequenz der Leistungsnachfrage ändern. Zum anderen lassen sich Werttreiber wie die Weiterempfehlung oder allgemein die Rolle als Meinungsbildner schlecht in

---

<sup>649</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 22–23.

<sup>650</sup> Vgl. Link, J. (2001), S. 3.

<sup>651</sup> Vgl. Schumacher, J.; Meyer, M. (2004), S. 22; vgl. auch Meffert, H. (2003), S. 140.

<sup>652</sup> Vgl. Meffert, H. (2003), S. 140; vgl. auch Kahle, U.; Hasler, W. (2001), S. 228–229.

<sup>653</sup> Vgl. Reichheld, F. F.; Sasser, E. W. (2003), S. 150–151.

<sup>654</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 24–25; vgl. auch Wimmer, F.; Göb, J. (2006), S. 402.

<sup>655</sup> Vgl. Reichheld, F. F.; Sasser, E. W. (2003), S. 150–151.

monetären Werten ausdrücken.<sup>656</sup> Des Weiteren muss das Einsparpotenzial durch verringerte Werbemaßnahmen, reduzierte Marktforschung sowie eine Verminderung der Streuverluste, welche durch erfolglose bzw. fehlgeleitete Marketingmaßnahmen entstehen, bedacht werden.<sup>657</sup>

### ***Maximierung des Customer Value***

Neben dem Nutzen für das Unternehmen muss auch der **Nutzen für den Kunden** im Blickpunkt der Aktivitäten stehen. Kunden werden nur dann bereit sein, eine intensive und langzeitorientierte Beziehung zum Unternehmen aufzubauen, wenn der Nutzen auch für sie höher ist als der entstehende Aufwand. Zur begrifflichen Unterscheidung wird der Wert der Beziehung aus Sicht des Kunden als „customer value“ bezeichnet.<sup>658</sup>

Der Vorteil für den Kunden, der durch den Beziehungsaufbau und deren Langzeitperspektive für ihn entsteht, muss für diesen klar ersichtlich sein, sonst kann sich die Bemühung des Unternehmens schnell negativ auswirken, wenn sich der Kunde z. B. durch zu häufige Kontaktaufnahme oder nicht optimal auf ihn abgestimmte Kommunikation belästigt fühlt.<sup>659</sup> Dies bedeutet, dass der Kunde der Nutzung seiner Daten explizit zustimmen muss, so dass eine **Vertrauensbasis** geschaffen werden kann. Auf dieser Basis kann dann durch positive Erfahrungen wirkliches Vertrauen aufgebaut werden.<sup>660</sup> Dies spielt vor allem bei Dienstleistungen eine Rolle, da sie durch ihre Immaterialität und das nicht vorhersehbare Ergebnis ein Vertrauensgut sind.<sup>661</sup> Eine zusammenfassende Übersicht über die Einflussfaktoren auf Kundenwert und Customer Value sowie deren Zusammenhänge gibt Abbildung 29.

---

<sup>656</sup> Vgl. Braun, T.; Cornelsen, J. (2006), S. 627; vgl. auch Reichheld, F. F.; Sasser, E. W. (2003), S. 150–153 und Meier, R. (2004), S. 192–193.

<sup>657</sup> Vgl. Reichheld, F. F.; Sasser, E. W. (2003), S. 150–153; vgl. auch Meier, R. (2004), S. 192–193.

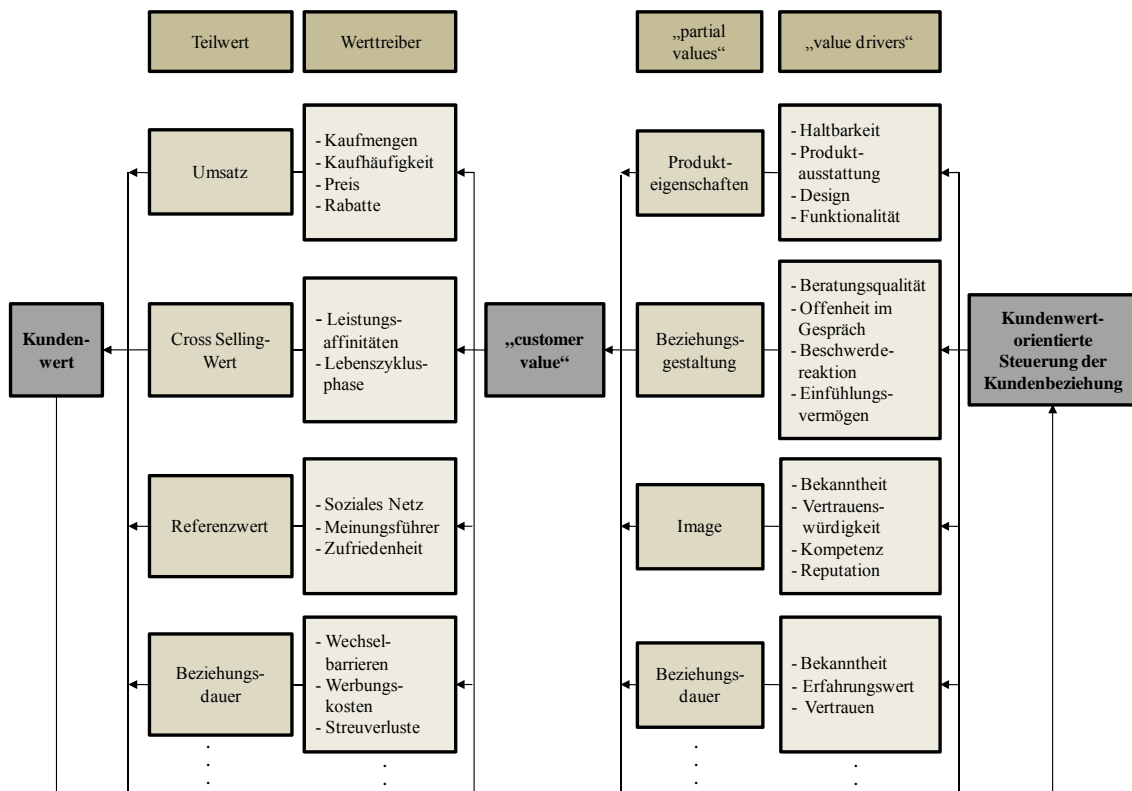
<sup>658</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 22–24.

<sup>659</sup> Vgl. Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 125–126.

<sup>660</sup> Vgl. Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 126–127.

<sup>661</sup> Vgl. Piller, F. T.; Meier, R. (2001), S. 15.

Abbildung 29: Einflussfaktoren auf Customer Value und Kundenwert



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hippner, H. (2007), S. 24.

### 3.3 Implementierung und Wirkungskette des Customer Relationship Management

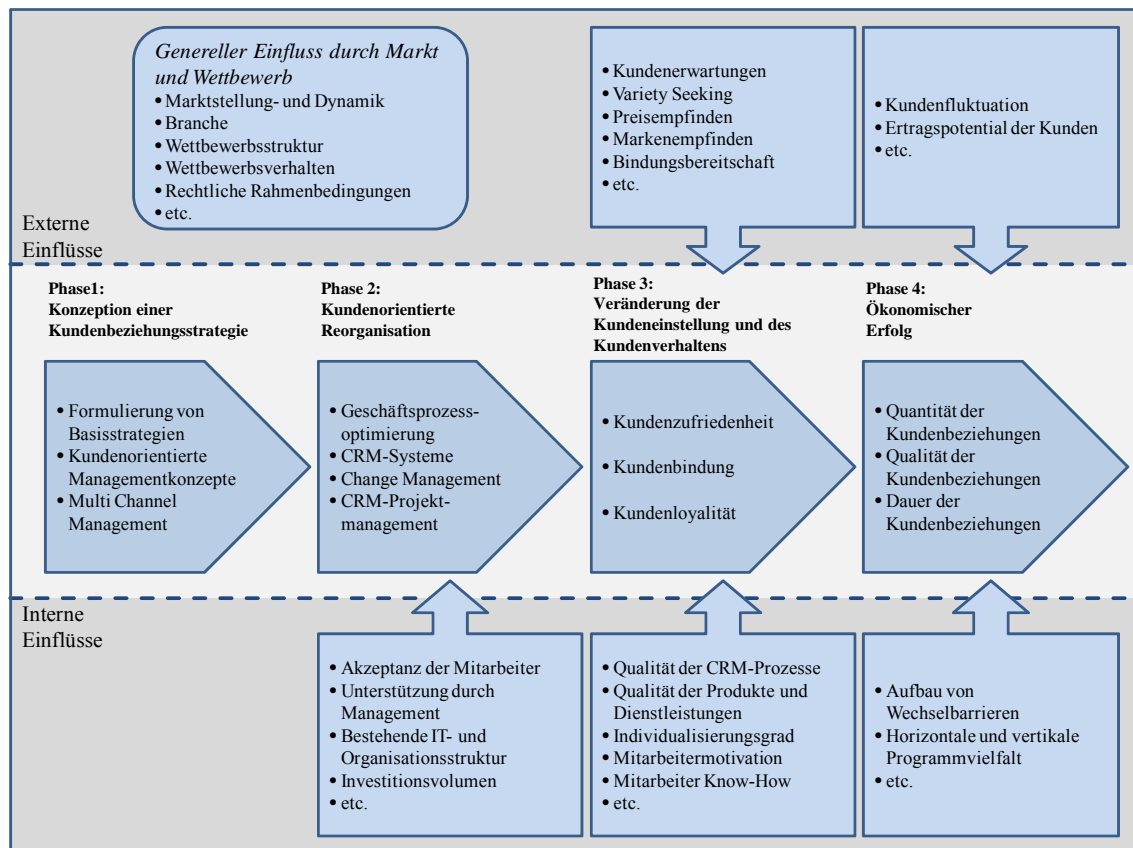
Um den CRM-Ansatz erfolgreich im Unternehmen zu implementieren, ist es wichtig, zunächst eine grundlegende, kundenorientierte **Strategie** auszuarbeiten, so dass die Reorganisation einem klaren Konzept folgt.<sup>662</sup> Diese muss sich auch in der Unternehmensphilosophie und dem Leitbild ausdrücken. Ohne die ganzheitliche Integration des CRM-Gedankens kann eine Implementierung dieses Ansatzes sehr schnell scheitern.<sup>663</sup> Abbildung 30 gibt eine Übersicht über die Wirkungskette des CRM.

<sup>662</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 35.

<sup>663</sup> Vgl. Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 124–125.



Abbildung 30: Wirkungskette des CRM



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hippner, H. (2007), S. 22.

Im Rahmen der **Strategie** muss nicht nur herausgearbeitet werden, wie ein möglichst hoher Grad an Kundenzufriedenheit und customer value erreicht werden kann. Vorsorgemaßnahmen sind auch im Sinne eines Beschwerdemanagement, eines Abwanderungspräventionsmanagement und eines Vorgehensplanes zur Rückgewinnung von Kunden zu treffen.<sup>664</sup> Des Weiteren sind Konzepte zur Ansprache und zum Umgang mit Interessenten und Neukunden zu entwickeln. Wichtig ist in diesem Kontext auch die Definition der Schnittstellen, über welche Wege und auf welche Art und Weise der Kontakt zu den Kunden gepflegt werden soll. Die einzelnen Aspekte der Kundenbeziehungsstrategie können als Basisstrategien bezeichnet werden.<sup>665</sup> Bei der Entwicklung der Unternehmensstrategie müssen auch externe Einflussfaktoren, wie Marktbesonderheiten, die Wettbewerbsstruktur sowie rechtliche Rahmenbedingungen beachtet werden. Ergänzt wird sie durch kundenorientierte Managementkonzepte und Multi Channel Ma-

<sup>664</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 35.

<sup>665</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 35–36.

nagement. Letzteres bezeichnet den Aufbau multipler Interaktionskanäle (z. B. Internet, Telefon, Post, Kundenbetreuer, Filiale), so dass der Kunde die seinen Präferenzen entsprechende Kommunikation und Leistungserstellung wählen kann.<sup>666</sup> Gleichzeitig ist es Aufgabe des Multi Channel Management, bei der Bereitstellung der unterschiedlichen Kanäle auf eine kosteneffiziente Lösung für das Unternehmen zu achten.<sup>667</sup>

Sind die Rahmenbedingungen geklärt und die Basis geschaffen, kann mit der **Reorganisation der Unternehmensausrichtung** begonnen werden. Hier sind im Besonderen die internen Einflussfaktoren zu beachten. Eine erfolgreiche Implementierung kann nur dann stattfinden, wenn die Änderungen sowohl vom Management als auch von den einzelnen Mitarbeitern getragen werden. Dies erfordert ein kompetentes Projekt- und Change Management. Bei der Einrichtung von unterstützenden CRM-Systemen spielt die Integration bestehender Systeme eine wichtige Rolle. Gegebenenfalls müssen die Mitarbeiter in der Nutzung der neuen Systeme ausführlich geschult werden.<sup>668</sup>

Die **Beziehung zum Kunden** kann in drei Stufen unterteilt werden.<sup>669</sup> Die niedrigste Stufe ist die Kundenzufriedenheit. Kombiniert mit einer Beziehung auf Vertrauensbasis ergibt sich die Kundenbindung, welche bereits Wechselbarrieren für den Kunden aufbaut. Vertrauen ist besonders wichtig, wenn sich die Beziehung zwischen Unternehmen und Kunden durch hohe Informationsasymmetrien auszeichnet. Entsprechend spielen hier das Auftreten der Mitarbeiter und deren Motivation eine sehr große Rolle.<sup>670</sup> Zudem sollte beim Kunden eine grundsätzliche Bindungsbereitschaft vorliegen. Die höchste Stufe, welche in einer Kundenbeziehung erreicht werden kann, ist die Loyalität. Dies bedeutet, dass der Kunde dem Unternehmen nicht aufgrund von Wechselbarrieren treu bleibt, sondern weil er es möchte. Diese Einstellung wird auch als Commitment bezeichnet.<sup>671</sup> Es ist folglich sinnvoll, die Wechselbarrieren durch eine Ergänzung des

---

<sup>666</sup> Vgl. Link, J. (2001), S. 14-16; vgl. auch Hippner, H. (2007), S. 36.

<sup>667</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 36.

<sup>668</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 22.

<sup>669</sup> Vgl. hier und im Folgenden Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 128–131 und Piller, F. T.; Schaller, C. (2004), S. 59–60.

<sup>670</sup> Vgl. Wolf, E. (2002), S. 117, 134-135; vgl. auch Hippner, H. (2007), S. 36–37.

<sup>671</sup> Vgl. Wolf, E. (2002), S. 134-136; vgl. auch Hippner, H. (2007), S. 36–37.

CRM im Sinne einer Individualisierung der Produkte und Dienstleistungen zu erhöhen. Da qualitativ hochwertige Produkte und Dienstleistungen sowie ein exzellentes Kundenmanagement von Kunden oftmals als selbstverständlich angesehen werden, führt die Erfüllung dieser Charakteristika zwar zu Kundenzufriedenheit, nicht aber automatisch zur Kundenbindung. Durch die Individualisierung der Produkte und Dienstleistungen steigt die Chance, aus Kundenbindung eine Kundenloyalität zu entwickeln, da Wechselbarrieren auf freiwilliger Basis aufgebaut werden. Im Rahmen der Produkt- und Leistungsindividualisierung entsteht für den Kunden die Motivation, persönliche Informationen eigenständiger und unbeschränkter preiszugeben. Das durch die individuelle Leistungserstellung gewonnene Wissen wird im Rahmen des CRM gespeichert und erspart dem Kunden bei erneutem Leistungsanspruch den Aufwand, die Informationen ein weiteres Mal mitzuteilen.<sup>672</sup> Die Individualisierung von Produkten und Dienstleistungen ist Gegenstand des Ansatzes der Mass Customization, welcher im nachfolgenden Kapitel vorgestellt wird.

---

<sup>672</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 36–37; vgl. auch Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 128–134.

## 4 Interaktive Wertschöpfung – Mass Customization

### 4.1 Der Ansatz der interaktiven Wertschöpfung

**Interaktive Wertschöpfung** bezeichnet die aktive Partizipation von externen Akteuren, z. B. den Kunden, in der Wertschöpfungskette eines Unternehmens. In diesem Konzept werden die Kunden bewusst zum Partner des Unternehmens, die das Produkt bzw. die Dienstleistung mit entwickeln und/oder gestalten. Laut *Reichwald* und *Piller* steht der Begriff der interaktiven Wertschöpfung für Kooperation und sozialen Austausch. Wichtiges Merkmal der interaktiven Wertschöpfung ist die Bereitstellung von Kommunikationsschnittstellen zum Kunden, um den Wunsch nach aktiver Mitarbeit zu signalisieren und die Kunden zur Aktivität zu motivieren.<sup>673</sup>

Das **Modell der interaktiven Wertschöpfung** baut auf Prinzipien auf, die der Organisationsforschung entstammen. Hieraus haben sich über die Jahre hinweg zahlreiche Ansätze entwickelt, welche sich vor allem auf die produzierende Industrie beziehen. Es soll aufgezeigt werden, welche Auswirkungen die neuen Entwicklungen in der IuK-Technologie auf den Produktionsprozess haben und welche Möglichkeiten sie eröffnen. Unter Produktion verstehen *Piller et al.* „[...] das effiziente Zusammenwirken von Gütern und Dienstleistungen in einem Prozess zur Erstellung einer bestimmten Menge von Gütern [...]“.<sup>674</sup> Der Ansatz der Mass Customization bezieht sich in erster Linie auf materielle Güter. Die grundlegende Idee, die hinter der interaktiven Wertschöpfung steht, lässt sich jedoch auch auf Dienstleistungen übertragen.<sup>675</sup> Neben den klassischen Zielen der Massenproduktion, der „Produktivität“ und der „Kostenwirtschaftlichkeit“, treten die Ziele „Flexibilität“, „Qualität“ und „Zeit“ in den Vordergrund. Die Organisationsform des Netzwerkes gewinnt in diesem Kontext stark an Bedeutung, um die Anforderungen der Kunden erreichbar werden zu lassen.<sup>676</sup> Das Netzwerk bildet die Grundlage,

---

<sup>673</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 1–2.

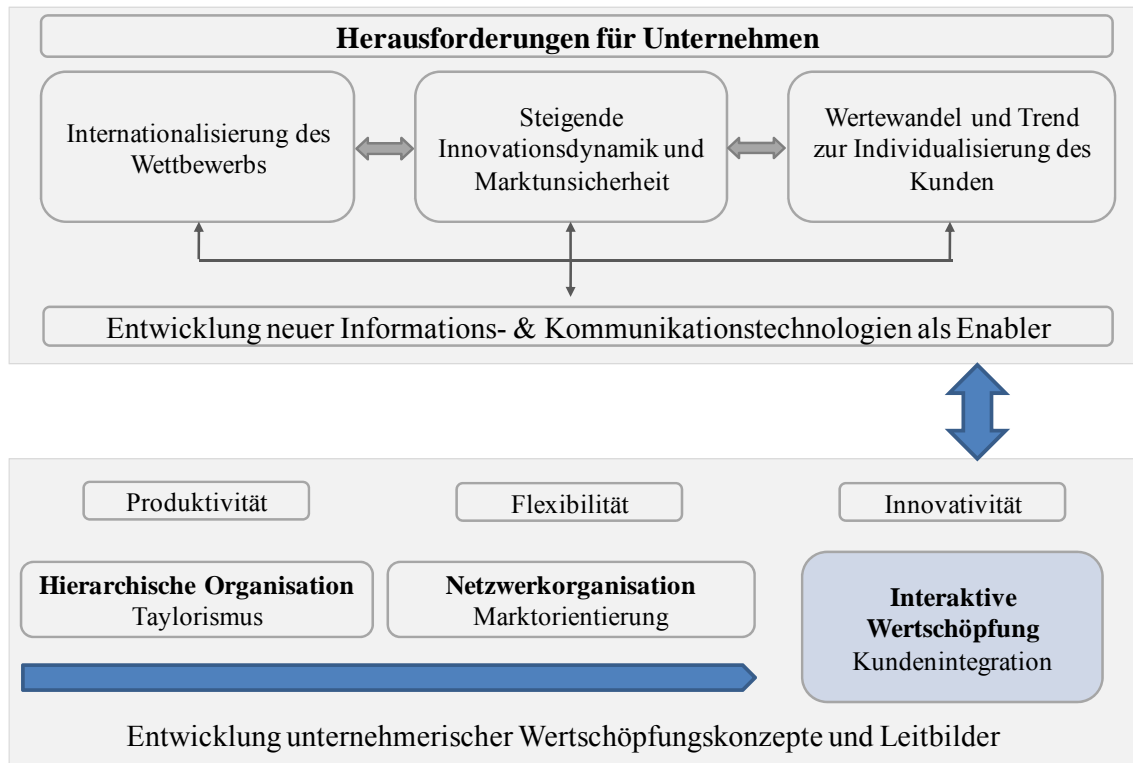
<sup>674</sup> Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 8.

<sup>675</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T. (2006), S. 4–5.

<sup>676</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 8.

auf deren Boden die interaktive Wertschöpfung aufsetzt. Die Entwicklung der interaktiven Wertschöpfung wird in Abbildung 31 verdeutlicht.

**Abbildung 31: Entwicklung der interaktiven Wertschöpfung**



Quelle: Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 15.

Im klassischen Modell der tayloristischen Produktion gilt die Trennung in Aufbau- und Ablauforganisation. Im Mittelpunkt steht nicht der Kunde, sondern die Prozess- und Kostenoptimierung. Durch die Einführung der **Massenproduktion** konnten sowohl Skaleneffekte (economies of scale) als auch Verbundeffekte (economies of scope) realisiert werden. Die Produkte können so deutlich günstiger angeboten werden; sie setzen jedoch auch eine gut planbare und konstante Nachfrage voraus.<sup>677</sup> Diese ist in der heutigen Zeit nicht mehr gegeben. Die Kunden haben heutzutage sehr genaue Vorstellungen von Qualität und Preis der gewünschten Produkte. Zugleich sollen die Leistungen auf ihre speziellen Bedürfnisse abgestimmt sein. Der ursprüngliche Trend, auf die wachsenden Ansprüche der Kunden mit einer größeren, gegebenenfalls in einem Lager vorzuhaltenden Produkt- und Variantenvielfalt zu reagieren, hat sich auf dem Markt nicht durchsetzen können. Kunden fühlen sich durch zu viel Auswahl schnell überfordert.

<sup>677</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T. (2006), S. 18–19.

Zudem trifft auch die Vielzahl an Varianten oft nicht genau die Vorstellungen der Nachfrager.<sup>678</sup>

## **4.2 Mass Customization – ein Schwerpunkt der interaktiven Wertschöpfung**

### **4.2.1 Grundlagen der Mass Customization**

Eine spezifische Ausarbeitung der interaktiven Wertschöpfung, aus der Produktion kommend und in der Industrie vielfach angewandt, ist die Entwicklung der **kundenindividuellen Massenproduktion**, im Englischen als „**Mass Customization**“ bekannt. Die Bezeichnung „Mass Customization“ ist eine Kombination der englischen Begriffe „Mass Production“ und „Customization“. Es bezeichnet die Vereinigung von Massenproduktion und Individualisierung.<sup>679</sup> Unter Massenproduktion versteht man die Herstellung eines einheitlichen Produktes in großen Mengen unter Verwendung standardisierter Einzelteile, um die Produktionskosten möglichst gering zu halten und Skaleneffekte zu nutzen. Hierbei sollen möglichst die Ansprüche vieler Kunden befriedigt werden, um einen breiten Absatzmarkt zu bedienen. Individualisierung in der Industrie steht hingegen für die Ausrichtung des Produktes an den Wünschen eines einzelnen Kunden. Das Produkt wird so angepasst, dass es möglichst alle Wünsche des Kunden befriedigt, zwei Begriffe, die sich zunächst zu widersprechen scheinen. Wie kann ein Produkt den Wünschen möglichst vieler Kunden entsprechen und gleichzeitig möglichst vielen Wünschen eines Einzelnen? Ziel der Mass Customization ist es, die Kostenvorteile der Massenproduktion mit einer Ausrichtung des Produktes an den individuellen Kundenwünschen zu verbinden.<sup>680</sup>

*Reichwaldt* und *Piller* definieren die kundenindividuelle Massenproduktion wie folgt: „Mass Customization bezeichnet die Produktion von Gütern und Leistungen, welche die unterschiedlichen Bedürfnisse jedes einzelnen Nachfragers dieser Produkte treffen, mit der Effizienz einer vergleichbaren Massen- bzw. Serienproduktion. Grundlage des

---

<sup>678</sup> Vgl. Kim, Stefan (Hrsg.) (2005), S. 1–2.

<sup>679</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T. (2006), S. 198; vgl. auch Berger, C. (2005), S. 163.

<sup>680</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T. (2006), S. 191.

Wertschöpfungsprozesses ist dabei ein Co-Design-Prozess zur Definition der individuellen Leistung in Interaktion zwischen Anbieter und Nutzer.<sup>681</sup> Dies bedeutet, dass der Kunde aktiv am Prozess der Leistungserstellung beteiligt wird, er wird zum Co-Produzenten. Das Konzept der Mass Customization kann in Betrieben der Massenproduktion ansetzen oder auch in der Einzelfertigung. In Ersterer mit dem Ziel der Individualisierung, in Letzterer mit dem Ziel Ablaufprozesse zu optimieren und eine größere Produktionsmenge zu erzielen, um die Kosten zu senken. Durch die Integration des Kunden entsteht zudem die Möglichkeit für ein aktives Beziehungsmanagement, um die Kunden langfristig an das Unternehmen zu binden.<sup>682</sup>

*Schnäbele* erweitert den Begriff der Mass Customization, indem er die Vermarktung des angebotenen Produktes in das Konzept mit aufnimmt.<sup>683</sup> Der Übergang zum zuvor dargestellten One-to-one Marketing<sup>684</sup> wird hier fließend.

Der Ansatzpunkt für die Mass Customization liegt in der **integrierten Wertschöpfungskette**. Zum erfolgreichen Einsatz des Konzeptes ist es wichtig, prozessorientiert und sektorenübergreifend zu denken und den Wertschöpfungsprozess ganzheitlich zu betrachten. Beinhaltet sind hierin sowohl die Optimierung der internen Informationsflüsse und der Kommunikation mit den Kunden als auch dessen Integration.<sup>685</sup> Ebenso wichtig ist es, alle Mitarbeiter, die direkt und indirekt am Wertschöpfungsprozess beteiligt sind, in der Anwendung des Konzeptes und der Kommunikation mit den Kunden zu schulen.<sup>686</sup> Mass Customization kann ohne die Bildung stabiler Netzwerkstrukturen und die Zusammenarbeit aller direkt und indirekt beteiligten Parteien nicht funktionieren.<sup>687</sup> Es erfordert Flexibilität und Offenheit für schnelle Veränderungen von allen involvierten Gruppen.<sup>688</sup> Die stabilen, etablierten Prozesse sind Basis für die kundenindividuelle

---

<sup>681</sup> Reichwald, R.; Piller, F. T. (2006), S. 199.

<sup>682</sup> Vgl. Kim, Stefan (Hrsg.) (2005), S. 2, 4.

<sup>683</sup> Vgl. Schnäbele, P. (1997), S. 7–15.

<sup>684</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.1.

<sup>685</sup> Vgl. Kim, Stefan (Hrsg.) (2005), S. 5–6.

<sup>686</sup> Vgl. Weitz, R.; Röder, K. (2005), S. 148.

<sup>687</sup> Vgl. Piller, F. T. (2005), S. 214.

<sup>688</sup> Vgl. Pine II, B. J.; Victor, B.; Boynton, A. C. (2004), S. 151.

Produktion. Sie sind durch die Vordefinition des Möglichen und eine dadurch erfolgende Einschränkung des Individualisierungsrahmens Charakteristikum der Mass Customization und bilden die Abgrenzung zur traditionellen Einzelfertigung.<sup>689</sup>

Diese grundlegenden Strukturen ermöglichen eine Umsetzung der Individualisierung zu Kosten auf dem Niveau einer Massenproduktion, wenngleich die Kunden oftmals bereit wären, für eine Individualisierung einen Aufpreis zu zahlen. Durch die Anpassung der einzelnen Elemente eines Produktes bzw. einer Dienstleistung wird dennoch eine Individualisierung ermöglicht, welche zu einem Differenzierungsvorteil gegenüber der Konkurrenz wird. Diese Individualisierung wird durch eine Integration des Kunden geschaffen, welcher sich mit Unterstützung durch den Anbieter aus dem gegebenen Lösungsraum das für ihn passende Produkt zusammenstellt (Co-Design). Der Co-Design Prozess erfordert die Zusammenarbeit zwischen Hersteller und Kunde. Dies erleichtert den Einstieg in den Aufbau einer intensiven Beziehung mit dem Kunden, welche im Rahmen eines CRM ausgebaut und ausgeschöpft werden kann. Der kundenspezifische Wissensaufbau führt zu freiwilligen Wechselbarrieren, welche die Entwicklung von Kundenloyalität begünstigen.<sup>690</sup> Die nachfolgende Grafik stellt die Prinzipien der Mass Customization dar.

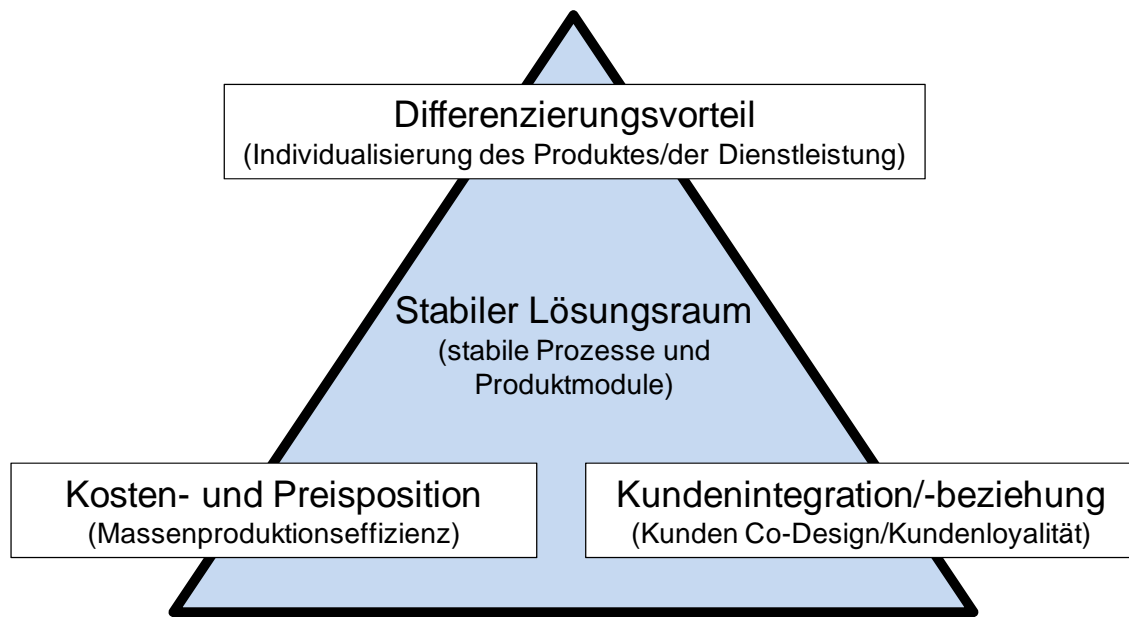
---

<sup>689</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 227–234.

<sup>690</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 227–234; vgl. auch Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 132–133 und Pine II, B. J. (1998), S. 13.



Abbildung 32: Prinzipien der Mass Customization



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 227 und Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 132.

#### 4.2.2 Ausprägungsarten der Mass Customization

Die Vorgehensweise des Mass Customization Ansatzes besteht in der **Segmentierung** des Marktes in Zielgruppen. Genau genommen wird der Absatzmarkt eines Produktes in Segmente unterteilt, die immer kleiner werden, bis ein einzelnes Marktsegment aus genau einem Kunden besteht. Diese Segmentierung ist unter dem Begriff „Markets of One“ bekannt.<sup>691</sup> In ihrer Definition eines Marktsegments gehen *Gilmore* und *Pine II* sogar noch weiter. Sie beachten in der Segmentierung auch den Aspekt, dass ein einzelner Kunde – in Abhängigkeit der jeweiligen Rahmenbedingungen – unterschiedliche Bedürfnisse hat. So sind z. B. die Ansprüche an einen Flug unterschiedlich, je nachdem ob ein Mensch geschäftlich oder privat reist.<sup>692</sup> Entsprechend können auch die Ansprüche eines Patienten variieren, je nachdem ob der Grund des Arztbesuches eine akute Krankheit, ein elektiver Eingriff mit oder ohne medizinische Indikation oder ein präventiver Ansatz ist. In diesem Zusammenhang ist die Definition eines Marktes das Zusammenbringen eines Kunden mit einem Leistungserbringer mit dem Ziel, die individuellen

<sup>691</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine, B. J. (Hrsg.) (2004), S. x.

<sup>692</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 118–119.

Kundenwünsche, wie sie zu diesem Zeitpunkt unter den bestehenden Rahmenbedingungen existieren, zu erfüllen.<sup>693</sup>

Es gibt verschiedene **Varianten des Mass Customization**, je nachdem auf welcher Ebene und in welcher Form der Kunde in den Prozess der Leistungserstellung integriert wird. *Gilmore* und *Pine II* unterteilen den Ansatz in die „vier Gesichter“ der Mass Customization. Gemeint sind hierbei vier unterschiedliche Ausprägungen bzw. Methoden des Ansatzes: Kooperativ (collaborative), anpassungsfähig (adaptive), kosmetisch (cosmetic) und transparent (transparent).<sup>694</sup> Sie unterscheiden sich im Umfang der Anwendung der Mass Customization. Vollständige Mass Customization liegt lediglich im kooperativen und transparenten Ansatz vor. Im Rahmen der verbleibenden zwei Methoden kann von „Soft Customization“ gesprochen werden, da die Informationen hier nicht unbedingt gespeichert und wiederverwendet werden.<sup>695</sup>

Der **kooperative Ansatz** steht für eine enge Zusammenarbeit zwischen Kunde und Leistungserbringer. Basis dieser Ausprägung ist die Bereitstellung von flexiblen Bausteinen, welche in Zusammenarbeit mit dem Kunden nach dessen Wünschen zusammengesetzt werden, um das individuelle Produkt zu erstellen. Hierbei wird der Kunde durch einen Berater und/oder mit technischer Hilfe in Form eines Konfigurators bei der Erstellung des Produkts unterstützt. Der Kunde erhält Einfluss auf das Design oder auch die Passform des Produktes. Zugleich spart der Leistungserbringer Kosten, da er keine fertigen Endprodukte in der Hoffnung auf Absatz vorproduziert und lagert, sondern die Produkte je nach Bedarf fertigt und liefert.<sup>696</sup>

---

<sup>693</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 119: „(...) the bringing together of a customer and a provider to fulfill that customer’s unique needs as they exist at the present time and under the current circumstances.“

<sup>694</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 115; vgl. auch Peppers, D.; Rogers, M.; Dorf, B. (2004), S. 78.

<sup>695</sup> Vgl. Grasmugg, S. (2006), S. 21–22; vgl. auch Peppers, D.; Rogers, M. (2004), S. 258–259 und Piller, F. T. (2005), S. 212–213.

<sup>696</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 115–116, 123–125; vgl. auch Peppers, D.; Rogers, M. (2004), S. 258 und Tseng, M. M.; Piller, F. T. (2003), S. 7–9.

Die **anpassungsfähige Variante** der Mass Customization bezieht sich auf Produkte, die durch den Kunden selbst verschiedenen Rahmenbedingungen bzw. Gelegenheiten entsprechend angepasst werden können.<sup>697</sup> In diesem Fall kommuniziert das Unternehmen nicht direkt mit dem Kunden. Der Kunde kauft ein Standard-Produkt, welches sich – entweder automatisch oder durch Bedienung durch den Kunden – an dessen Bedürfnisse anpasst. Ein Beispiel hierfür sind z. B. Matratzen, deren Form sich an die Körperform des jeweiligen Menschen anpasst.<sup>698</sup> Adaptive Mass Customization beinhaltet jedoch auch Produkte, die der Kunde in seinem eigenen Design fertigt. Möglich ist dies z. B. über Computer oder Automaten. Als Beispiel sei hier die individuelle Anfertigung von Visitenkarten mit sofortigem Druck genannt.<sup>699</sup>

Als Dritter kann der **kosmetische Ansatz** genannt werden. Der Begriff „kosmetisch“ bezieht sich auf die Art der Präsentation des Produktes. Hierbei wird dem Kunden ein standardisiertes Produkt auf unterschiedliche Weise angeboten. Dieser Aspekt kann sich auf die individuell gestaltete Verpackung oder die Personalisierung durch Gravuren/Beschriftung des Produktes beziehen.<sup>700</sup> Neben dem Design der Verpackung zählen hier auch unterschiedliche Packungsgrößen oder Verpackungsarten als Customization. Diese Methode ist dann am geeignetsten, wenn das Standard-Produkt an sich eine große Anzahl unterschiedlicher Kunden befriedigt. Als Beispiel lassen sich hierfür Chips heranziehen. Je nach Situation und Hunger wünschen sich Kunden das gleiche Produkt in unterschiedlichen Packungsgrößen oder Verpackungsmaterialien.<sup>701</sup>

Die letzte der vier Varianten ist die **transparente Mass Customization**. Die Transparenz bezieht sich hierbei nicht auf den Produktionsprozess des Leistungserbringers, sondern auf die Wünsche der Kunden. Lassen sich die Bedürfnisse eines einzelnen Kunden leicht durch Beobachtung feststellen und empfinden sie es als störend, wenn sie

---

<sup>697</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 116–117; vgl. auch Grasmugg, S. (2006), S. 21–22 und Peppers, D.; Rogers, M. (2004), S. 258.

<sup>698</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 125–126.

<sup>699</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 125–126.

<sup>700</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 117.

<sup>701</sup> Vgl. Peppers, D.; Rogers, M. (2004), S. 258; vgl. auch Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 126–128.

ihre Wünsche wiederholt formulieren müssen, so ist der transparente Ansatz die richtige Wahl. Der Leistungserbringer analysiert die Wünsche des Kunden durch Beobachtung und bietet dem Kunden das entsprechend angepasste Produkt an, ohne darauf hinzuweisen, dass es individualisiert ist. Hierbei übernimmt der Leistungserbringer die Aufgabe der Bereitstellung und Nachlieferung des Produktes, ohne dass der Kunde exakt darüber Bescheid weiß, wie das verwendete Produkt zusammengesetzt ist. Dem Kunden ist hierbei nur wichtig, dass das Produkt immer verfügbar ist und dass es funktioniert.<sup>702</sup> Ein Hotel, welches mit jedem Aufenthalt mehr über die Wünsche eines einzelnen Gastes lernt, und die Ausstattung des Zimmers oder den Service entsprechend anpasst, erweckt die Aufmerksamkeit und Zufriedenheit des Gastes, ohne ihn speziell auf die Änderungen hinzuweisen. Die Tatsache, dass dieser Gast bei der Ankunft alles zu seiner Zufriedenheit vorfindet, erhöht die Kundenbindung. Da der Leistungsanbieter die Wünsche der Kunden selbst durch Beobachtung ermittelt, besteht die Chance, dass der Kunde diese Vorlieben selbst noch gar nicht explizit als solche erkannt hat. Da er auch nicht dazu angeregt wird, darüber nachzudenken, sinkt das Risiko, dass der Kunde die einzelnen Wünsche an die Konkurrenz weitergibt.<sup>703</sup>

### 4.2.3 Standardisierung und Modularisierung in der Mass Customization

Die **Standardisierung** von Prozessen und die **Modularisierung** des Produktes/der Leistung sind ein zentraler Bestandteil der Mass Customization.<sup>704</sup> Standardisierung bezeichnet hierbei aus organisationstheoretischer Sicht die exakte Beschreibung und verbindliche Vorgabe des Ablaufs eines Prozesses.<sup>705</sup> Nach *Hill et al.* ist Standardisierung „[...] das antizipierende Durchdenken von Problemlösungswegen und die darauf aufbauende Festlegung von Aktivitätsfolgen [...]“<sup>706</sup>. Ziel ist nach dieser Definition das Erreichen einer Routine.<sup>707</sup> Entsprechend ist sie im Rahmen des BPM auch Bestandteil des CRM.<sup>708</sup> Standardisierung kann sich jedoch auch auf Produkte und Leistungen bezie-

---

<sup>702</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 117–118.

<sup>703</sup> Vgl. Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 128–130.

<sup>704</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 223–224.

<sup>705</sup> Vgl. Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E. (2005), S. 361.

<sup>706</sup> Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P. (1994), S. 266.

<sup>707</sup> Vgl. Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P. (1994), S. 266.

<sup>708</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen zu Business Process Management (BPM) in Kapitel 3.2.1.

hen, wenn es darum geht, bestimmte Merkmale dieser festzulegen und zu vereinheitlichen.<sup>709</sup> Die nachfolgende Tabelle 14 gibt bezogen auf die Produktebene eine abgrenzende Übersicht über die Merkmale von Individualisierung (Einzelfertigung) und Standardisierung (Massenproduktion). Hierbei wird deutlich, dass die Mass Customization durch die Verbindung beider Komponenten und den Einsatz von Modularisierung einen Mittelweg beschreitet.<sup>710</sup>

**Tabelle 14: Merkmale der Individualisierung und Standardisierung auf Produktebene**

Merkmal	Extremstrategie	
	Individualisierung	Standardisierung
<b>Ausrichtung der Leistungsgestaltung</b>	extreme Ausrichtung der Leistungsgestaltung an den Anforderungen des einzelnen Nachfragers	konjunkturale Ausrichtung der Leistung an den Durchschnittsansprüchen einer großen Zahl von Nachfragern
<b>Zahl der Nachfrager je Leistung</b>	einer bzw. sehr wenige	viele
<b>Kontakt zum Nachfrager</b>	eng: Kundenintegration in den Leistungserstellungsprozess	nicht oder kaum vorhanden (anonyme Abnehmerschaft)
<b>Erstellung der Leistung</b>	nach der Bestellung	vor der Bestellung, auf Vorrat
<b>Quelle der Informationen über die Anforderungen der Nachfrager</b>	Informationen stammen direkt vom Nachfrager	Informationen werden über Marktforschung und Handel erfasst
<b>Gleichartigkeit der Leistungen einer Produktlinie</b>	nicht (oder nur zufällig) gegeben: maßgeschneiderte Leistung, häufig Losgröße 1	vollständig gegeben: homogenes Massenprodukt/kollektive Dienstleistung
<b>Leistungsvielfalt</b>	sehr groß	nur eine Leistung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayer, R. (1993), S. 50.

Unter **Modularisierung** bzw. „Modulbauweise“<sup>711</sup> versteht man die Zerlegung eines Produktes/einer Leistung in Standardkomponenten und Teilaufgaben/-prozesse.<sup>712</sup> Ein Baustein oder Modul ist hierbei ein Teilprodukt oder Teilsystem, welches sich unabhängig von den anderen Bausteinen/Modulen herstellen bzw. durchführen lässt. Die

<sup>709</sup> Vgl. Zäpfel, G. (2000), S. 66; vgl. auch Meffert, J. P. H. (1994), S. 14 und Gersch, M. (1995), S. 2.

<sup>710</sup> Vgl. Piller, F. T. (1998), S. 51; vgl. auch Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 224–225.

<sup>711</sup> Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E. (2005), S. 337.

<sup>712</sup> Vgl. Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E. (2005), S. 337; vgl. auch Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 74, 243.

einzelnen Bausteine sind standardisiert.<sup>713</sup> Durch die unterschiedliche Kombination der einzelnen Bestandteile kann dennoch eine hohe Variantenvielfalt erzielt werden.<sup>714</sup> Im Rahmen der Mass Customization gilt der Anspruch an die Modularisierung, dass es trotz der vorgefertigten Bauteile möglich ist, ein Produkt zu schaffen, welches exakt den Kundenwünschen entspricht. Zugleich darf der Kunde bei der Zusammenstellung des Produktes nicht durch eine zu große Auswahl überfordert werden.<sup>715</sup>

Der offensichtlichste **Vorteil der Standardisierung** von Prozessen liegt in der **Erzielung von Zeitersparnissen**. Je öfter ein Ablauf durchgeführt wird, desto sicherer und bis zu einem gewissen Grad schneller wird die ausführende Person. Die Reaktionsfähigkeit des Personals wird beschleunigt.<sup>716</sup> Sind die Prozesse stark verinnerlicht und routiniert, kann flexibler auf Änderungswünsche reagiert werden, ohne Fehler in der Ausführung zu verursachen. Die Verbesserung des Zeitmanagement führt zu einem optimierten Einsatz von Ressourcen, was wiederum zu einer **Kosteneinsparung** führt. Die gemeinsame Nutzung von Ressourcen durch unterschiedliche Mitglieder kann diesen Effekt in Netzwerken noch unterstützen. Die Einführung von Prozessstandards führt wie zuvor bereits angesprochen zu einer Verbesserung der **Qualität**. Sind die Prozesse bekannt und routiniert, werden Fehler vermieden.<sup>717</sup> Zudem ermöglicht die Ausarbeitung exakter Vorgehensweisen, dass Prozesse von unterschiedlichen Personen ausgeführt werden können und dennoch zu gleichen Ergebnissen führen.<sup>718</sup> Die Vorteile der Modularisierung von Produkten sind denen der Standardisierung ähnlich. Durch das Vorfertigen der Bausteine wird gegenüber der Einzelfertigung Zeit eingespart. Zusätzlich

---

<sup>713</sup> Vgl. Kieser, A.; Walgenbach, P. (2007), S. 362; vgl. auch Mayer, R. (1993), S. 152.

<sup>714</sup> Vgl. Kieser, A.; Kubicek, H. (1992), S. 322; vgl. auch Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E. (2005), S. 337, Zäpfel, G. (2000), S. 69, Pine II, B. J. (1998), S. 8 und Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 243.

<sup>715</sup> Vgl. Piller, F. T. (1998), S. 67.

<sup>716</sup> Vgl. Wilhelm, R. (2007), S. 59.

<sup>717</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 120–121; vgl. auch Seidenschwarz, W. (2008), S. 59.

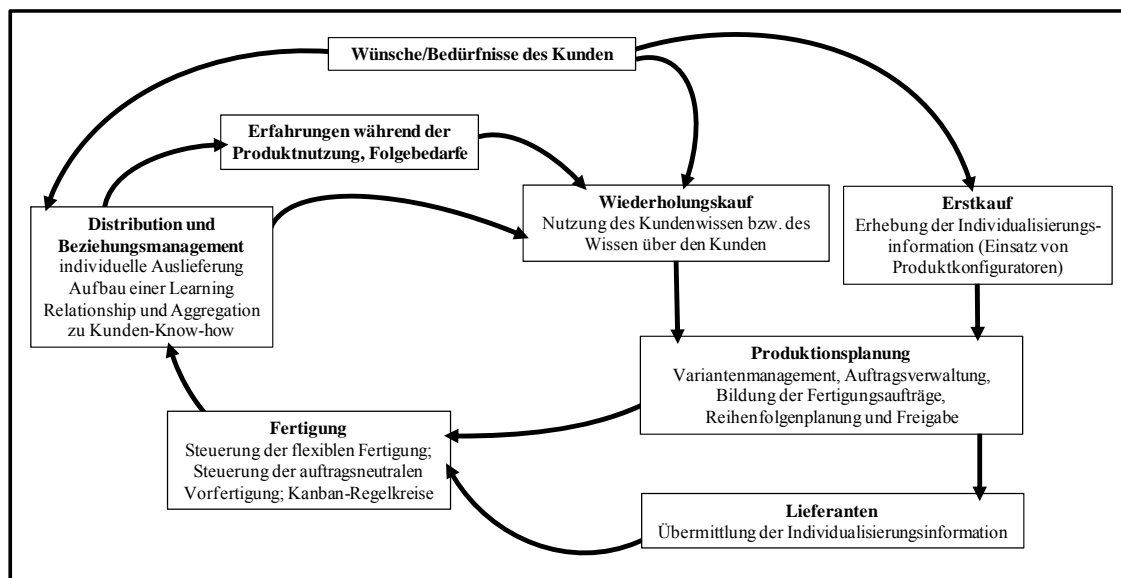
<sup>718</sup> Vgl. Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P. (1994), S. 266; vgl. auch Gersch, M. (1995), S. 8.

können hierdurch wirtschaftlichere Produktionseinheiten erreicht werden.<sup>719</sup> Das gleichzeitige Anstreben von Flexibilität und Produktivität wird möglich.<sup>720</sup>

#### 4.2.4 Kundenintegration und Interaktion in der Mass Customization

Unabhängig davon, welche Ausprägungsart oder welcher Methoden-Mix der Mass Customization angewandt wird, ist die **Integration des Kunden** das wichtigste Merkmal des Ansatzes. Schwerpunkt der Interaktion ist der (aktive oder dem Kunden unbewusste) Austausch von Informationen. Nachfolgende Abbildung 33 bildet den Informationskreis der Mass Customization ab. Ausgangspunkt ist immer der Kunde mit seinen Bedürfnissen und Wünschen. Das erfasste Wissen bezieht sich im Rahmen der Mass Customization auch im Punkt des Beziehungsmanagements auf den Produkt- bzw. Leistungserstellungsprozess.<sup>721</sup> Hier findet sich die Schnittstelle zum CRM.<sup>722</sup>

Abbildung 33: Informationskreis der Mass Customization



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 15.

Der **Wertschöpfungsprozess** selbst wird in 2 Phasen unterteilt. In der ersten Phase beschließt das Unternehmen/der Leistungserbringer, welches Produkt er den Kunden prin-

<sup>719</sup> Zäpfel, G. (2000), S. 69

<sup>720</sup> Vgl. Kieser, A.; Kubicek, H. (1992), S. 324.

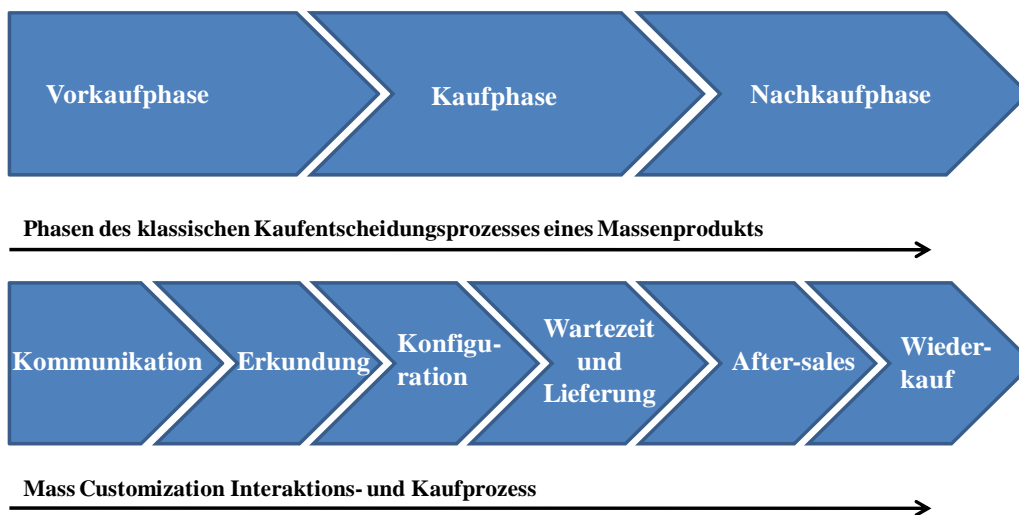
<sup>721</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 14–15.

<sup>722</sup> Wie in Kapitel 3.3 aufgezeigt wurde, handelt es sich bei CRM und Mass Customization um Ansätze, die sich ergänzen und den gegenseitigen Erfolg unterstützen.

ziell anbietet und welche Module dem Kunden zur Wahl und Kombination angeboten werden. In Phase zwei wird die Leistung in Zusammenarbeit mit dem Kunden erstellt.<sup>723</sup>

Wie der Wertschöpfungsprozess an sich kann auch die **Kundeninteraktion** in Einzelschritte unterteilt werden. Es gibt unterschiedliche Ansätze, die Kundeninteraktion zu erfassen. *Reichwald et al.* unterteilen den Prozess im Gegensatz zu den drei Phasen eines traditionellen Kaufentscheidungsprozesses (Vorkauf-, Kauf-, Nachkaufphase) in sechs Einheiten. Diese werden in nachfolgender Abbildung 34 vergleichend dargestellt.

**Abbildung 34: Phasen des Interaktions- und Kaufprozesses**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 20, 22.

Es ist zu bedenken, dass die ersten vier Einheiten des Interaktionsprozesses für den Kunden mit einer hohen Unsicherheit verbunden sind.<sup>724</sup> Es werden ihm die einzelnen Module und Möglichkeiten vorgestellt (Erkundungsphase), aus denen er sich sein Produkt zusammenstellen kann (Konfiguration). In der Konfigurationsphase findet auch die Kaufentscheidung statt. Das Endprodukt hält er jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht in den Händen. Gegenüber der Einzelfertigung hat der Kunde den Vorteil, dass er sich

---

<sup>723</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 17.

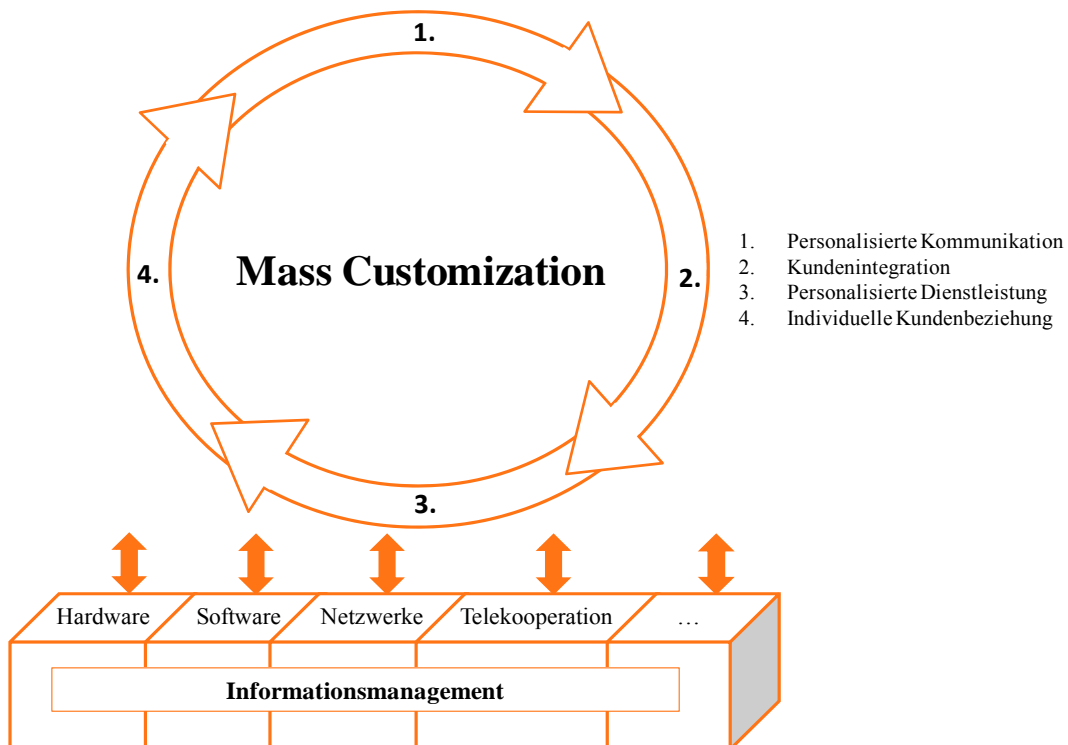
<sup>724</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 20; vgl. auch Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 272–273.



das Endprodukt auf Basis der Module und mit Hilfe von z. B. bildlichen Konfigurationsinstrumenten besser vorstellen kann.<sup>725</sup>

Eine weitere Möglichkeit, den **Integrationsprozess** zu unterteilen, zeigt nachfolgende Abbildung 35. In dieser Darstellung wird der Prozess in vier Schritte zerlegt, die sich gegenseitig in einem Kreislauf beeinflussen.<sup>726</sup> Die Phasen Erkundung und Konfiguration werden als Kundenintegration zusammengefasst, da hier die tatsächliche Integration des Kunden in den Wertschöpfungsprozess stattfindet. Durch die Darstellung des Prozesses als Kreislauf kann auf die Phase Wiederkauf verzichtet werden, da mit einem weiteren Kauf die personalisierte Kommunikation, angepasst auf die neue Situation, wieder von vorne beginnt. Zudem wird neben der Darstellung der einzelnen Interaktionsphasen die wichtige Rolle des Informationsmanagement als Basis der Mass Customization herausgestellt.

**Abbildung 35: Phasen der Interaktion der Mass Customization**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Grasmugg, S. (2006), S. 16.

<sup>725</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 20, 22.

<sup>726</sup> Vgl. Grasmugg, S. (2006), S. 16.

Die **Kommunikationsphase**, welche in beiden Darstellungsweisen enthalten ist, hat die Information des Kunden über die Existenz und die Möglichkeiten des angebotenen Produktes/der angebotenen Leistung zum Ziel. Es geht, wie im klassischen Marketing, darum, die Kunden auf das Produkt aufmerksam zu machen und sie von der Qualität und den Vorteilen des Angebots zu überzeugen. Es ist von besonderer Bedeutung, dem Kunden den Nutzen, welcher ihm durch die Individualisierung entsteht, vor Augen zu halten.<sup>727</sup> Bereits in dieser Phase muss jedoch die Komplexität des Produktes mit einbezogen und die besondere Rolle, welche der Kunde im Leistungserstellungsprozess spielen wird, hervorgehoben werden. Dem potenziellen Kunden kann kein fertiges Produkt vorgeführt werden. Zudem muss ihm der Integrationsprozess nähergebracht werden, um zu vermeiden, dass der Kunde von einer zu großen Kombinationsvielfalt überfordert wird. Dies bedeutet, dass gegenüber dem Kunden ein Vertrauensverhältnis geschaffen wird, bevor die aktive Interaktion überhaupt beginnt. Um dies zu erreichen, spielt die Markenbildung eine entscheidende Rolle. Kunden, die bereits standardisierte Produkte einer Marke kennen und diese für gut befinden, werden einem neuen, individuellen Angebot vermutlich offener gegenüberstehen als einem vergleichbaren Angebot einer unbekannteren Marke.<sup>728</sup>

**Instrumente der Kommunikationsphase** können sowohl aktiv als auch passiv sein. Aktive Instrumente umfassen z. B. klassische Werbung, Verkaufsförderung, Öffentlichkeitsarbeit und Sponsoring. Sie haben das direkte Ziel, die Aufmerksamkeit des Kunden zu gewinnen. Passive Ansprache bedeutet hingegen die Bereitstellung von Informationen und Kommunikationskanälen, welche der Kunde eigenständig in Anspruch nehmen kann. Beispielhaft sind hier die Homepage oder Anlaufstellen und Präsenzobjekte in Form von Verkaufsorten zu nennen. Bei der Anwendung jedes Instruments ist es wichtig, auf das Herausheben der Individualität Bezug zu nehmen.<sup>729</sup>

Die Kommunikationsphase beeinflusst auch die nachfolgenden Schritte, da z. B. die Vertrauensbildung während des kompletten Interaktionsprozesses stattfindet. Sie wird

---

<sup>727</sup> Vgl. Piller, F. T. (2005), S. 212.

<sup>728</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 22–25.

<sup>729</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 25–26.

selbst durch die individuelle Kundenbeziehung beeinflusst, indem die gewonnenen und verarbeiteten Informationen in die weitere Kommunikation mit dem Kunden einfließen. Wird ein neues, individuelles Produkt einem bestehenden Kunden angeboten, so wird bereits die Kommunikation den Bedürfnissen und Wünschen des Kunden angepasst. Bei Bestandskunden wird vor allem darauf geachtet, den Kunden exakt nach seinen Präferenzen anzusprechen und ihm nur die Informationen zukommen zu lassen, welche er auch wirklich wünscht.<sup>730</sup>

Im Rahmen der Kommunikationsphase werden Mass Customization und One-to-one Marketing integriert.<sup>731</sup> *Pine, Peppers* und *Rogers* formulieren diese Integration wie folgt: „The twin logic of mass customization and one-to-one marketing binds producer and consumer together in what we call a learning relationship – an ongoing connection that becomes smarter as the two interact with each other, collaborating to meet the consumer’s needs over time.“<sup>732</sup>

Die **Kundenintegration** fasst die Phasen “Exploring” und „Konfiguration“ zusammen. In diesem Schritt geht es zunächst darum, das Produkt/die Leistung detailliert kennenzulernen und die unterschiedlichen Modifikationsmöglichkeiten anzuwenden, um dann ein individuelles Produkt zu erhalten. In dieser Phase ist die Unterstützung des Kunden durch den Leistungsanbieter von besonderer Bedeutung. Ein Kunde, der in diesem Schritt nicht gut betreut wird, fühlt sich von der Anzahl der Möglichkeiten leicht überfordert. Durch die Interaktion kann das Unternehmen die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden aktiv oder durch Beobachtung erfassen und ihm entsprechend angepasste Informationen zukommen lassen.<sup>733</sup>

Entscheidet sich der Kunde für die **Konfiguration**, wird anhand der bereits gewonnenen Informationen in Zusammenarbeit mit dem Berater/Verkäufer das gewünschte Pro-

---

<sup>730</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 25; vgl. auch Grasmugg, S. (2006), S. 16–17.

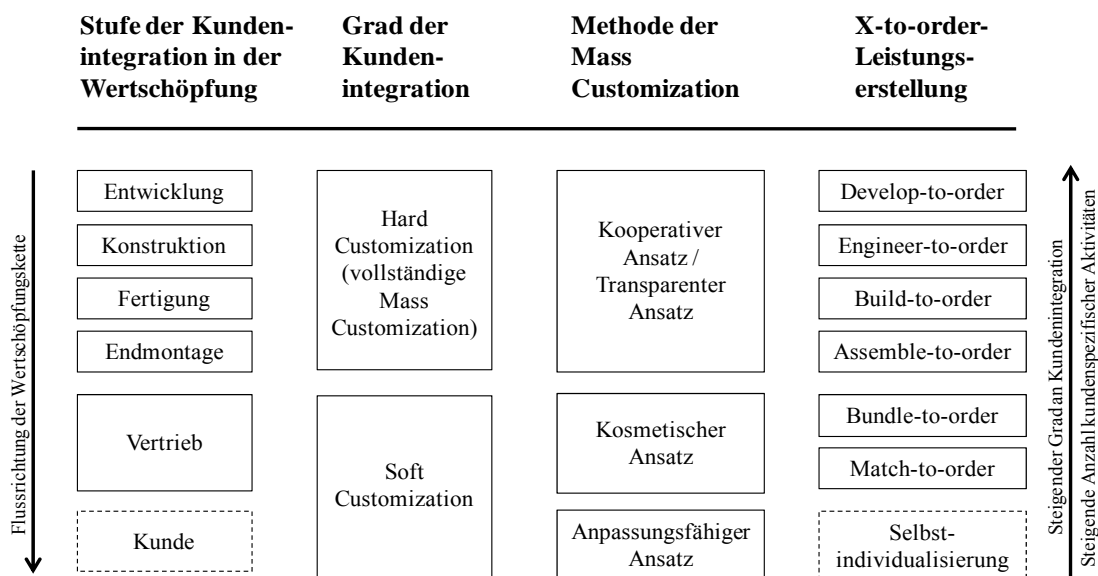
<sup>731</sup> Vgl. hierzu auch die Abgrenzung zwischen CRM, One-to-one Marketing und Mass Customization in Kapitel 3.1.

<sup>732</sup> Pine II, B. J.; Peppers, D.; Rogers, M. (2004), S. 53.

<sup>733</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 26–30; vgl. auch Piller, F. T. (2005), S. 209–210.

dukt/die gewünschte Leistung moduliert. Diese Phase stützt sich häufig auf das Design und die Zusammensetzung des Produktes mit Hilfe technischer Konfiguratoren wie z. B. Computerprogrammen. Die leichte Verständlichkeit der Bedienung ist hierbei wichtigstes Merkmal.<sup>734</sup> Je nach angewandter Mass Customization-Methode findet die Kundenintegration an unterschiedlicher Stelle des Wertschöpfungsprozesses und mit variierender Intensität statt.<sup>735</sup> Eine Übersicht des Zeitpunktes der ersten Kundenintegration bietet nachfolgende Abbildung 36. Hierbei wird ersichtlich, dass innerhalb des kooperativen und des transparenten Ansatzes verschiedene Grade der Kundeninteraktion gewählt werden können.<sup>736</sup>

Abbildung 36: Zeitpunkt der Kundenintegration in den Wertschöpfungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Grasmugg, S. (2006), S. 23 und Piller, F. T. (2005), S. 213.

Die stärkste **Ausprägung der Individualisierung** ist Develop-to-order. Hier werden unter Mitwirkung des Kunden Ideen für neue Produkte entwickelt.<sup>737</sup> Engineer-to-order bedeutet, dass ein individuelles Produkt konstruiert wird. Es entsteht praktisch eine vollkommen freie Lösung, die mit einer Einzelfertigung vergleichbar ist, jedoch im Gegensatz dazu eine größere Produktion zum Ziel hat. Die nächste Stufe, Build-to-order,

<sup>734</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 28–30; vgl. auch Piller, F. T. (2005), S. 208, 210.

<sup>735</sup> Vgl. Grasmugg, S. (2006), S. 18–19; vgl. auch Piller, F. T. (2005), S. 212–213.

<sup>736</sup> Vgl. Grasmugg, S. (2006), S. 21; vgl. auch Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 42.

<sup>737</sup> Vgl. Grasmugg, S. (2006), S. 21; vgl. auch Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 42.

bezeichnet eine individuelle Fertigung mit kundenspezifischen Komponenten. Assemble-to-order bezieht sich auf die individuelle Zusammenstellung standardisierter Module.<sup>738</sup> Durch die Vorproduktion einzelner Module werden die Leistung und Prozesse standardisiert sowie die Kosten gesenkt.<sup>739</sup> Zudem kann die Erstellung der Leistung schneller erfolgen als bei einer klassischen Einzelfertigung.<sup>740</sup> Bundle-to-order und Match-to-order beinhalten lediglich die bestmögliche Anpassung eines fertigen Produktes auf der Vertriebsstufe, wie es im Rahmen des kosmetischen Ansatzes erfolgt.<sup>741</sup> Bei Bundle-to-order werden einzelne Produkte so zusammengestellt, dass sie den Kundenwünschen entsprechen. Bei Match-to-order wird im Rahmen des Vertriebs versucht, ein Produkt auszuwählen, welches den Ansprüchen entspricht.<sup>742</sup> Sie entsprechen folglich nur noch der zuvor angesprochenen Form der Soft-Customization.<sup>743</sup> Der kosmetische Ansatz geht entsprechend bei Anpassung der Verpackungsgröße bzw. Gravur des Produktes noch einen Schritt weiter, als Zwischenform von Bundle-to-order und Assemble-to-order.<sup>744</sup>

Abhängig davon, ob es sich um ein Produkt oder eine Dienstleistung handelt, wird in der anschließenden **Phase der Wartezeit** (aus Kundensicht) und **Lieferung** (vgl. Abbildung 34) bzw. der **personalisierten Dienstleistung** (vgl. Abbildung 35) die Produktion bzw. die Leistungserstellung durchgeführt.<sup>745</sup> Auch in dieser Phase ist es wichtig, die Kommunikation mit dem Kunden aufrecht zu erhalten, sofern er nicht im Rahmen einer Dienstleistung aktiv am Leistungserstellungsprozess beteiligt ist. Eine Möglich-

<sup>738</sup> Vgl. Piller, F. T. (2005), S. 213; vgl. auch Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 41.

<sup>739</sup> Die Standardisierung von Prozessen und die Modularisierung des Produktes/der Leistung sind zentraler Bestandteil der Mass Customization und werden daher in einem eigenen Unterkapitel (4.2.3) besprochen.

<sup>740</sup> Vgl. Grasmugg, S. (2006), S. 19–23.

<sup>741</sup> Siehe hierzu Kapitel 4.2.2.

<sup>742</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 235–236; vgl. auch Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 41 und Foscht, T.; Swoboda, B. (2009), S. 296.

<sup>743</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 235–236; vgl. auch Foscht, T.; Swoboda, B. (2009), S. 296.

<sup>744</sup> Vgl. Peppers, D.; Rogers, M. (2004), S. 258; vgl. auch Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004), S. 117, 126–128.

<sup>745</sup> Vgl. Grasmugg, S. (2006), S. 19–23.

keit, den Kundenkontakt nicht zu verlieren, ist das Angebot der Auftragsverfolgung z. B. im Internet. Der Kunde kann so jederzeit nachvollziehen, wie weit die Erstellung des Produktes fortgeschritten ist.<sup>746</sup> Zur personalisierten Dienstleistung zählt auch die individuelle Distribution. Handelt es sich um ein individuelles Produkt, so kann die Lieferung entweder persönlich oder auf dem Postweg erfolgen. Bei einer Dienstleistung kann z. B. der Ort der Leistungserstellung den Kundenwünschen angepasst werden.<sup>747</sup>

Die **individuelle Kundenbeziehung** entspricht dem CRM. Ziel ist es, beginnend bei den wichtigsten Kunden, deren Wünsche und Bedürfnisse zu identifizieren, zu speichern und das Produkt entsprechend anzupassen. Hierbei handelt es sich um einen fortlaufenden Prozess, der stetig überarbeitet wird.<sup>748</sup> Es ist wichtig, in diesem Rahmen auch den Marketing-Aspekt des CRM zu betonen. Durch die Individualisierung der Beziehung wird der Schritt von der Anpassung zur Personalisierung der Leistung vollzogen. Die Kunden zeichnen sich im Rahmen der Customization oft durch Unentschlossenheit und Überforderung aus. Es fällt ihnen schwer, ihre eigenen Bedürfnisse zu erfassen und vor allem zu artikulieren. Während die reine Customization davon ausgeht, dass der Kunde weiß, was er möchte, erweitert die Personalisierung den Ansatz dahingehend, dass er dabei unterstützt wird seine Wünsche zu definieren.<sup>749</sup> Er wird auch nach Erhalt der Leistung individuell betreut. Dies bedeutet, dass er einen persönlichen Ansprechpartner hat, der sowohl die erhaltene Leistung als auch seine Wünsche und Bedürfnisse kennt. In dieser Phase sollte auch die Zufriedenheit des Kunden ermittelt werden.<sup>750</sup> Dies bietet nicht nur die Möglichkeit der Leistungsverbesserung, sondern vermittelt auch das Gefühl, dass dem Leistungserbringer die Zufriedenheit mit der erhaltenen Leistung wichtig ist. Den individuellen Wünschen entsprechend wird dann bei einem weiteren Kauf bzw. bei der Information über ein neues Produkt die erneut beginnende, erste Phase der Kommunikation angepasst.

---

<sup>746</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 31–32.

<sup>747</sup> Vgl. Grasmugg, S. (2006), S. 23–24.

<sup>748</sup> Vgl. Peppers, D.; Rogers, M.; Dorf, B. (2004), S. 76.

<sup>749</sup> Vgl. Tseng, M. M.; Piller, F. T. (2003), S. 6–8.

<sup>750</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 32.

Bei **erneutem Kauf** des Produktes sollte es möglich sein, auf die Konfiguration des ersten Produktes als Ausgangsbasis der zweiten Phase zurückgreifen zu können. Diese Darstellungsweise des Prozesses als Zyklus entspricht nicht mehr dem reinen Ansatz der Mass Customization, sondern beinhaltet bereits eine Verschmelzung des Ansatzes mit dem individualisierten Marketing. Die im Rahmen der Mass Customization erhaltenen Informationen können so zu einem gesteigerten Erlös pro Kunde führen.<sup>751</sup> Es hat sich gezeigt, dass Menschen bereit sind, für ein individuelles Produkt mehr zu bezahlen als für ein Standardprodukt. Entsprechend hoch sind jedoch auch die Ansprüche an eine konstante Betreuung und einen sehr guten Service – auch nach dem Kauf des Produktes.<sup>752</sup> Mass Customization und CRM können sich folglich gegenseitig unterstützen. CRM führt durch die Erweiterung des Informationsmanagements in ein Wissensmanagement und die Ermöglichung eines Kontaktzyklus zu einem Mehrwert für Kunde und Unternehmen. Gleichzeitig steigert die Mass Customization wie bereits zuvor in Kapitel 3.3 erwähnt die Chance, Kundenzufriedenheit in Kundenbindung und weiter in Kundenloyalität zu überführen.<sup>753</sup>

#### 4.2.5 Implementierung der Mass Customization

Mass Customization ist ein Ansatz, der – wie zuvor in Kapitel 4.2.1 angeführt – seinen Ursprung in der Massenproduktion hat.<sup>754</sup> Dies bedeutet dennoch nicht, dass er nur in Branchen und Bereichen implementiert werden kann, die sich durch Massenproduktion auszeichnen. Die Ausrichtung am Kunden erfordert eine hohe Flexibilität, da sich die Kundenbedürfnisse und –wünsche weiterentwickeln und verändern. *Pine* bezeichnet die **Implementierung und Anwendung von Mass Customization** als kontinuierlichen Schleifenprozess, welcher im Einklang mit der Entwicklung des Marktes unaufhörlich durchlaufen wird.<sup>755</sup> Abbildung 37 bildet diese Schleife ab. Je nach aktuellem Produkti-

---

<sup>751</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 32–34.

<sup>752</sup> Vgl. Berger, C. (2005), S. 171.

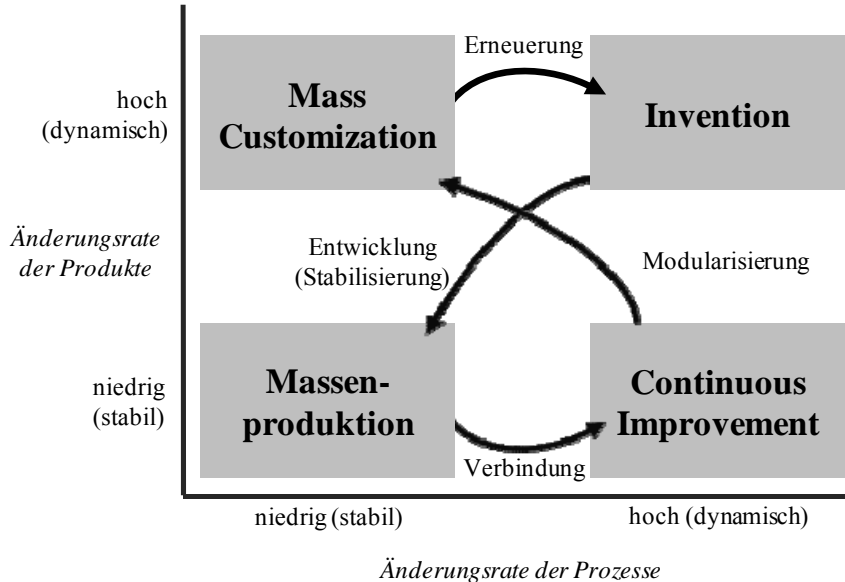
<sup>753</sup> Vgl. Pine II, B. J. (1998), S. 13.

<sup>754</sup> Vgl. Piller, F. T. (1998), S. 63–64; vgl. auch Pine II, B. J. (1998), S. 7.

<sup>755</sup> Vgl. Pine II, B. J. (1998), S. 7.

onsprozess variiert bei der Implementierung der Mass Customization lediglich die Stufe, in welcher der Schleifenkreislauf zum ersten Mal betreten wird.<sup>756</sup>

**Abbildung 37: Anwendungsschleife der Mass Customization**



Quelle: Pine II, B. J. (1998), S. 5.

Bei der klassischen Einzelfertigung befindet sich das Unternehmen auf der Stufe der **Invention**. Sowohl die Prozesse als auch die Produkte ändern sich ständig, genau genommen mit jedem Kundenauftrag. Dieser Zustand ist in jeder Form der Marktbearbeitung vorhanden, in dem Moment, in welchem ein neues Produkt entwickelt wird.<sup>757</sup> In der **Massenproduktion** ist bereits der nächste Schritt erreicht, die Stabilisierung der Produkte und Prozesse.<sup>758</sup> Mit dem Anspruch der kontinuierlichen Verbesserung z. B. im Rahmen des TQM erreicht man die Ebene der hohen Prozessdynamik bei stabilen Produkten (**Continuous Improvement**). In diesem Schritt ist die Einführung eines optimalen Informationsmanagement notwendig, um Insellösungen abzubauen. Nur so kann auf lange Sicht eine ausreichende Flexibilität erzielt werden.<sup>759</sup> Die Stufe des Continuous Improvement kann z. B. über eine Umsetzung von Lean Produktion<sup>760</sup> Sys-

<sup>756</sup> Vgl. Pine II, B. J. (1998), S. 4–5.

<sup>757</sup> Vgl. hierzu auch Tabelle 14 in Kapitel 4.2.3.

<sup>758</sup> Vgl. Pine II, B. J. (1998), S. 4–5.

<sup>759</sup> Vgl. Pine II, B. J. (1998), S. 7-8, 12-13.

<sup>760</sup> Vgl. Voss, B. (1994), S. 54: Lean Production bezeichnet eine Weiterentwicklung der Massenproduktion, die sich durch Flexibilität, Agilität und Vielseitigkeit auszeichnet.



temen erzielt werden.<sup>761</sup> Das Ziel der **Mass Customization** wird erreicht, indem durch Modularisierung und ein geeignetes „Verbindungssystem“<sup>762</sup> stabile und dennoch flexible Prozesse und auch variable Produkte ermöglicht werden. Um die Komplexität der Wahlfreiheit für die Kunden überschaubar zu halten ist es notwendig, diesen ein entsprechend unterstützendes System, einen sogenannten „Produktkonfigurator“<sup>763</sup> oder auch beratende Mitarbeiter/Verkäufer, an die Hand zu geben.<sup>764</sup>

Durch die Schnelllebigkeit der Märkte und die wechselhaften Ansprüche der Kunden bleibt es einem Unternehmen auch bei erfolgreicher Implementierung der Mass Customization nicht erspart, den Erfolg und den Erfüllungsgrad der Kundenwünsche regelmäßig zu kontrollieren und gegebenenfalls den Schleifendurchlauf bei der Invention erneut zu beginnen. Hierbei spielt es keine Rolle, ob es sich um ein neues Produkt oder auch nur um neue Module bestehender Produkte handelt.<sup>765</sup>

### 4.3 Mass Customization im Dienstleistungssektor

Prinzipiell gilt, dass der Ansatz der Mass Customization, welcher ursprünglich für materielle Produkte entwickelt wurde, auch auf Dienstleistungen übertragbar ist.<sup>766</sup> Das in Kapitel 4.2.2 im Rahmen der transparenten Mass Customization betrachtete Beispiel des Hotels ist zugleich ein Beispiel für **Mass Customization in der Dienstleistungsbranche**. Die Immaterialität des Gutes bringt den Vorteil, dass die Leistung in der Regel leichter variiert werden kann als ein Produkt, welches mit Hilfe von Maschinen erstellt wird. Die Voraussetzungen Flexibilität, Zeitlosigkeit und Variabilität der Mass Customization sind somit leichter zu erfüllen.<sup>767</sup> Um eine Dienstleistung zu erbringen, muss der Kunde in den meisten Fällen automatisch enger mit dem Leistungserbringer zusammenarbeiten. Im Vergleich zur klassischen Produktion ist die Integration des

---

<sup>761</sup> Vgl. Piller, F. T. (1998), S. 71.

<sup>762</sup> Pine II, B. J. (1998), S. 8.

<sup>763</sup> Pine II, B. J. (1998), S. 9.

<sup>764</sup> Vgl. Pine II, B. J. (1998), S. 8–9.

<sup>765</sup> Vgl. Pine II, B. J. (1998), S. 10, 12–13.

<sup>766</sup> Vgl. Piller, F. T. (1998), S. 67.

<sup>767</sup> Vgl. Peters, L.; Saidin, H. (2000), S. 104–106.

Kunden im Dienstleistungsbereich folglich einfacher.<sup>768</sup> Die Prozesse „Produktion der Leistung“ und „Konsum der Leistung“ sind nicht strikt voneinander zu trennen. Dies ermöglicht zugleich, dass der Service während des Konsums noch angepasst werden kann.<sup>769</sup> Neben der Individualisierung der eigentlichen Leistung kann ein Unternehmen ein individuelles Angebot durch ergänzende Sekundärleistungen anstreben. Hierbei geht es darum, den Nutzen für den Kunden und die Differenzierung zum Wettbewerber zu erhöhen, indem zusätzliche Leistungen angeboten werden.<sup>770</sup>

Die Unterteilung der Leistung in einzelne Komponenten entspricht der Modularisierung eines Produktes<sup>771</sup> und ist bereits Bestandteil des Mass Customization Ansatzes.<sup>772</sup> Die Anpassung einzelner Komponenten führt in der Regel zu einem positiveren Gesamtbild in der Wahrnehmung des Kunden, da sich kleine, positiv wahrgenommene Änderungen auf die Gesamtbewertung auswirken können.<sup>773</sup> Zur qualitativen Bewertung einer Leistung zieht der Kunde verschiedene Qualitätsindikatoren heran. Hierzu zählen nach *Büttgen* und *Ludwig* vor allem Leistungsumfeld, Leistungspreis und Kommunikation.<sup>774</sup>

Unabhängig davon, ob es sich um ein Produkt oder eine Dienstleistung handelt, ist einer der wichtigsten Aspekte der Mass Customization das **Verständnis des Marktes**. Ein Unternehmen muss marktsensitiv sein und die Signale und Informationen des Marktes deuten können. Zudem muss das Unternehmen über eine geeignete IuK-Technologiestruktur verfügen, um mit dem Kunden interagieren zu können. Dies gilt für produzierende Unternehmen ebenso wie für Service-Unternehmen.<sup>775</sup> Mass Customization ist ein evolutionärer Prozess. Die Entwicklung erfolgt über längere Zeiträume hinweg. Der Austausch zwischen Kunde und Unternehmen ist auf Dauer ausge-

---

<sup>768</sup> Vgl. Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005), S. 11.

<sup>769</sup> Vgl. Peters, L.; Saidin, H. (2000), S. 106–107.

<sup>770</sup> Vgl. Mayer, R. (1993), S. 171–172.

<sup>771</sup> Vgl. Wilhelm, R. (2007), S. 162.

<sup>772</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.2.3.

<sup>773</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 24.

<sup>774</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 24.

<sup>775</sup> Vgl. Peters, L.; Saidin, H. (2000), S. 104.

legt. Zudem ist es Ziel, Änderungen in den Bedürfnissen der Kunden schnell und akkurat umsetzen zu können.<sup>776</sup>

Während die Standardisierung in der Produktion von Gütern einleuchtend nachzuvollziehen ist und bereits seit Jahrzehnten erfolgreich durchgeführt wird, ist die **Standardisierung von Dienstleistungen** weniger greifbar. Dies liegt zunächst einmal an der starken Einwirkung des Kunden, auch „externer Faktor“ genannt.<sup>777</sup> Dienstleistungen können jedoch durchaus bis zu einem gewissen Grad standardisiert werden.<sup>778</sup> Nach *Wilhelm* bedeutet die Standardisierung von Dienstleistungen, dass die Erbringung der Leistung immer gleich durchgeführt wird. Genauer betrachtet bedeutet es, dass die Ausführung, die eingebrachten Ressourcen und die Ergebnisse einer Dienstleistung bei jeder Durchführung identisch sind.<sup>779</sup> Trifft nur eine dieser Bedingungen zu, handelt es sich um Teilstandardisierung. Zunächst können die Ablaufprozesse, aber auch der Grad und die Vorgehensweise des Einwirkens des Kunden – z. B. in Form des Kommunikationsablaufs analysiert und standardisiert werden. Eine Standardisierung der Ressourcen kann bei Dienstleistungen vor allem im Rahmen der Fähigkeiten und des Wissens der Mitarbeiter erzielt werden.<sup>780</sup> Des Weiteren bedeutet eine Standardisierung des Ergebnisses<sup>781</sup> auch eine Sicherung des Qualitätsstandards einer Leistung.<sup>782</sup>

In der Produktion von Gütern sowie in der Bereitstellung von Dienstleistungen führt eine Steigerung der Leistungshäufigkeit durch Lernprozesse zu **Erfahrungskurveneffekten**. Je öfter eine Leistung erbracht wird, desto sicherer wird der Ablauf beherrscht, desto schneller kann sie eventuell auch erbracht werden. Es entstehen Zeitersparnisse und

<sup>776</sup> Vgl. Peters, L.; Saidin, H. (2000), S. 109–110.

<sup>777</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 29.

<sup>778</sup> Vgl. Mayer, R. (1993), S. 45–49; vgl. auch Wilhelm, R. (2007), S. 160.

<sup>779</sup> Vgl. Wilhelm, R. (2007), S. 160.

<sup>780</sup> Vgl. Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 58.

<sup>781</sup> Wilhelm, R. (2007), S. 160: Standardisierung des Ergebnisses „[...] liegt vor, wenn für den Kunden eine spezifizierte Leistung erbracht wird, die weder er durch eigene Aktivität verändern kann noch durch die Mitarbeiter des Anbieters individuell angepasst werden kann.“

<sup>782</sup> Vgl. Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 58; vgl. auch Well, B. van (2001), S. 3 und Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 29.

dadurch auch Kostenvorteile. Eine Besonderheit der Dienstleistung ist ihre Zeitgebundenheit. Eine Lagerproduktion ist in diesem Falle nicht möglich. Dies bedeutet jedoch zugleich, dass Zeitersparnisse im Falle der Leistungsnachfrage zu höheren Kapazitäten führen.<sup>783</sup>

Die Standardisierung kann jedoch auch zu Nachteilen führen, wenn die Prozesse so häufig durchgeführt werden müssen, dass die Personen, welche sie durchführen, unterfordert und dadurch nachlässig werden.<sup>784</sup> An dieser Stelle werden Qualitätskontrollen und Anreize zur sorgfältigen Arbeit unverzichtbar.

#### 4.4 Mass Customization in der Praxis – Darstellung anhand von Beispielen

Um die Anwendung des Mass Customization Konzeptes in der Praxis verständlich darzustellen, werden im Folgenden einige Beispiele vorgestellt.

##### 4.4.1 Mass Customization in der Konsumgüterindustrie

Die Firma *Adidas* hat bereits in den 1990er Jahren unter dem Namen „mi adidas“<sup>785</sup> ein Konzept entwickelt, wie sie die **Individualisierung von Sportschuhen** – für bekannte Sportler längst üblich – auch für den normalen Kunden anbieten kann.<sup>786</sup> Als Werbeträger fungieren berühmte Sportler, um die Kunden auf das Angebot aufmerksam zu machen, aber auch um den Wunsch nach individuellen Schuhen zu erwecken. Mit dem Slogan „You can’t have my shoes – come build your own“<sup>787</sup> soll dem Kunden mit einem einfachen Satz vermittelt werden, dass nicht nur Stars individuelle Schuhe tra-

---

<sup>783</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 29–31.

<sup>784</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 31.

<sup>785</sup> Die Bezeichnung „mi“ ist abgeleitet von dem englischen Wort „my“ (mein) und ist, auch in den folgenden Bezeichnungen der einzelnen Produktionsphasen, Teil des Markennamens für das hier vorgestellte Produkt. Vgl. Berger, C. (2005), S. 162.

<sup>786</sup> Die Firma Nike bietet unter dem Namen „NikeID“ bereits etwas länger ein ähnliches Produkt an. Die Individualisierung war im Vergleich zu „mi adidas“ jedoch etwas stärker eingeschränkt. Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 293.

<sup>787</sup> Berger, C. (2005), S. 162.

gen.<sup>788</sup> Dem Kunden wird mit einem Slogan vermittelt, dass es sich bei dem Produkt um etwas Außergewöhnliches handelt, dass es eine Möglichkeit bietet, sich von der Allgemeinheit abzuheben. Dem normalen Sportler wird etwas ermöglicht, was normalerweise den Stars vorbehalten ist. *Adidas* kann hierbei aus seinen Erfahrungen mit der Ausstattung erfolgreicher Sportler schöpfen.<sup>789</sup> Es wird aber auch verdeutlicht, dass der Kunde selbst bei der Erstellung des Produktes eine wichtige Rolle spielt und aktiv werden muss.

Der Erstellungsprozess selbst ist in drei Phasen gegliedert: „mi fit“, „mi performance“ und „mi design“. Der individuelle Schuh ist nicht nur vom Design durch den Kunden beeinflusst, die Passform des Schuhs wird auch eigens an die Fußform des Kunden angepasst.<sup>790</sup> Der Kunde hat so z. B. die Möglichkeit, auch dann optimal passende Schuhe zu erhalten, wenn er unterschiedlich große oder breite Füße hat. Hierfür werden zunächst im Prozessabschnitt **mi fit** mit eigens entwickelten Geräten die Füße des Kunden, sowohl in Ruhe als auch in Bewegung vermessen. Ein Computersystem ermittelt dann die für den Kunden vorgeschlagene Passform. Anschließend kann der Kunde den Sitz und Komfort anhand eines Referenzschuhs ausprobieren. Mit Hilfe verschiedener Referenzschuhe wird dann die optimale Länge und Breite des gewünschten Schuhs ermittelt. Je nach Zweck des Schuhs (z. B. Sportart, Modeschuh) kann der Kunde in der nächsten Phase, **mi performance**, die unterschiedlichen Materialien für die Sohle, Oberfläche, Innenfutter etc. auswählen. Im letzten Schritt, **mi design**, kann der Kunde dem Schuh noch eine persönliche Note verleihen. Es können sowohl unterschiedliche Farbkombinationen als auch eine persönliche Stickerei ausgewählt werden. Der Preis für den individuellen Schuh liegt ca. 50% über dem Preis des entsprechenden Standardprodukts und damit deutlich unter dem Preis eines Einzelfertigungsauftrags.<sup>791</sup> Während des gesamten Prozesses spielt die Betreuung, Unterstützung und Führung des Kunden durch das Personal eine entscheidende Rolle.<sup>792</sup>

---

<sup>788</sup> Vgl. Berger, C. (2005), S. 162, 176; vgl. auch Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 291.

<sup>789</sup> Vgl. Berger, C. (2005), S. 164.

<sup>790</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 293-294; vgl. auch Berger, C. (2005), S. 162.

<sup>791</sup> Vgl. Berger, C. (2005), S. 164–170.

<sup>792</sup> Vgl. Berger, C. (2005), S. 168, 176; vgl. auch Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 293–297.

## 4.4.2 Mass Customization in der Dienstleistungsbranche

Der „Produktionsprozess“ und das Produkt einer Dienstleistung sind weniger greifbar als in der Konsumgüterindustrie, aber auch in der Dienstleistungsbranche findet Mass Customization Anwendung.

### 4.4.2.1 Mass Customization in der Tourismusbranche

Als bestes Beispiel lässt sich die **Tourismusbranche** anführen. Wurden früher gerne Pauschalreisen im örtlichen Reisebüro gebucht, so ist der Wettbewerb durch die Möglichkeiten der Kommunikation, das vielfältige Angebot des Internets und eine erhöhte Vergleichbarkeit vieler Angebote deutlich gewachsen. Nicht nur der Preisdruck ist deutlich gestiegen, auch der Wunsch des Kunden nach Individualreisen wird immer stärker.<sup>793</sup> Die Antwort der Tourismusbranche auf diese Entwicklungen ist das Dynamic Packaging, im Deutschen auch als „**Baukastentourismus**“ bezeichnet. Hier kann der Kunde im Internet die verschiedenen Elemente seiner Reise selbst aus verschiedenen Quellen zusammenstellen, um dann alles in einem Paket zu buchen. So können Flüge, Hotels, Mietwagen und Ausflüge vor Ort individuell kombiniert werden.<sup>794</sup> Die Dienstleistung<sup>795</sup> ist – bezogen auf die Reise an sich – eine vorab schwer zu beurteilende Leistung, die für den Kunden hohe Unsicherheitsfaktoren in sich trägt. Die Standardisierung der einzelnen Module kann dem Reisenden eine vertrauensstiftende Basis für seine Planung bieten.<sup>796</sup> Die Reisebranche zeigt folglich, dass auch im Dienstleistungssektor eine kundenindividuelle Massenproduktion möglich ist.

### 4.4.2.2 Mass Customization in der Hotelbranche

Ein Beispiel für eine erfolgreiche Implementierung des Mass Customization Ansatzes im Dienstleistungssektor ist die Hotelkette *Ritz-Carlton*. Sie hat erkannt, dass es sich

---

<sup>793</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009): S. 279-291; vgl. auch Piller, F. T. (2008), S. 366, 382 und Büttgen, M. (2000), S. 34.

<sup>794</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009): S. 279-291; vgl. auch Piller, F. T. (2008), S. 366, 382 und Büttgen, M. (2000), S. 34.

<sup>795</sup> Die Dienstleistung besteht in der Tourismusbranche häufig aus einem Gesamtpaket, welches die Beratung und Durchführung der Buchung mit einschließt, sofern hierfür die Dienste eines Reisebüros in Anspruch genommen werden.

<sup>796</sup> Vgl. Büttgen, M. (2000), S. 34.

mit einem gut durchdachten Konzept und Geduld lohnt, vorhandene Informationen nicht nur zu speichern, sondern auch sinnvoll einzusetzen.<sup>797</sup> Wie zuvor im Beispiel der transparenten Mass Customization erläutert, kann ein Hotel die Wünsche des Kunden speichern, ohne dass er dies direkt mitbekommt. Bestellt sich ein Gast z. B. ein zusätzliches oder besonderes, anti-allergisches Kissen, so kann dies in der Datenbank gespeichert werden und beim nächsten Besuch gleich von vornherein zur Verfügung gestellt werden.<sup>798</sup> Gleiches gilt für Besonderheiten wie z. B. Wünsche bezüglich der Lage des Zimmers, der Ausstattung der Minibar, des Bedarfes einer behindertengerechten Ausstattung oder der Berücksichtigung von Nahrungsmittelallergien bei Buchung einer Halb- oder Vollpension. Das Personal wird zum Zuhörer und Beobachter.<sup>799</sup> Alle Wünsche, die ein Kunde äußert, werden erfasst. Im Falle von *Ritz-Carlton* können die gesammelten Informationen über ein CRM-System<sup>800</sup> allen Standorten zugänglich gemacht werden, sodass die Wünsche des Kunden in jedem Hotel der Kette an jedem Ort der Welt abgerufen werden können. Für den Kunden bringt diese Anpassung den Mehrwert, dass er seine Anliegen nicht jedes Mal erneut kommunizieren muss. Dieser lernende Prozess eröffnet die Möglichkeit, perfekt personalisierten Service anbieten zu können und einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz zu erzielen.<sup>801</sup>

---

<sup>797</sup> Vgl. Victor, B.; Boynton, A. C. (1998), S. 100.

<sup>798</sup> Vgl. Peppers, D.; Rogers, M. (2004), S. 258; vgl. auch Victor, B.; Boynton, A. C. (1998), S. 100–101.

<sup>799</sup> Vgl. Victor, B.; Boynton, A. C. (1998), S. 100; vgl. auch Büttgen, M. (2000), S. 39.

<sup>800</sup> In diesem Beispiel liegt folglich bereits eine Kombination aus den Ansätzen der Mass Customization und des Customer Relationship Management vor.

<sup>801</sup> Vgl. Peppers, D.; Rogers, M. (2004), S. 258; vgl. auch Victor, B.; Boynton, A. C. (1998), S. 100–101.

## **5 Entwurf eines Anwendungsmodells zur Umsetzung des Ansatzes der Mass Customization und des Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken**

### **5.1 Synergieeffekte zwischen Mass Customization und Customer Relationship Management**

Die vorangehenden Ausführungen in Kapitel 3 und 4 haben gezeigt, dass CRM und Mass Customization zwei Ansätze sind, die das gleiche Ziel haben – die Interaktion mit dem Kunden – und sich gegenseitig unterstützen. **CRM** hat den Aufbau einer Beziehung und die Kundenbindung zum Ziel.<sup>802</sup> Dies wird im Rahmen einer Unternehmensphilosophie auf alle Prozesse – mit Schwerpunkt auf den Informations- und Kommunikationsflüssen – angewendet. Unter Einbeziehung der aus den Kundenbeziehungen gewonnenen Informationen sollen durch Optimierung der Abläufe und die Wahrnehmung neuer Geschäftsfelder/Trends die Profitabilität gesteigert und Wettbewerbsvorteile erzielt werden. Dahingegen geht es im Ansatz der **Mass Customization** vornehmlich um den Bereich der Produktion. Durch die Schaffung von Schnittstellen zum Kunden soll diesen ermöglicht werden, selbst Einfluss auf das Produkt zu nehmen. Dies ist auch ohne eine bestehende Kundenbeziehung möglich. Durch den teilweise hohen Zeitaufwand, den eine Interaktion zur Individualisierung des Produktes erfordert, bietet sich jedoch eine **Kombination der beiden Konzepte** an. Die durch Mass Customization geschaffenen Schnittstellen zum Kunden sind Anknüpfungspunkte, auf deren Basis eine Kundenbeziehung aufgebaut werden kann. Während der Modifikation des Produktes/der Leistung kann das Unternehmen viele Informationen über den Kunden erfassen. CRM kann im Gegenzug im Rahmen des One-to-one Marketing durch den Aufbau und die Personalisierung einer Kundenbeziehung die erfolgreiche Implementierung der Mass Customization unterstützen und erleichtert die Individualisierung der Leistung bei wiederholter Leistungsanspruchnahme (Abbildung 38).<sup>803</sup> Die beiden Ansätze unterstüt-

---

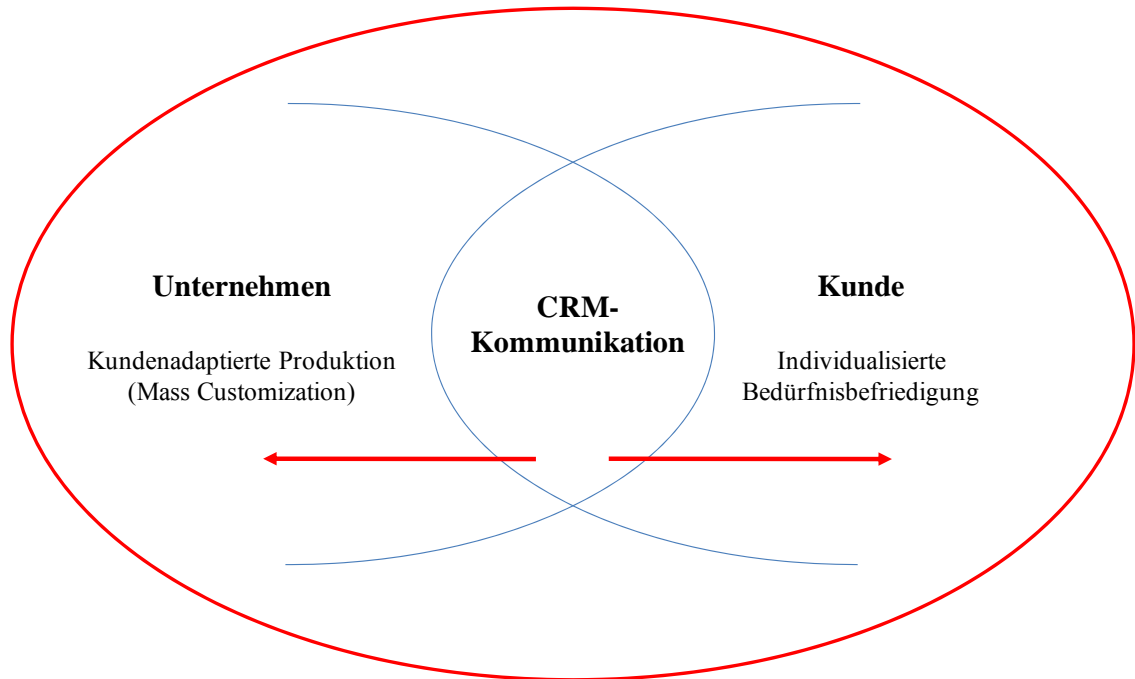
<sup>802</sup> Vgl. Kahle, U.; Hasler, W. (2001), S. 215.

<sup>803</sup> Vgl. Tseng, M. M.; Piller, F. T. (Hrsg.) (2003), S. 7; vgl. auch Harms, F. (2006), S. 6 und Piller, F. T.; Meier, R. (2001), S. 13–14.



zen sich folglich gegenseitig und schaffen dadurch eine Möglichkeit, die Loyalität der Kunden zu steigern.<sup>804</sup>

**Abbildung 38: Synergieeffekte zwischen Mass Customization und CRM**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Harms, F. (2006), S. 6.

Ein **kombinierter Ansatz aus CRM und Mass Customization** birgt die Möglichkeit, die Orientierung am Kunden/Patienten ganzheitlich umzusetzen, wie es im Gesundheitswesen vielfach angestrebt wird. Anhand dieses Ansatzes sollen die Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie sich das Gesundheitswesen weiterentwickeln kann. Es gilt ein Konzept aufzustellen, in dem sowohl strategische als auch operative Ziele festgelegt werden. Der Entwicklung der Strategie ist in der Praxis viel Aufmerksamkeit zu schenken, da die in Kapitel 2 dargestellten Rahmenbedingungen und Besonderheiten des Gesundheitsmarktes bedacht werden müssen.

---

<sup>804</sup> Vgl. Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 76.

## 5.2 Anforderungen an Gesundheitsnetzwerke zur Implementierung von Mass Customization und Customer Relationship Management

### 5.2.1 Anforderungen zur Umsetzung der Mass Customization

Kennzeichnend für den Ansatz der Mass Customization ist, dass das Produkt möglichst weitgreifend an die Bedürfnisse jedes einzelnen Kunden/Patienten<sup>805</sup> angepasst wird.<sup>806</sup> Es gibt jedoch Prämissen im Gesundheitswesen, welche nicht verändert werden können. Hierzu zählen z. B. die Grenzen des medizinisch Möglichen. Dennoch bietet auch die medizinische Leistungserstellung Chancen zur Individualisierung. Wichtig ist es, die Leistungserstellung als ganzheitlichen Prozess zu sehen. Dies bedeutet, dass nicht nur der Bereich der Arzt-Patienten Interaktion im Rahmen von Diagnosestellung und Behandlung betrachtet wird, sondern auch jegliche Kontaktpunkte außerhalb des Behandlungszimmers. Die ganzheitliche Betrachtung des Wertschöpfungsprozesses führt zu dem Schluss, dass lediglich ein Gesundheitsnetzwerk die notwendige Basis schafft, den Ansatz im Gesundheitswesen anzuwenden. Hierfür spricht auch die grundsätzliche Forderung nach einem Netzwerk als Entwicklungsgrundlage für die Mass Customization.<sup>807,808</sup>

Die nachfolgenden Anforderungen sind Voraussetzung für eine mögliche und erfolgreiche Umsetzung des Ansatzes der Mass Customization im Rahmen von Gesundheitsnetzwerken<sup>809</sup>:

1. Es muss ein **großer Absatzmarkt** mit **differenzierenden Wünschen/Anforderungen** auf der Seite der Kunden vorliegen, wobei 2 Bedingungen erfüllt sein müssen.<sup>810</sup>

---

<sup>805</sup> Siehe Kapitel 2.4.3.1 zur Betrachtung der Patienten als Kunden.

<sup>806</sup> Vgl. Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 19.

<sup>807</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 15.

<sup>808</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel 4.1 und Abbildung 31.

<sup>809</sup> Die Erfüllung dieser Kriterien durch Gesundheitsnetzwerke wird in Kapitel 5.3 diskutiert.

<sup>810</sup> Vgl. Hart, C. W. L. (1995), S. 40; vgl. auch Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 20.

- Die Kunden müssen sensitiv auf die Erfüllung dieser Wünsche reagieren. Dies bedeutet, dass sie die Änderung der Leistung/des Produktes zur Entsprechung ihrer Anforderungen wertschätzen (Individualisierung der Leistung).
- Die Anforderungen der Kunden können nicht in ausreichendem Maße durch Standardprodukte erfüllt werden. Es besteht ein Bedarf an individuellen Leistungen.

Die Notwendigkeit eines großen Absatzmarktes entsteht aus Gründen der Kostenperspektive. Er ist Voraussetzung für das Erreichen der Stufe der Massenproduktion in der Anwendungsschleife der Mass Customization (vgl. Abbildung 37, S. 164) und die hierdurch entstehenden Skalen- und Verbundeffekte.<sup>811</sup> Die Existenz differenzierender Wünsche/Anforderungen ist unerlässlich, um die beiden genannten Bedingungen zu erfüllen.<sup>812</sup> In ihnen liegt die Begründung des Vorteils von Mass Customization gegenüber einer klassischen Massenproduktion.<sup>813</sup>

2. Für die Anwendung des Konzeptes ist es erforderlich, dass sich das angebotene Produkt bzw. die Dienstleistung und die zugehörigen Prozesse **standardisieren** und in gewisser Weise **modularisieren** lassen.<sup>814,815</sup>
3. Es ist sicherzustellen, dass die gesamte **Wertschöpfungskette** betrachtet werden kann.<sup>816</sup> Entsprechend müssen gut strukturierte Ablaufprozesse und IuK-Flüsse vorliegen oder entwickelt werden.<sup>817</sup>
4. Als letzte Anforderung muss eine **technische Basis** in Form eines stabilen IuK-Systems umsetzbar sein, um die Interaktion zwischen allen Teilnehmern der Wertschöpfungskette und zwischen Leistungserbringer und Kunde zu ermöglichen.<sup>818,819</sup>

---

<sup>811</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.1 und 4.2.5.

<sup>812</sup> Vgl. Hart, C. W. L. (1995), S. 40-41.

<sup>813</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.1.

<sup>814</sup> Zur Bedeutung der Standardisierung und Modularisierung der Produkte/Dienstleistungen im Rahmen der Mass Customization siehe Kapitel 4.2.3 und 4.2.5.

<sup>815</sup> Vgl. Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 37–38; vgl. auch Mayer, R. (1993), S. 155 und Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 95.

<sup>816</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.2.1.

<sup>817</sup> Vgl. Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 38–39.

<sup>818</sup> Die technische Basis spielt vor allem im Rahmen des Wissensmanagements eine große Rolle. Die Bedeutung zeigt sich jedoch auch in der transparenten Mass Customization (Kapitel 4.2.2).

Nur über eine stabile technische Basis ist ein zeitnahe Informationsaustausch zwischen allen beteiligten Leistungserbringern und somit eine ganzheitliche Betrachtung der Wertschöpfungskette möglich. Entsprechend ist diese Anforderung Grundlage für die Erfüllung der dritten Forderung.

## **5.2.2 Anforderungen zur Umsetzung eines Customer Relationship Management**

Analog zur Theorie der Mass Customization ergeben sich auch im Ansatz des CRM grundlegende Anforderungen, welche einer Implementierung vorausgehen müssen. Diese Voraussetzungen ähneln denen der Mass Customization, sind aber naturgemäß eher auf die Interaktion Anbieter – Kunde ausgerichtet als auf die Produktion/Leistungserstellung an sich.<sup>820</sup>

1. Das Produkt/die Leistung muss es dem Kunden **Wert** sein, eine Beziehung mit dem Leistungserbringer aufzubauen.<sup>821,822</sup>
2. Der Kunde muss bereit sein, für die CRM-Beziehung maßgebliche **Informationen** über sich selbst preiszugeben.<sup>823,824</sup>
3. Die Prozesse im Bereich der Leistungserbringung müssen am Kunden ausgerichtet werden können (**Individualisierung der Leistung**).<sup>825</sup>

Die Ausrichtung aller Prozesse und Informationsflüsse am Kunden ist zentraler Bestandteil des CRM.<sup>826</sup> Wie in Kapitel 3.3 dargestellt wurde, führt die Individualisie-

---

<sup>819</sup> Vgl. Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 82, 88; vgl. auch Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006), S. 38–39 und Peters, L.; Saidin, H. (2000), S. 104.

<sup>820</sup> Zur Abgrenzung der Ansätze der Mass Customization und des CRM vgl. Kapitel 5.1.

<sup>821</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.2.3.

<sup>822</sup> Vgl. Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007b), S. 201–203; vgl. auch Brendel, M. (2003), S. 135.

<sup>823</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.3.

<sup>824</sup> Vgl. Link, J. (2001), S. 10–12.

<sup>825</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.1.

<sup>826</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.1.

rung der Leistung zudem zu einem Mehrwert für den Kunden, wodurch die Erfüllung der ersten beiden Bedingungen unterstützt wird.<sup>827</sup>

4. Es muss eine **technische Basis** vorliegen, welche die Speicherung, Pflege, den Austausch und die intelligente Verwendung von Information und die Kommunikation mit dem Kunden unterstützt.<sup>828,829</sup>
5. Der Leistungserbringer muss einen klaren **Vorteil** in der intensiven Kundenbeziehung für seine Unternehmung erkennen.<sup>830,831</sup>

Die Investition in CRM ist nur dann sinnvoll, wenn der erwartete Kundenwert die Kosten des Beziehungsaufbaus und der -pflege übersteigt. Hierbei sind nicht nur die direkten Umsätze durch den Kunden zu beachten, sondern auch indirekte Wertsteigerungen (siehe Kapitel 3.2.3).<sup>832</sup>

### **5.3 Eignung von Gesundheitsnetzwerken zur Umsetzung von Mass Customization und Customer Relationship Management**

Generell ist zu klären, ob die zuvor angesprochenen Kriterien durch Gesundheitsnetzwerke erfüllt werden. Dabei liegt dies für einige Kriterien auf der Hand. Andere Anforderungen bedürfen einer detaillierten Überprüfung.

Die erste Forderung zur Umsetzung beider Ansätze ist die **Existenz individueller Wünsche**, so dass durch die Individualisierung ein Mehrwert für den Patienten entsteht und dieser einen Vorteil darin sieht, eine persönliche Beziehung zum Leistungserbringer aufzubauen.<sup>833</sup> Zunächst sind Patienten bezüglich der Berücksichtigung der eigenen Wünsche extrem sensitiv. Sie sehen eine Standardlösung nicht als angemessenes Vor-

---

<sup>827</sup> Vgl. Hippner, H. (2007), S. 36–37; vgl. auch Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007), S. 128–134.

<sup>828</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.2.1.

<sup>829</sup> Vgl. Winkelmann, P. (2008), S. 233; vgl. auch Wimmer, F.; Göb, J. (2006), S. 401.

<sup>830</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.2.3.

<sup>831</sup> Vgl. Meffert, H. (2003), S. 140.

<sup>832</sup> Vgl. Meffert, H. (2003), S. 140.

<sup>833</sup> Vgl. Hart, C. W. L. (1995), S. 40-41.

gehen an.<sup>834</sup> Dies liegt in der Individualität jedes Menschen an sich begründet. Auch sind Patienten im medizinischen Bereich in der Regel immer bereit, eine Vertrauensbasis zu ihrem Arzt aufzubauen und ihm gegenüber mit Berufung auf die Schweigepflicht weitestgehende Einblicke in ihre persönlichen Daten zu gewähren.<sup>835</sup>

Die Bedingung an die **Größe des Absatzmarktes** ist im Gesundheitsmarkt als einem der größten ökonomischen Märkte von vornherein gegeben. Speziell für Gesundheitsnetzwerke ist diese Voraussetzung im Vergleich zu einzelnen Arztpraxen und Kliniken grundsätzlich erfüllt. Dies verdeutlicht zugleich die Notwendigkeit eines Gesundheitsnetzwerkes zur Umsetzung der Mass Customization und des CRM, da nur diese die ganzheitliche Betrachtung der Wertschöpfungskette ermöglichen, die zur Implementierung der Ansätze notwendig ist.

Inwieweit die restlichen Anforderungen gegeben sind, zeigen die nachfolgenden Kapitel.

### **5.3.1 Standardisierung in Gesundheitsnetzwerken zur Umsetzung der Mass Customization**

Gedanklich lässt sich eine Massenproduktion mit dem Gesundheitswesen nur schwer vereinen, da das Wort an sich oftmals mit einem negativen Image behaftet ist. Es gibt jedoch auch Bereiche, in denen die Behandlung einer solchen nahe kommt. Als Beispiel sind einzelne Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Koloskopien in einer gastroenterologischen Praxis), Impfungen oder elektive Operationen wie das Lasern der Augen zu nennen. Wie in Kapitel 4.2.3 erläutert wurde, gibt es zwei Bereiche der **Standardisierung**. Zum einen können Prozesse standardisiert werden.<sup>836</sup> Hierbei geht es vor allem darum, das Optimierungspotenzial von Strukturen und Prozessen herauszuarbeiten und Abläufe verbindlich vorzugeben.<sup>837</sup> Zum anderen kann sich die Standardisierung auf Produkte und Leistungen beziehen.<sup>838</sup>

---

<sup>834</sup> Vgl. Frewer, L. J.; Salter, B.; Lambert, N. (2001), S. i50.

<sup>835</sup> Vgl. American Healthways (2004), S. iv–vii.

<sup>836</sup> Vgl. Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E. (2005), S. 361.

<sup>837</sup> Vgl. Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E. (2005), S. 361; vgl. auch Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P. (1994), S. 266.

Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien, Standards und Patienten-Management Programmen, sind Schritte in Richtung einer Standardisierung der Dienstleistung Gesundheit. Diese Ansätze sind für Patienten nicht grundsätzlich schlecht. Standardisierung erhöht die **Transparenz** und zudem die Möglichkeiten des Qualitätsmanagement.<sup>839</sup> Eine Steigerung der Transparenz und ein dokumentiertes und nach außen dargestelltes Qualitätsmanagement führen zu einer besseren Überprüfbarkeit der Leistungserbringung durch den Patienten. Das Problem ist jedoch, dass diese Vorteile den Patienten nicht richtig kommuniziert werden. Patienten merken es, wenn Leistungen gekürzt oder Zuzahlungen erhoben werden. Durch die Vielzahl der Reformen haben die Patienten in vielen Bereichen bereits den Überblick über Änderungen im System verloren.<sup>840</sup> So ist einigen Patienten auch nicht ganz klar, welche Möglichkeiten sich ihnen durch Gesundheitsnetzwerke bieten. In diesem Kapitel werden sowohl Ansätze und Möglichkeiten der Standardisierung intern, innerhalb einzelner Praxen als auch extern, zwischen den Teilnehmern von Gesundheitsnetzwerken untersucht.

### **5.3.1.1 Informations- und Kommunikationstechnologien zur Standardisierung in Gesundheitsnetzwerken**

Sowohl der Ansatz der Mass Customization als auch das CRM erfordern eine **IT-Lösung** als Basis. Dies bedeutet, dass es im Unternehmen neben entsprechender Software zentrale Datenbanken geben muss, die allen Mitarbeitern zur Verfügung stehen. Diese Systeme sind im Gesundheitswesen im Allgemeinen und speziell in Gesundheitsnetzwerken prinzipiell verfügbar.<sup>841</sup> IT-Lösungen zu den unterschiedlichen Bereichen werden von Firmen wie z. B. der *Microsoft Corporation*<sup>842</sup> und der *InterSystems GmbH* angeboten und teilweise auch bereits in Deutschland angewendet.<sup>843</sup>

---

<sup>838</sup> Vgl. Zäpfel, G. (2000), S. 66; vgl. auch Meffert, J. P. H. (1994), S. 14 und Gersch, M. (1995), S. 2.

<sup>839</sup> Vgl. Seidenschwarz, W. (2008), S. 58–59.

<sup>840</sup> Vgl. Kapitel 2.

<sup>841</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.2.

<sup>842</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2006).

<sup>843</sup> Vgl. InterSystems GmbH (Hrsg.) (2009).

Eine **stabile, technische Basis** ist zur Anwendung der Mass Customization und des CRM unter Gesichtspunkten der Standardisierung und Optimierung von Prozessabläufen unerlässlich. Die Voraussetzungen variieren, je nachdem ob der Ansatz zu transparenter, kooperativer oder anpassungsfähiger Mass Customization zum Einsatz kommen soll.

Ansätze zur Standardisierung sind in Gesundheitsnetzwerken vor allem durch die Optimierung von Prozessabläufen, aber auch durch eine bessere Abstimmung der Ärzte untereinander in Bezug auf inhaltliche Aspekte z. B. der Arzneimitteltherapie zu erreichen. Der wichtigste Ansatzpunkt ist folglich die Vereinheitlichung der praxis- und klinikinternen Computersysteme bzw. zumindest die **Sicherstellung der Kompatibilität**.<sup>844,845</sup>

Im Rahmen der transparenten Mass Customization und auch im CRM ohne direkte Kundenintegration würde die Implementierung einer ePA vollkommen ausreichen. Diese ermöglicht allen Leistungserbringern den Zugriff auf die von ihm benötigten Daten sowie den Austausch von Informationen zur Erzielung von Business Intelligence.<sup>846,847</sup> Wie im Beispiel der Hotelkette *Ritz-Carlton*<sup>848</sup> könnten die Mitarbeiter Informationen über den Patienten sammeln, im System erfassen und anwenden.<sup>849</sup>

Zielt der Ansatz allerdings auf kooperative oder anpassungsfähige Mass Customization bzw. ein CRM mit direkter Integration des Kunden ab, so sind weitere Voraussetzungen wie z. B. die Einführung einer eGA unerlässlich. Sie ermöglicht es dem Patienten, selbst Informationen in das System einfließen zu lassen.<sup>850,851</sup>

---

<sup>844</sup> Vgl. Heitmann, K. U.; Schweiger, R.; Dudeck, J. (2001), S. 169.

<sup>845</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.3 und 5.3.2.1.

<sup>846</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.2.4.

<sup>847</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. 436.

<sup>848</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.4.2.2.

<sup>849</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. 436; vgl. auch Prokosch, H. U. (2001).

<sup>850</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.2.4.

<sup>851</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. 507.



Für die Standardisierung speziell in Netzwerken liegt der Fokus zum einen auf der technischen Vernetzung der unterschiedlichen Leistungserbringer, zum anderen ist es ebenfalls grundsätzliche Voraussetzung, alle Prozesse innerhalb einer Netzwerkeinheit zu verbinden.<sup>852</sup> Die Ärzte müssen jederzeit auf notwendige Informationen zugreifen können, ohne jedes Mal zum Empfang oder zu einem bestimmten Computer gehen zu müssen.<sup>853</sup> Diese Voraussetzungen sind ebenfalls durch die heutige Systemlandschaft gegeben. Insbesondere Installationen einer ePA in Praxen und Netzwerken decken diesen Bedarf ab.<sup>854</sup>

Die Teilnehmer des Gesundheitsnetzwerkes sollten zudem - unabhängig von den Patientendaten - über ein **Intranet** verbunden sein, welches relevante Informationen für die einzelnen Mitarbeiter jederzeit aktuell zur Verfügung stellen kann. Die Ärzte sollten z. B. jederzeit wissen, wann welche Arztpraxis z. B. wegen Urlaubs geschlossen ist. Im Rahmen des Intranets sollten sie auch Zugriff auf die Terminplaner der anderen Ärzte haben, um bei einer Überweisung gleich einen Termin für den Patienten vereinbaren zu können. Nur so ist die im Rahmen der Mass Customization<sup>855</sup>/des CRM<sup>856</sup> geforderte Optimierung von Prozessabläufen und ganzheitliche Betrachtung der Wertschöpfungskette möglich.<sup>857,858</sup>

Speziell im CRM ist ein gezielt eingesetztes **Wissensmanagement** unerlässlich.<sup>859</sup> Auch hierfür stehen prinzipiell technische Voraussetzungen zur Verfügung. Dies gilt ebenso im Falle kooperativer oder anpassungsfähiger Mass Customization/CRM Ansätze, da eGA und entsprechende Systeme auf dem Markt verfügbar sind.<sup>860</sup>

---

<sup>852</sup> Vgl. Well, B. van (2001), S. 87; vgl. auch Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997), S. 105.

<sup>853</sup> Vgl. Gouthier, M. H. J. (2001), S. 73; vgl. auch Haas, P. (2005), S. 24-29.

<sup>854</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.2.2.4.

<sup>855</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.2.1.

<sup>856</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.1.

<sup>857</sup> Vgl. Kirn, Stefan (Hrsg.) (2005), S. 5-6.

<sup>858</sup> Vgl. Brendel, M. (2003), S. 23.

<sup>859</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.2.1.

<sup>860</sup> Vgl. Haas, P. (2006), S. 506-507; vgl. auch Prokosch, H. U. (2001) und Warda, F. (2005), S. 15-16.

Als **Beispiel zur technischen Umsetzung** in Gesundheitsnetzwerken kann die *Regio Kliniken GmbH* genannt werden, zu welcher mehrere Kliniken, Altenpflegeheime sowie ambulante Pflegedienste gehören. Mit Hilfe einer Verbindung von Intranet und Internet über einen Server können sich sowohl die Leistungserbringer untereinander austauschen als auch Informationen für die Patienten bereitgestellt werden.<sup>861</sup> Ein weiteres Beispiel ist die technische Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen den *Asklepios Kliniken* und niedergelassenen Ärzten. Mit Hilfe einer von *Microsoft* und *Intel* entwickelten Plattform mit höchsten Sicherheitsstandards können niedergelassene Ärzte direkt auf Labordaten, Ergebnisse bildgebender Diagnostik sowie erstellte Diagnosen ihrer Patienten zugreifen.<sup>862</sup>

Die vorangehenden Ausführungen zeigen, dass die zur Standardisierung und Optimierung von Prozessabläufen in Gesundheitsnetzwerken notwendigen IuK-Technologien prinzipiell verfügbar sind.

### **5.3.1.2 Standardisierung von Prozessabläufen**

Wie in Kapitel 4.2.3 dargestellt wurde, bezeichnet die **Standardisierung von Prozessabläufen** die exakte Darstellung und verbindliche Vorgabe des Ablaufs eines Prozesses und somit die Beschreibung von Handlungsabfolgen.<sup>863</sup> Dies kann sich in Gesundheitsnetzwerken auf unterschiedliche Bereiche beziehen. Zum einen auf allgemeine Aspekte wie die Planung von organisatorischen Prozessabläufen und das Terminmanagement, zum anderen auf die Steuerung und Behandlung des Patienten in Form von Patientenzugängen und Behandlungsleitlinien.

#### **5.3.1.2.1 Organisatorische Prozessabläufe**

Der **Grad der Standardisierung** von Prozessabläufen hängt stark von der Vorhersehbarkeit des Ablaufs und der Interaktion mit dem Kunden ab. Wenn nicht bekannt ist, aus welchem Grund der Patient einen Arzt aufsuchen möchte, kann der Ablauf der Behandlung nicht oder nur beschränkt im Vorhinein geplant werden. Dennoch beinhaltet

---

<sup>861</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008b).

<sup>862</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2007).

<sup>863</sup> Vgl. Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E. (2005), S. 361; vgl. auch Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P. (1994), S. 266.

jeder Patientenkontakt eine gewisse Routine. Es ist wichtig, dass dem Personal alle ablaufenden Prozesse bekannt und bewusst sind. Nur dann können Standards effizient etabliert werden. Jeder Ablauf muss darauf ausgerichtet werden, dass benötigte Materialien günstig positioniert und Wege möglichst kurz gehalten werden. Die Beschriftung von Schränken führt zur schnelleren Eingewöhnung von neuem Personal. Ist die Einrichtung in allen Praxen gleich strukturiert, lässt sich z. B. auch in der Bereitschaftspraxis eine schnellere Routine des Personals erreichen. Routinierte Mitarbeiter geraten zudem seltener in Stresssituationen, wodurch die Atmosphäre auch auf die Patienten entspannter wirkt. In Gesundheitsnetzwerken arbeiten kleine Einheiten mit ähnlichen Prozessabläufen zusammen. Hieraus ergeben sich gute Möglichkeiten zu einem Austausch über Best-Practice Erfahrungen.<sup>864</sup>

Regelmäßige Schulungen bieten die Möglichkeit, die Standardisierung der Arbeitsabläufe sowohl im Bereich der Ablauforganisation als auch in Bezug auf die inhaltlichen Tätigkeiten zu beschleunigen und verbessern.<sup>865</sup>

Die **Standardisierung von Abläufen** bietet sich im Rahmen der ambulanten Behandlung eines Patienten vor allem für Vorsorgeuntersuchungen an, da diese am einfachsten planbar sind. Des Weiteren ergibt sich aber auch für die Behandlung chronischer Erkrankungen Standardisierungspotenzial. Wenn Patienten bei Terminvereinbarung bereits gefragt werden, aus welchem Grund sie um einen Termin bitten, kann sich das Personal entsprechend auf die notwendigen Abläufe vorbereiten und zudem die Zeitplanung besser einschätzen.

Organisatorische Prozesse beinhalten auch die **Kommunikation** mit dem Patienten.<sup>866</sup> Dies beinhaltet neben dem direkten Informationsaustausch mit dem Arzt/dem Praxispersonal auch die Präsentation und Vermarktung nach außen, die Mund-zu-Mund Propaganda anderer Patienten sowie den Internetauftritt.<sup>867</sup> Das nicht-ärztliche Personal sollte entsprechend sowohl innerhalb einer Praxis als auch im Vergleich zwischen den

---

<sup>864</sup> Vgl. Seidenschwarz, W. (2008), S. 55.

<sup>865</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 33.

<sup>866</sup> Vgl. Kapitel 4.3.

<sup>867</sup> Vgl. hier und im Folgenden Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 25–26.

teilnehmenden Leistungserbringern einheitlich auftreten. Die Teilnahme an Kommunikationsschulungen kann verpflichtend eingeführt werden, um die Soft Skills des Personals zu verbessern und die Umgangsformen zu vereinheitlichen. Es sollte für den Patienten ersichtlich sein, dass die Mitarbeiter wirklich hinter den Leitgedanken des Netzwerkes stehen. Einheitliche Begrüßungssätze am Telefon können einem Patienten das Gefühl geben, an einem bekannten Ort anzurufen, auch wenn er in dieser speziellen Praxis noch nicht behandelt wurde.

Des Weiteren ist zu prüfen, inwiefern einzelne Prozesse durch IuK-Technologien **automatisiert** werden können.<sup>868</sup> Zu nennen sind beispielhaft Erinnerungsfunktionen für Patienten an bevorstehende Termine für Kontrolluntersuchungen oder die Weiterleitung von Informationen innerhalb des Netzwerkes.<sup>869</sup> Dies führt zu einer Beschleunigung von Prozessen und zu einer geringeren Fehlerquote und verschafft den Mitarbeitern so mehr Zeit, um sich mit wichtigen Dingen wie den Patienten zu beschäftigen.<sup>870</sup> Obwohl der Patient in der Regel zunächst nur an einer Kommunikationsschnittstelle mit dem Netzwerk in Kontakt tritt (beispielsweise bei seinem Hausarzt), haben seine Wünsche und Bedürfnisse weitreichende Auswirkungen, beispielsweise auf andere Fachärzte des Netzwerkes oder das kooperierende Krankenhaus. Des Weiteren hat der Patient eine Vielzahl von Möglichkeiten der Kommunikation (Multichanneling). Der Patient kann zum Beispiel über Brief, Email, Telefon, Internet mit dem Netzwerk in Kontakt treten.<sup>871</sup> Werden all diese Informationen unkoordiniert und unstrukturiert festgehalten, so ist eine durchgängige Betreuung des Patienten nicht mehr möglich. Die Information, die der Allgemeinarzt nach einem Telefonat mit dem Patienten auf dem Papier in seiner Praxis festhält, ist für den Facharzt nicht zugänglich. Das CRM-System ermöglicht nun einerseits die Speicherung dieser Informationen an einer zentralen Stelle, welche für das ganze Netzwerk zugänglich ist.<sup>872</sup> Andererseits stellt die Automatisierung von Prozessen sicher, dass Informationen auch weitergetragen werden, es also zu einem Informati-

---

<sup>868</sup> Vgl. Fähnrich, K.-P. (2005), S. 226–227.

<sup>869</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2003), S. 1–3; vgl. auch Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2007).

<sup>870</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2003), S. 1–3.

<sup>871</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. (2001), S. 137.

<sup>872</sup> Vgl. Microsoft Schweiz GmbH (Hrsg.) (2007).

onsfluss zwischen den einzelnen Parteien kommt.<sup>873</sup> Nimmt z. B. ein Hausarzt einen neuen Patienten auf, bei dem er eine chronische Krankheit diagnostiziert die eine Überweisung an einen Facharzt erfordert, werden mit Eingabe der Patienteninformationen in das System durch den Hausarzt bereits die ersten Prozesse ausgelöst. Neben der Terminvereinbarung beim Facharzt und der Übermittlung der für ihn relevanten Informationen wird dem Kunden beispielsweise per E-Mail der Beitritt zu einer Newsgroup angeboten, die regelmäßig zu Themen rund um seine Krankheit informiert. Registriert sich der Patient für die Newsgroup, erhält der Patient automatisch eine Welcome Email, die von der Newsgroup des Facharztes initialisiert ist. In diesem Beispiel entfällt eine Reihe von manuellen Prozessen. Der Hausarzt muss nicht eigens für die Übermittlung der Informationen an den Facharzt sorgen, da dies durch das CRM-System sichergestellt ist. Des Weiteren muss der Facharzt dem Patienten nicht persönlich den Beitritt in die Newsgroup anbieten und ihn registrieren, da die Einladung automatisch versandt wurde und der Patient sich selbst registrieren kann. Der Facharzt muss nicht manuell die Welcome Email versenden, dies geschieht automatisch. Nach Wunsch könnte nun auch eine automatisierte Email oder Benachrichtigung an den Facharzt versandt werden, die ihn darüber informiert, dass sich der neue Patient für die Newsgroup angemeldet hat. Das CRM-System sorgt für geregelte Abläufe und stellt sicher, dass alle Parteien auf dem gleichen Informationsstand sind.<sup>874</sup>

Bei der Planung von Vorträgen zu spezifischen Krankheiten kann automatisch ein Einladungsschreiben an die entsprechenden Patienten in der Datenbank versendet werden. Wird ein Termin für eine Impfung vereinbart, prüft das System automatisch, ob ausreichend Impfstoff auf Lager ist. Entsprechend können auch Nachbestellungen automatisch über die Software ausgelöst werden, wenn bestimmte Mindestmengen unterschritten werden. Ein weiteres Beispiel ist die Automatisierung von Genehmigungsprozessen. So können Rechnungen, Bestellungen und Briefe vom Personal vorbereitet und bei Speicherung direkt zur Autorisierung an den Arzt weitergeleitet werden. Es gibt unzählige Prozesse, die sich durch eine entsprechende Software automatisieren lassen. Letzt-

---

<sup>873</sup> Vgl. hier und im Folgenden Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008a) und Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008c).

<sup>874</sup> Vgl. Brendel, M. (2003), S. 46-47, 69-73.

endlich wird jede E-Mail und jede Aktion, die mit einem Patienten in Zusammenhang steht, in seiner Akte gespeichert, ohne dass das Personal diesen Schritt extra auslösen muss.<sup>875</sup>

Wie zuvor angesprochen zählt auch die indirekte Kommunikation mit den Patienten über das Internet zu den organisatorischen Prozessen, da hier ein Informationsaustausch stattfindet. Der Umgang mit neuen IuK-Technologien gehört für die meisten Menschen heutzutage zum Alltag, sowohl im Beruf als auch im Privaten. E-Mail und Mobiltelefon sind eine nahezu selbstverständliche Kommunikationsmethode und das **Internet** ist für viele bereits die erste Informationsquelle auf der Suche nach Informationen.<sup>876</sup> Das Gesundheitswesen ist eine der wenigen Branchen, in denen die Nutzung von Internet und E-Mail noch nicht alltäglich sind. Adresse und Telefonnummer einer Arztpraxis lassen sich oft noch über das Telefon- oder Branchenbuch recherchieren. Die Suche nach Öffnungszeiten und Spezialisierungen der Ärzte gestaltet sich dagegen schon schwieriger. Für ein Gesundheitsnetzwerk kann es ein entscheidender Wettbewerbsvorteil bei der Gewinnung neuer Patienten sein, derartige Informationen auf einer Homepage darzustellen.<sup>877</sup> Die Website muss aktuell sein und Interessengruppen gezielt durch die Navigation steuern. Hierbei ist es nicht nur wichtig, dass sich alle teilnehmenden Ärzte für ihre jeweiligen Homepages auf ein einheitliches Auftreten verständigen. Es sollte auf einer netzeigenen Seite eine Übersicht über alle integrierten Leistungserbringer gegeben werden. Zusätzlich sollten die einzelnen Fachgebiete, Öffnungszeiten sowie weitere die Zusammenarbeit betreffende Informationen dargestellt werden. Sie müssen übersichtlich angeordnet sein, so dass die Navigation selbsterklärend ist.<sup>878</sup> Auf dieser Website können dann auch Links zu den einzelnen Netzwerkmitgliedern eingefügt werden. Die Erstellung und Pflege der Homepages kann an einen gemeinsamen IT-Beauftragten übergeben werden. Die einzelnen Leistungserbringer werden dadurch entlastet, und die Einheitlichkeit kann auf diesem Weg einfach sichergestellt werden.

---

<sup>875</sup> Vgl. Brendel, M. (2003), S. 46-47, 69-73; vgl. auch Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008a).

<sup>876</sup> Vgl. Brendel, M. (2003), S. 49.

<sup>877</sup> Vgl. Meyer-Lutterloh, K. (2001), S. 312.

<sup>878</sup> Vgl. Beeres, Manfred (2001), S. 174-175.

### **5.3.1.2.2 Terminmanagement**

Ein weiterer Ansatz zur Standardisierung ist das Terminmanagement. Dies betrifft sowohl die Prozesse innerhalb einer Arztpraxis/eines Krankenhauses als auch die optimale Abstimmung und Zusammenarbeit von Leistungserbringern im Gesundheitsnetzwerk. Im Beispiel der Arztpraxis hat die Anzahl der Termine, welche pro Tag vergeben werden können, einen direkten Einfluss auf den Umsatz der Praxis. Können Patienten durch Erfahrungskurveneffekte zeitlich effizienter behandelt werden und folglich mehr Patienten pro Tag durch den Arzt untersucht werden, hat dies einen direkten Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Praxis.<sup>879</sup> Zudem führen geringere Wartezeiten zu einer gesteigerten Zufriedenheit der Patienten.

Ein gutes **Zeitmanagement** ist auch erforderlich, um eine gemeinsame Basis für die Zusammenarbeit bei der Terminvergabe zu bilden. Es wird nur dann möglich sein, gegenseitig z. B. bei Überweisung eines Patienten, Termine in den Kalender eines weiter behandelnden Arztes zu buchen, wenn das Vertrauen in eine verantwortungsbewusste Zeitplanung des Kollegen besteht. Die Behandlungskette könnte durch dieses Vorgehen jedoch verschlankt und beschleunigt werden, da der Umweg der Terminvergabe nicht über den Patienten läuft, sondern direkt vor Ort – nach Absprache mit dem Patienten – erfolgen kann. Gleichzeitig wird dem Patienten die Arbeit der Organisation abgenommen. Entsprechend ist hier wiederum die funktionierende technische Verbindung zwischen den einzelnen Leistungserbringern Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung. Über eine CRM-Software kann das **Überweisungsmanagement** von Patienten innerhalb eines Netzwerkes optimiert werden. So werden bei der Vereinbarung eines Termins nicht nur die Daten übermittelt, sondern zugleich Erinnerungsfunktionen für den nachfolgenden Arzt eingerichtet, so dass dieser sich kurz vor dem Termin bereits noch einmal die Patientendaten ansehen kann, um optimal auf den Patienten vorbereitet zu sein. Gleichzeitig kann der Versand eines Schreibens (per E-Mail oder Post) an den Patienten ausgelöst werden, welches die Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummern, Homepage), eine Wegbeschreibung zur Praxis/Klinik sowie Informationen zur anste-

---

<sup>879</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 29–30.

henden Untersuchung/Behandlung enthält. Dem Personal wird hierbei Routinearbeit abgenommen bei gleichzeitig gesteigertem Service für den Patienten.<sup>880</sup>

### **5.3.1.2.3 Behandlungspfade**

Für die Standardisierung von Prozessen<sup>881</sup> ist vor allem der Gesamtprozess der **Patientenführung** entlang der Wertschöpfungskette von Bedeutung. Dieser beginnt mit der ersten Terminvergabe an den Patienten, verläuft über die Behandlung und gegebenenfalls Überweisung des Patienten an Fachärzte oder eine Klinik, bis hin zur Nachsorge und, sofern notwendig, zur Überweisung an eine rehabilitative Einrichtung.<sup>882</sup>

In der **Steuerung des Patienten** entlang der Wertschöpfungskette wird das Potenzial eines Gesundheitsnetzwerkes sichtbar. Gerade hier besteht aber auch ein verstärkter Bedarf nach einer durchdachten Leitung des Patienten, da mehrere Parteien zusammenarbeiten und Abstimmungsproblemen vorzubeugen ist.<sup>883</sup> Von besonderem Interesse ist die Vermeidung von Doppeluntersuchungen durch den Informationsaustausch zwischen den Ärzten, aber auch kurze zeitliche Übergänge zwischen den einzelnen Untersuchungen. Der Patient wird sich durchgehend gut versorgt fühlen, da er zu jeder Zeit nachverfolgen kann, welcher Schritt als nächstes kommt und sich nicht auf der Suche nach einem guten, weiterbehandelnden Arzt allein gelassen fühlt.<sup>884</sup>

Wie in Kapitel 2.3.5.3.2 bereits dargestellt wurde, handelt es sich bei Behandlungspfaden um die Strukturierung und Standardisierung von Ablaufprozessen bezogen auf den Weg des Patienten durch die leistungserbringende Einrichtung.<sup>885</sup> Sie zeigen den optimalen Weg des Patienten durch die Untersuchungsfolge.<sup>886</sup> Der Gesamtprozess wird

---

<sup>880</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008a).

<sup>881</sup> Zur Standardisierung vgl. Kapitel 4.2.3.

<sup>882</sup> Vgl. Sens, B.; Abrolat, J. (2009), S. 1; vgl. auch Eckardt, J. (2006), S. 25-26 und Becker, K.; Eckardt, J. (2006), S. 45.

<sup>883</sup> Vgl. Eckardt, J.; Thun, S. (2006), S. 253.

<sup>884</sup> Vgl. Becker, K.; Eckardt, J. (2006), S. 51.

<sup>885</sup> Vgl. Roeder, N.; Hensen, P.; Hindle, D. et al. (2003), S. 1149.

<sup>886</sup> Vgl. Roeder, N.; Hensen, P.; Hindle, D. et al. (2003), S. 1149–1150; vgl. auch Eckardt, J. (2006), S. 25.



hierbei entsprechend dem **Baukastenprinzip**<sup>887</sup> in Teilprozesse zerlegt, die jeder für sich standardisiert werden.<sup>888</sup> Dies ermöglicht auch Lernprozesse und Erfahrungsaustausch zwischen unterschiedlichen Behandlungspfaden, wenn Teilprozesse identisch sind.<sup>889</sup>

Behandlungspfade werden bisher vor allem in stationären Einrichtungen eingesetzt. Sie dienen der Vermeidung von Schnittstellenproblemen zwischen einzelnen Abteilungen und der optimalen Ressourcennutzung.<sup>890</sup> Hierbei umfassen sie nicht nur die Prozesse, die das medizinische Personal betreffen, sondern alle Ist-Abläufe, die den Weg des Patienten durch die Behandlung beeinflussen. Betrachtet werden auch ökonomische Aspekte.<sup>891</sup> Letztere dienen der Analyse von Effektivität und Effizienz der Behandlung.<sup>892</sup> Die detaillierte Erfassung aller Prozesse zeigt somit auch Potenzial zur **Verbesserung der Aufbauorganisation** auf, falls eine organisatorische Umstrukturierung effizientere Abläufe ermöglichen kann.<sup>893</sup>

Durch die Ausweitung klinischer Behandlungspfade auf das ganze Netzwerk können unnötige Wartezeiten und Doppeluntersuchungen vermieden werden. In diesem Rahmen ist das zuvor erwähnte Terminmanagement sehr wichtig. Zudem kann die Informationsvermittlung standardisiert werden, um sicherzustellen, dass Informationen vollständig und zeitnah an den richtigen Stellen eintreffen. Zusammengefasst dargestellt liegen die Ziele von Behandlungspfaden in der Maximierung von Kundenzufriedenheit und Qualität der Leistungserbringung, in der Erzielung von Termintreue, in der Ausschöpfung von Zeit-Einsparpotenzialen und in der Reduktion von Kosten.<sup>894,895</sup>

---

<sup>887</sup> Zum Baukastenprinzip vgl. Kapitel 4.2.3.

<sup>888</sup> Vgl. Becker, K.; Eckardt, J. (2006), S. 44.

<sup>889</sup> Vgl. Becker, K.; Eckardt, J. (2006), S. 46.

<sup>890</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2004), S. 24; vgl. auch Bruhnke, D. (2008), S. 206.

<sup>891</sup> Vgl. Greiling, M.; Rudloff, B. (2005), S. 41; vgl. auch Fischer, B.; Küppers-Simon, M. (2006), S. 92.

<sup>892</sup> Vgl. Fischer, B.; Küppers-Simon, M. (2006), S. 92.

<sup>893</sup> Vgl. Eckardt, J. (2006), S. 12-15, 25.

<sup>894</sup> Vgl. Becker, K.; Eckardt, J. (2006), S. 51-55.

<sup>895</sup> Um die Erreichung dieser Ziele sicherzustellen und Schwachstellen aufzudecken ist ein umfassendes Pfad-Controlling notwendig. Weiterführende Informationen hierzu und zum Prozessmanagement im

#### 5.3.1.2.4 Behandlungsleitlinien

Während sich Behandlungspfade auf die organisatorischen Abläufe konzentrieren, befassen sich Behandlungsleitlinien mit der **inhaltlichen Standardisierung**<sup>896</sup> indikationsbezogener Versorgungsprozesse.<sup>897,898</sup> Behandlungspfade und –leitlinien beeinflussen sich folglich gegenseitig, da eine gute Organisation mehr Zeit und Kontrollmöglichkeiten für inhaltliche Aspekte bietet.<sup>899</sup> Gleichzeitig können Pfade sinnvoll als eine Erweiterung von Leitlinien entwickelt werden, um sicherzustellen, dass zwischen den Empfehlungen keine Unstimmigkeiten entstehen.<sup>900</sup> Leitlinien bieten sich vor allem für Indikationen an, welche einen hohen Grad an Strukturierung aufweisen. Zu nennen sind z. B. chronische Erkrankungen oder (ambulante) Operationen.

**Ziel** der Behandlungsleitlinien ist es, den Ärzten eine Entscheidungshilfe zu bieten, die zugleich die Qualität und Transparenz der Behandlung erhöhen soll.<sup>901</sup> Um auf die spezielle Situation von Gesundheitsnetzwerken Bezug zu nehmen, in der Schnittstellen innerhalb der Behandlungskette eines Patienten eine besondere Rolle spielen, haben die *Bayerische Ärztekammer (BÄK)*, die *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)* und die KBV ein Programm zur Erstellung von Versorgungsleitlinien entwickelt, welches durch das *Ärztliche Zentrum für Qualität in*

---

Gesundheitswesen finden sich in der Literatur u.a. in Czech, M.; Güssow, J. (2006) und Braun, G. E.; Güssow, J.; Ott, R. (2005).

<sup>896</sup> Zum Begriff der Standardisierung vgl. Kapitel 4.2.3.

<sup>897</sup> Vgl. Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2008), S. 4; vgl. auch Jacobs, B.; Oberhoff, C.; Stausberg, J. (2007), S. 2 und Roeder, N.; Hensen, P.; Hindle, D. et al. (2003), S. 1152.

<sup>898</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.3.5.3.2.

<sup>899</sup> Vgl. Sens, B.; Abrolat, J. (2009), S. 1–2; vgl. auch Jacobs, B.; Oberhoff, C.; Stausberg, J. (2007), S. 2 und Roeder, N.; Hensen, P.; Hindle, D. et al. (2003), S. 1152.

<sup>900</sup> Vgl. Jacobs, B.; Oberhoff, C.; Stausberg, J. (2007), S. 2–3; vgl. auch Schnabel, M.; Kill, C.; El-Sheik, M. et al. (2003), S. 1157.

<sup>901</sup> Vgl. Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2008), S. 4.

der Medizin (ÄZQ) koordiniert wird.<sup>902</sup> Ziel ist es hierbei, die Besonderheiten der Schnittstellenproblematik in die Entwicklung der Leitlinien mit aufzunehmen und konkrete Lösungsvorschläge für bestmögliche Übergänge zwischen den Sektoren zu bieten.<sup>903</sup>

In Gesundheitsnetzwerken wird die Einführung von Behandlungsleitlinien und klinischen Behandlungspfaden teilweise dem Thema Steuerung des Patienten zugerechnet. Sie ermöglichen die konstante Weiterbehandlung der Patienten auch im Not- und Bereitschaftsdienst und eine konsequente Linie in den verordneten Arzneimitteln. Patienten erhalten somit entlang des gesamten Behandlungsprozesses eine standardisierte, qualitätsgesicherte Betreuung, da sich jeder der behandelnden Leistungserbringer an die gleichen Leitlinien hält. Wichtig ist folglich, dass alle Leistungserbringer im Gesundheitsnetzwerk sowohl die Behandlungspfade als auch die Leitlinien unterstützen. Die Implementierung unterstützt zugleich auch das Qualitätsmanagement in Gesundheitsnetzwerken, da durch die Standardisierung eine leichtere Kontrolle der Prozesse ermöglicht wird.<sup>904</sup>

#### **5.3.1.2.5 Disease Management Programme**

Disease Management Programme (DMP)<sup>905</sup> bauen auf einer **Standardisierung der Behandlungsprozesse** auf.<sup>906</sup> Dabei soll die individuelle Behandlung des Patienten nicht verloren gehen. Es geht lediglich darum, ein Gerüst an Empfehlungen vorzugeben, an dem sich der Leistungserbringer orientieren kann.<sup>907</sup> DMP integrieren zugleich den Patienten in die Standardisierung der Leistungserbringung, indem sie den Einsatz von Behandlungspfaden und Leitlinien im Rahmen von Organisationsmanagement und Quali-

---

<sup>902</sup> Vgl. Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2008), S. 4–5.

<sup>903</sup> Vgl. Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2008), S. 4–5.

<sup>904</sup> Vgl. Sens, B.; Abrolat, J. (2009), S. 1.

<sup>905</sup> Vgl. Kapitel 2.3.5.3.2: Disease Management Programme (DMP) bezeichnet einen Ansatz, chronisch kranken Patienten eine kontinuierliche, standardisierte und auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Niveau befindliche Behandlung zukommen zu lassen. Vgl. Lauterbach, K. W. (2001), S.9.

<sup>906</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. (2001), S. 19.

<sup>907</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. (2001), S. 20.

tätssicherung mit einer Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten vereinen.<sup>908</sup> Patienten sollen im Umgang mit ihrer Krankheit routinierter werden und in gewisser Weise Anleitungen für ihr eigenes Handeln erhalten. In diesem Zusammenhang spielt die Schulung und Weiterbildung von Patienten eine entscheidende Rolle. Nur wenn sie ihre Krankheit verstehen, können sie selbst aktiv in den Behandlungsprozess integriert werden.<sup>909</sup> Im Rahmen von DMP steht die sektorenübergreifende Perspektive, wie sie Gesundheitsnetzwerke bieten, im Mittelpunkt, da die Gesamtversorgung der chronisch Kranken verbessert werden soll.<sup>910</sup>

### **5.3.1.3 Standardisierung und Modularisierung der Leistung/des Ergebnisses**

Standardisierung kann sich neben Prozessen auch auf Produkte und Leistungen beziehen, wenn es darum geht, bestimmte Merkmale dieser festzulegen und zu vereinheitlichen.<sup>911,912</sup> In Kapitel 4.3 wurde dargelegt, dass die Unterteilung einer Leistung in einzelne Komponenten der Modularisierung eines Produktes entspricht.<sup>913,914</sup> Büttgen und Ludwig weisen in ihrer Untersuchung von Mass Customization im Dienstleistungssektor darauf hin, dass eine Dienstleistung – gerade im medizinischen Bereich – vor der Anwendung von Mass Customization Methoden in einzelne **Module** zerlegt werden muss. Ein Arztbesuch kann in die Einzelkomponenten der Terminvergabe, der Untersuchung an sich, der Behandlung, gegebenenfalls der Rezeptvergabe sowie der Nachsorge unterteilt werden. Die Dienstleistung Gesundheit lässt sich folglich durchaus modularisieren. Dennoch wird die Gesamtheit der Teilleistungen durch den Patienten als eine einzige Leistung empfunden.<sup>915</sup>

---

<sup>908</sup> Vgl. Stock, S.; Redaèli, M.; Lauterbach, K. W. (2004), S. 223-225.

<sup>909</sup> Vgl. Nebling, T. (2009), S. 98–99.

<sup>910</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. (2001), S. 19.

<sup>911</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.2.3.

<sup>912</sup> Vgl. Mörschel, I. C. (2005), S. 91; vgl. auch Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 61.

<sup>913</sup> Zur Modularisierung von Produkten als Bestandteil der Mass Customization siehe Kapitel 4.2.3.

<sup>914</sup> Vgl. Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 61.

<sup>915</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 19.

Die **Standardisierung einer Dienstleistung** kann in drei Aspekte unterteilt werden. Zunächst bedeutet es, dass die Leistung immer gleich ausgeführt ist.<sup>916,917</sup> Dies ist Ziel der in Kapitel 5.3.1.2 angesprochenen Prozessstandardisierung. Im Rahmen der medizinischen Behandlung trifft dies natürlich nur zu, sofern sich die Leistungserbringung durch Leitlinien und Behandlungspfade strukturieren und vorgeben lässt. In den meisten Fällen wird hier folglich nur eine Teilstandardisierung erfolgen können.

Zweiter Aspekt ist die **Vereinheitlichung der eingebrachten Ressourcen**.<sup>918,919</sup> Hierunter fällt z. B. auch die Standardisierung von verwendeten Sachmitteln. Die Vorteilhaftigkeit eines Gesundheitsnetzwerkes kommt dadurch besonders zum Vorschein. Verbrauchsgüter wie z. B. Spritzen, Kanülen, Tupfer und Desinfektionsmittel bieten optimale Ansatzpunkte für eine Vereinheitlichung. Zunächst ist der Vorteil des gemeinsamen Einkaufs zu nennen, welcher durch die Abnahme größerer Mengen und eine gestärkte Verhandlungsposition des Netzwerkes im Vergleich zu Einzelpraxen zu sogenannten „Economies of scale“ führt.<sup>920</sup> Sachmittel können durch Mengenrabatte günstiger erworben werden.<sup>921</sup> Zugleich bietet z. B. die Verwendung der gleichen Materialien den Vorteil, dass Arzthelfer, die innerhalb des Netzwerkes in unterschiedlichen Praxen tätig sind, mit diesen vertraut sind. Vorteile im Einkauf können auch für nicht medizinische Sachmittel wie Büromaterialien, Berufskleidung etc. erzielt werden. Diese Aspekte führen zu Kosteneinsparungen, welche im Rahmen der Mass Customization eine wichtige Rolle spielen.<sup>922</sup> Wie bereits in Kapitel 4.3 angesprochen wurde, zählen zur Standardisierung der eingebrachten Ressourcen auch das Wissen und die Fähigkeiten der Mitarbeiter, welche sowohl durch gezielte Anforderungen bei der Personalauswahl als auch durch Schulungen und Fortbildungen der Mitarbeiter standardisiert werden kön-

---

<sup>916</sup> Vgl. Kapitel 4.3.

<sup>917</sup> Vgl. Wilhelm, R. (2007), S. 160.

<sup>918</sup> Vgl. Kapitel 4.3.

<sup>919</sup> Vgl. Wilhelm, R. (2007), S. 160; vgl. auch Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 58.

<sup>920</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.3.3.3.

<sup>921</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 34; vgl. auch Mayer, R. (1993), S. 94–95.

<sup>922</sup> Vgl. hierzu Kapitel 4.2.1.

nen.<sup>923</sup> Eine weitere Rolle spielt hierbei die Unternehmenskultur und Corporate Identity, welche das Verhalten der Mitarbeiter beeinflussen.<sup>924</sup>

Der letzte Aspekt bedeutet, dass das **Ergebnis der Leistung** immer identisch ist.<sup>925,926</sup> Dieser Aspekt ist in der Medizin etwas problematisch, zumindest in der Betrachtung des Gesamtergebnisses. Standardisierung beinhaltet – wie in Kapitel 4.2.3 erläutert – auch die Strukturierung eines Prozesses, so dass dieser unabhängig von der ausführenden Person zu dem gleichen Ergebnis führt.<sup>927</sup> In gewisser Weise sind dadurch die Leistung und deren Ergebnis standardisiert. Dies bietet sich im medizinischen Bereich besonders für Teilleistungen an, die durch medizinisches Hilfspersonal ausgeführt werden und in der Regel nicht direkt oder indirekt durch den Patienten beeinflusst werden können. Die Standardisierung des Ergebnisses beinhaltet auch die Sicherung des Qualitätsstandards einer Leistung.<sup>928,929</sup> Wie in Kapitel 2.3.5.3 dargestellt, gibt es eine Vielzahl an QM-Systemen und Zertifizierungen. Gesundheitsnetzwerke bieten die Möglichkeit, ein einheitliches Qualitätsmanagement einzuführen. Durch die Implementierung eines **netzwerkweiten QM-Systems** und den Einsatz eines identischen Zertifizierers müssen sich Patienten nicht mit unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen und Bewertungssystemen auseinandersetzen. Das Zertifikat wird zum Wiedererkennungswert eines bedacht ausgewählten und von allen Leistungserbringern für gut befundenen QM-Systems. Möchte sich der Patient informieren, welche Maßnahmen hinter der Zertifizierung stecken, so muss er sich die Informationen nicht von unterschiedlichen Organisationen einholen. Sieht der Patient in jeder Praxis ein Zertifikat eines anderen Instituts, führt dies eher zur Verwirrung, als dass es Nutzen stiftet. Es würde sich die Frage aufdrängen, ob es zwischen den Zertifikaten Qualitätsunterschiede gibt, da sich die Netzwerkteilnehmer offensichtlich nicht auf eines einigen konnten.

---

<sup>923</sup> Vgl. Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 58.

<sup>924</sup> Vgl. Burr, W.; Stephan, M. (2006), S. 58–59.

<sup>925</sup> Vgl. Kapitel 4.3.

<sup>926</sup> Vgl. Wilhelm, R. (2007), S. 160.

<sup>927</sup> Vgl. Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P. (1994), S. 266; vgl. auch Gersch, M. (1995), S. 8.

<sup>928</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 29; vgl. auch Well, B. van (2001), S. 3.

<sup>929</sup> Vgl. Kapitel 4.3.

Ein weiterer Vorteil eines gemeinsamen QM-Systems ist der mögliche Erfahrungsaustausch. Die einzelnen Praxen können von den Fehlern und Erfolgen ihrer Kollegen lernen und so schneller Ergebnisse erzielen. Zugleich wird ein internes Benchmarking ermöglicht. Viele Teile eines QM-Systems können in einem Netzwerk nur einmalig und zentral gehalten und abgearbeitet werden.

#### **5.3.1.4 Vorteile der Standardisierung/Modularisierung**

Die Dienstleistung „Gesundheit“ ist, wie bereits zuvor dargestellt, eine Vertrauensleistung. Ein Arzt, der eine Behandlung wie z. B. eine Koloskopie mit einer gewissen Routine und Sicherheit durchführt, welche durch die Standardisierung der Abläufe und eine hohe Wiederholungsrate entsteht, erweckt beim Patienten automatisch ein höheres Vertrauen.<sup>930</sup> Dies ist wiederum ein wichtiger Einflussfaktor auf den Customer Value und begünstigt den Aufbau einer Beziehung und die Entwicklung von Loyalität, wie sie im Rahmen des CRM angestrebt werden.<sup>931</sup>

Die Standardisierung von Prozessen führt, wie in Kapitel 5.3.1.3 dargestellt, zu einer gewissen Unabhängigkeit des Ergebnisses von der ausführenden Person. Hier kommt ein weiterer Vorteil von Gesundheitsnetzwerken zum tragen, die Möglichkeit des **Mitarbeiteraustauschs** innerhalb des Netzwerkes. So kann z. B. medizinisches Hilfspersonal je nach Bedarf „ausgeliehen“ werden,<sup>932</sup> z. B. für die Durchführung von Bereitschaftsdiensten oder der variablen Einführung von verlängerten Öffnungszeiten. Für Praxen der gleichen Fachrichtung besteht im Rahmen eines Netzwerkes die Möglichkeit, ohne großen Personalmehraufwand zeitlich abgestimmt jeweils z. B. einen Tag je Woche abends oder morgens länger zu öffnen. Dies erhöht die Attraktivität des Netzwerkes für berufstätige Patienten, die außerhalb ihrer Arbeitszeiten einen Arzt aufsuchen möchten. Des Weiteren kann bei Engpässen, die z. B. durch Krankheit oder Urlaub entstehen, flexibel reagiert werden.

---

<sup>930</sup> Vgl. Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997), S. 31.

<sup>931</sup> Vgl. Kapitel 3.2.3 und 3.3.

<sup>932</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 34.

Wie in Kapitel 4.2.3 bereits erläutert wurde, liegen die Vorteile der Prozessstandardisierung vor allem in der Erzielung von **Zeitersparnissen** durch die Entwicklung einer gewissen Routine. Dies führt zu einem besseren Service, zu einer Verkürzung von Warte- und Behandlungszeiten. Der Patient bekommt den Eindruck, dass das Personal in seinen Handlungen sicher ist, wodurch wiederum das Vertrauen der Patienten gestärkt wird.<sup>933</sup>

### **5.3.2 Individualisierung des Leistungserstellungsprozesses eines Gesundheitsnetzwerkes zur Umsetzung der Mass Customization**

Kein Patient gleicht dem anderen, ebenso wie kein Krankheitsverlauf identisch zu einem anderen ist. Den „Standard-Patienten“ gibt es nicht. Dies führt zu dem Schluss, dass eine reine Standardisierung der Dienstleistung Gesundheit nicht zu optimalen Ergebnissen führen wird. Die Heterogenität des Gesundheitsmarktes bietet sich für Mass Customization somit geradezu an.<sup>934</sup> Zentraler Aspekt der Individualisierung der Leistungserstellung ist die Ausrichtung der Leistung am Patienten. Nur wenn er das Gefühl hat, dass sich der Leistungserbringer an seinen Wünschen und Bedürfnissen orientiert, wird eine Kundenbindung entstehen. Zudem kann die Zufriedenheit eines Patienten schon zu seiner Heilung beitragen, indem sie die Compliance erhöht. Im Folgenden werden Ansatzpunkte herausgearbeitet, in welchem Rahmen die Dienstleistung Gesundheit im Netzwerk individualisiert werden kann.

#### **5.3.2.1 Technische Basis zur Individualisierung der Dienstleistung Gesundheit**

Für die **Individualisierung der Dienstleistung** ist eine Ausrichtung der Leistungserbringung an den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten wichtig. Hieraus entstehen zwei Forderungen an die zu Grunde liegenden **IuK-Technologien**. Zum einen muss es möglich sein, das Wissen einzelner Leistungserbringer über die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten zu erfassen, effizient zu verwalten und allen Netzwerkmitgliedern zugänglich zu machen.<sup>935,936</sup> Zum anderen muss die Schnittstelle zwischen Leistungs-

---

<sup>933</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 120–121; vgl. auch Seidenschwarz, W. (2008), S. 59.

<sup>934</sup> Vgl. Peters, L.; Saidin, H. (2000), S. 109–110.

<sup>935</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.2.1.



erbringern und Patienten optimal auf eine problemlose Kommunikation ausgerichtet werden.<sup>937,938</sup> Letzteres gilt vor allem dann, wenn die Zielsetzung eines Gesundheitsnetzwerkes auf der kooperativen oder anpassungsfähigen Mass Customization/CRM liegt. Neben der eGA sind Medien wie Internet, E-Mail und Telefon notwendig und direkt mit den internen Systemen der Netzwerke zu verbinden. Die Technik, welche z. B. die *KV Nordrhein* für ihre Ärzte bereitstellt, um den Informationsfluss mit den Ärzten zu optimieren, kann ein Gesundheitsnetzwerk auch für seine Patienten nutzen, um individualisierte Leistungen anzubieten. Im Falle der *KV Nordrhein* können sich Ärzte für das Internetportal registrieren, um dann nach Log-in mit einem persönlichen Kenn- und Passwort verschiedene Services wie die Bestellung von Formularen oder fachliche Diskussionen in Online-Qualitätszirkeln zu nutzen.<sup>939</sup>

Anbieter auf dem Kommunikations- und IT-Sektor stellen entsprechende Lösungen bereit, um sowohl ein optimales Wissensmanagement als auch eine einfache Schnittstelle zum Patienten zu bieten. Beispielhaft seien hier das CRM-System der *Microsoft Deutschland GmbH* sowie die *LifeSensor Gesundheitsakte* der *IntercomponentWare Deutschland AG & Co. KG* genannt.<sup>940</sup> Für ein Gesundheitsnetzwerk bedeutet dies, dass die **Kompatibilität aller Systeme** der Netzwerkteilnehmer inklusive der Schnittstellen zum Patienten gewährleistet sein muss. Die Überprüfung der Kompatibilität der Systeme und die Einigung der Netzwerkmitglieder auf den Einsatz einer speziellen Akte (eFA, ePA oder eGA) sind im Einzelfall zu prüfen. Generell ist eine allgemeine und kompatible Lösung jedoch möglich. Im Beispiel der *LifeSensor Gesundheitsakte* ist der Zugriff z. B. sowohl für Ärzte als auch für Patienten problemlos, da sie Internet-basiert ist.<sup>941</sup> Zudem wird speziell für Ärzte ein System angeboten, welches die Vernetzung von *LifeSensor* mit bestehenden EDV-Systemen der Arztpraxen ermöglicht.<sup>942</sup> Auch die

---

<sup>936</sup> Vgl. Winkelmann, P. (2008), S. 233.

<sup>937</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.2.1 und Kapitel 4.2.5.

<sup>938</sup> Vgl. Pine II, B. J. (1998), S. 7-9, 12-13.

<sup>939</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2009).

<sup>940</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2006); vgl. auch Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008b) und InterComponentWare Deutschland AG & Co. KG (Hrsg.) (2010a).

<sup>941</sup> Vgl. InterComponentWare Deutschland AG & Co. KG (Hrsg.) (2010b).

<sup>942</sup> Vgl. InterComponentWare Deutschland AG & Co. KG (Hrsg.) (2010c).

Microsoft Deutschland GmbH hat in Zusammenarbeit mit Intel und den Asklepios Kliniken eine Plattform entwickelt, welche Kompatibilitätsprobleme zwischen einzelnen EDV-Systemen löst.<sup>943</sup>

### **5.3.2.2 Patienteninteraktion mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien**

Wie in Kapitel 3.2.1 bereits angesprochen, bilden IuK-Systeme und die darauf aufbauenden Technologien die Grundlage für Ansatzpunkte der Individualisierung. Das Internet kann über die grundlegende Funktion der reinen sachlichen Informationsvermittlung (Fachrichtung, Adresse, Öffnungszeiten etc.) hinaus zur Personalisierung der Leistung genutzt werden. So kann eine erste Interaktion bereits vor dem eigentlichen Termin und der Behandlung des Patienten stattfinden. **Formulare und Aufklärungsbögen** können bereits über das Internet zur Verfügung gestellt werden, sodass der Patient die Möglichkeit hat, diese in Ruhe durchzulesen und sich Fragen vorab zurechtzulegen. In einem Kapitel „Häufige Fragen“ können vorab Antworten zu Fragen gegeben werden, die regelmäßig genannt werden. In vereinfacht formulierten Behandlungspfaden kann dem Patient je nach Indikation aufgezeigt werden, wie der Behandlungsablauf aussieht, welche Leistungserbringer voraussichtlich beteiligt sein werden und wie diese sich untereinander optimal auf eine stringente Behandlung abstimmen.<sup>944</sup>

Zudem bietet es sich an, auf der Homepage direkt einen privaten **Log-in Bereich** für Stammpatienten einzurichten.<sup>945</sup> In diesem kann es z. B. ermöglicht werden, Termine für Vorsorgeuntersuchungen oder bei chronisch Kranken für Kontrolluntersuchungen selbstständig im Internet zu buchen.<sup>946</sup> Hier könnte ein System aus der Reisebranche als Vorbild genommen werden. Kunden, die einen Flug buchen möchten, sehen online nach Angabe einiger Präferenzen (gewünschter Abflug- und Zielflughafen, Datum etc.), an

---

<sup>943</sup> Vgl. Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2007).

<sup>944</sup> Vgl. Roeder, N.; Hensen, P.; Hindle, D. et al. (2003), S. 1153.

<sup>945</sup> Ein gutes Beispiel zur Demonstration eines persönlichen Log-in Bereichs für Patienten mit der Möglichkeit Folgeerzette online zu bestellen oder eine Terminbuchung vorzunehmen ist die Homepage des Medical Centers der Columbia University in den USA: <http://www.cumc.columbia.edu/> (Stand 09.09.2009).

<sup>946</sup> Vgl. hier und im Folgenden Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2009).

welchen Tagen und zu welchen Zeiten Flüge verfügbar sind. Diese können sie dann nach Übertragung ihrer Daten buchen. Vorsorgeuntersuchungen sind zeitlich gut planbar, da die Inhalte vorgegeben sind und aufgrund der häufigen Durchführung Erfahrungswerte bei den Ärzten vorliegen. So wäre es – analog zur Flugbuchung – denkbar, nach Angabe der benötigten Vorsorgeuntersuchung und Spezifizierung von Tages- und Uhrzeitwunsch, im System automatisch Terminvorschläge zu generieren, aus denen der Patient dann auswählen kann. So kann der Patient auch Termine bei verschiedenen Ärzten im Netzwerk miteinander abstimmen, um z. B. Fahrtwege auf ein Minimum zu reduzieren. Es müssen entsprechende Sicherheitsvorkehrungen wie z. B. beim Online-Banking getroffen werden, dass diese Aktionen nicht gefälscht oder beobachtet werden können. Im Prinzip wäre der Ablauf der Terminbuchung analog zu dem im Rahmen der Prozessoptimierung beschriebenen Vorgehen bei der Überweisung eines Patienten durch einen vernetzten Arzt. Patienten, die, wie bisher üblich, zur Terminvereinbarung in einer Arztpraxis anrufen, nehmen oftmals den ersten der angebotenen Termine wahr, der für sie einhaltbar ist, auch wenn es eventuell andere Zeiten gäbe, die sie bevorzugen würden. Die **Terminbuchung im Internet** ermöglicht eine viel bessere Übersicht, welche Daten möglich sind. Ein Patient kann folglich in aller Ruhe den Zeitpunkt auswählen, welcher für ihn am besten ist. Zugleich gibt es zur Absprache keine Bindung an die Öffnungszeiten der Praxis, wie es im Rahmen einer telefonischen Vereinbarung der Fall ist. Wie in Kapitel 2.2.2.2 angesprochen, gibt es im Rahmen von APIS bereits Versuche, die Terminbuchung im Internet in das Praxis-Softwaresystem zu integrieren.

Ist eine Online-Terminbuchung nicht möglich, da z. B. die Dauer des Termins schwer vorherzubestimmen ist oder der Patient noch nie zuvor in der Arztpraxis war, bietet es sich als Alternative an, einen **Rückruf-Service** anzubieten. Der Patient kann dann per E-Mail oder mit Hilfe eines Online-Formulars eine Nachricht mit seiner Telefonnummer senden, in der er angibt, zu welcher Zeit er angerufen werden möchte. E-Mails gelten als unsicheres Übertragungsmedium. Entsprechend sollten keine medizinischen Daten (z. B. Grund des Terminwunsches) übermittelt werden. Menschen nehmen sich z. B. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen oder bei nicht akuten Problemen oft vor, eine Arztpraxis zur Terminvereinbarung anzurufen. Meist fällt es ihnen dann jedoch außerhalb der Öffnungszeiten ein, was zu einer unnötigen Verzögerung der Terminwahrneh-

mung führt. Die Bitte um Rückruf per E-Mail ermöglicht eine Umgehung dieser zeitlichen Einschränkung.

Einige Praxen bieten Patienten, welche regelmäßig bestimmte Medikamente verordnet bekommen, die Möglichkeit, **Folgerezepte** auch per Telefon zu bestellen.<sup>947</sup> Die Rezepte werden dann per Post an den Patienten versandt, sofern kein aktueller Arztkontakt notwendig ist. Über einen Log-in Bereich auf der Homepage der Arztpraxis könnte dieser Service um die Rezeptbestellung per **Online-Formular** erweitert werden. Die Anforderung, sich zur Kontaktaufnahme an die Praxisöffnungszeiten zu halten, könnte so umgangen werden. Ist im Netzwerk auch eine Apotheke integriert, könnte sogar angeboten werden, das Rezept direkt an diese weiterzuleiten, sodass der Apotheker eine Zustellung des Medikaments an den Patienten veranlassen kann. Gerade älteren Menschen, die weniger mobil sind, könnte dadurch der Gang zum Arzt und zur Apotheke erspart werden.

Im Log-in Bereich können sich die Patienten auch für **Erinnerungsservices** für Vorsorgeuntersuchungstermine anmelden.<sup>948</sup> Je nach Wunsch werden sie dann rechtzeitig vor Fälligkeit des Vorsorgetermins per E-Mail, SMS oder Telefon daran erinnert, einen Termin zu vereinbaren. Dieses Angebot erfordert eine Software, welche die Erinnerungen im Fall von E-Mail oder SMS automatisch versendet oder zumindest das Personal daran erinnert, den Patienten rechtzeitig zu kontaktieren. In einem Gesundheitsnetzwerk sind die Ressourcen für die Durchführung dieses Terminmanagements sowie die Finanzierung entsprechender Software eher gegeben als in einer einzelnen Arztpraxis, zumal dies von einer zentralen Stelle durchgeführt werden kann. Ein weiterer Service in diesem Bereich ist die Erinnerung an die Medikamenteneinnahme. Patienten sind oftmals nicht absichtlich non-compliant, sondern vergessen die Einnahme der verschriebenen Medikamente einfach. Eine Dienstleistung, wie sie z. B. die Firma *MiDaSi GmbH &*

---

<sup>947</sup> Vgl. Braun, G. E.; Burkart, J. (2008b), S. 47.

<sup>948</sup> Vgl. hier und im Folgenden Schmid, E. (2008), S. 40; vgl. auch Lauterbach, K. W. (2001), S. 120, 123-124.

Co. KG unter dem Namen *PillenZeit*<sup>949</sup> anbietet, beinhaltet die Zusendung einer SMS zu den Zeiten, zu denen der Patient das jeweilige Medikament einnehmen muss.

Zur Verbesserung der Transparenz des Informationsangebotes im Internet können auf der Homepage auch qualitätsgeprüfte Seiten mit medizinischen Themen verlinkt werden. Patienten können sich so vorab zu bestimmten Krankheiten und Therapien informieren, ohne vom Informationsangebot überwältigt zu werden. Vorstellbar wäre auch das Angebot eines personalisierten **Newsletters**. Patienten könnten hierüber die Informationszusendung zu gewünschten medizinischen Themen abonnieren.

Im Rahmen von organisatorischen Neuigkeiten könnte ein **Twitter- oder Blogger-Service**<sup>950</sup> angeboten werden, durch den Patienten nach entsprechender Anmeldung über Änderungen oder Wissenswertes des Gesundheitsnetzwerkes informiert werden. Ein Weblog, kurz als Blog bezeichnet, ist eine Art Tagebuch im Internet. Es handelt sich genauer gesagt um stets aktuelle und regelmäßig erweiterte Beiträge, welche auf einer Homepage dargestellt werden. Die Veröffentlichung eines Blogs ist einfach gehalten, sodass hierfür keine Vorkenntnisse benötigt werden. In der Regel ist es für die Leser auch möglich, die Nachrichten zu kommentieren. So kann daraus eine Art Forumsdiskussion entstehen. Im Gegensatz zum Twitter ist ein Blog nicht in der Länge beschränkt.<sup>951</sup> Aufgrund des benötigten Zeitaufwandes zur Verfassung entsprechender Beiträge ist dieser Service nur im Rahmen eines Gesundheitsnetzwerkes realisierbar, eine einzelne Arztpraxis kann in der Regel eher nicht die notwendigen Ressourcen hierfür aufbringen.

Wichtig im Rahmen dieser IuK-Services ist es, die Anregungen der eigenen Patienten aufzunehmen und umzusetzen. Dem Patienten müssen die technischen Strukturen geboten werden, um den Service zu personalisieren. Er muss auch die Möglichkeit bekommen, sich zu integrieren. Im Rahmen des Internets kann dies in Form einer kontinuierlichen **Online-Zufriedenheitsbefragung** bzw. eines **Feedback-Bogens** realisiert wer-

---

<sup>949</sup> Weitere Hinweise zu diesem Service auf der Homepage des Unternehmens unter der folgenden URL:  
<http://www.midasi.de/pillenzeit.php>.

<sup>950</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel 2.2.2.3.

<sup>951</sup> Vgl. Tapscott, D.; Williams, A. D.; Dierlamm, H. (2007), S. 40–41.

den.<sup>952</sup> Es muss jederzeit möglich sein, Kritik, Lob und Verbesserungsvorschläge abzugeben, nach Wunsch auch anonym.

Die zuvor beschriebenen Service-Angebote lassen sich als einzelne Module betrachten, welche den Patienten als Grundbausteine zur Personalisierung der Leistung zur Verfügung gestellt werden. Je nach Wunsch können sich die Patienten auf Basis der einzelnen Module ihre eigene „Netzwerk-Homepage“ zusammenstellen.

Im Rahmen der Vielseitigkeit der Möglichkeiten wird erneut die Notwendigkeit eines Gesundheitsnetzwerkes zur Umsetzung der Individualisierung deutlich. Ein einzelner Leistungserbringer verfügt in der Regel nicht über die finanziellen Ressourcen, um diese Ansätze umzusetzen. Zudem spielt die ganzheitliche Betrachtung der Wertschöpfungskette auch in der Kommunikation mit den Patienten eine große Rolle.

### **5.3.2.3 Individualisierung der Interaktion zwischen Patient und Personal**

Der Ansatz des **SDM**<sup>953</sup> fordert vom Patienten, selbst Mitverantwortung für seine Entscheidung zu tragen. Er setzt voraus, dass der Arzt den Patienten umfangreich informiert und in seiner Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, schult. Durch die Integration des Patienten in den Prozess soll die Compliance erhöht werden. Dieses Konzept ist sehr zeitaufwendig und kann nur dann funktionieren, wenn der Patient auch dazu bereit ist, eine gewisse Selbstständigkeit zu zeigen.<sup>954</sup> Dies ist beim Ansatz der Mass Customization anders. Hier wird der Leistungserstellungsprozess an den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten ausgerichtet.

Das Beispiel des Hotels in Kapitel 4.4.2.2, in dem sich die Mitarbeiter Besonderheiten und Wünsche der Kunden merken und den Service entsprechend anpassen, sollte Vorbild für die Interaktion mit dem Patienten sein. Es gilt, mit Hilfe eines entsprechenden CRM-Tools, eine lernende Beziehung mit dem Patienten aufzubauen. Dies beginnt bei der Kommunikation mit dem medizinischen Hilfspersonal. Legt der Patient großen

---

<sup>952</sup> Vgl. Lüthy, A. (2001a), S. 152–153.

<sup>953</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.5.2.4.

<sup>954</sup> Vgl. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997), S. 682.

Wert auf seine Privatsphäre, sollte besonders darauf geachtet werden, dass am Empfang keine anderen Patienten in Hörweite sind, wenn der Patient nach dem Grund seines Besuches gefragt wird. Gleiches gilt für Gespräche am Telefon. Das medizinische Hilfspersonal ist der erste Kontaktpunkt eines Patienten zum Gesundheitsnetzwerk. Sei es am Telefon oder persönlich, Freundlichkeit ist die oberste Priorität. Wer warm und herzlich begrüßt wird, verliert einen Teil seiner inneren Anspannung, denn meistens geht man nicht zum Arzt, wenn es einem gut geht.

Es sollte Wert darauf gelegt werden, die Personen mit Namen anzusprechen, um ihnen zu zeigen, dass sie als Individuum betrachtet werden, nicht als wirtschaftliches Produkt oder Nummer. Fragen zu Bedürfnissen und Eigenschaften der Patienten, welche der Arzt anhand der Daten beantworten können sollte, sind unter anderem:

- Welches Interesse hat der Patient an medizinischen Informationen? (Grad an Informationsbedürfnis)
- Welchen Wissensstand hat der Patient zu medizinischen Themen bzw. zu speziellen, ihn betreffenden Krankheiten?
- Auf welchem Niveau der Fachsprache sollten Informationen übermittelt werden? (Fachwörter, technische Begriffe, fremdsprachige Ausdrücke etc.)
- Wie stark möchte der Patient in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden?
- Hat der Patient das Bedürfnis, ein persönliches Vertrauensverhältnis aufzubauen? (Ist Kommunikation über den medizinischen Inhalt hinaus erwünscht?)
- Wie selbstbewusst ist der Patient? (Stellt er Fragen von sich aus oder sollte er dazu aufgefordert werden?)

Wird das Verhalten auf die kommunikativen und informationsbezogenen Bedürfnisse angepasst, steigt die Kundenbindung. Der Arzt sollte die Krankheitsgeschichte des Patienten aktiv kennen, auch wenn der letzte Arztbesuch schon eine Weile her ist, sodass der Patient sie nicht bei jedem Besuch wiederholen muss. Der Patient sollte so in den Behandlungsprozess integriert werden, wie es seinen Wünschen entspricht.

#### **5.3.2.4 Individualisierung von Disease Management Programmen**

DMP dienen der Standardisierung der Behandlung von Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten.<sup>955</sup> Durch ihre Gegebenheiten der intensiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen Patientenbetreuer und Patient bieten sich jedoch gerade in diesem Bereich gute Ansatzpunkte für eine **Individualisierung der Behandlung**. Wie bereits in Kapitel 5.3.1.2.5 dargestellt wurde, soll in DMP der Rahmen der Behandlung standardisiert werden, eine gleichzeitige individuelle Behandlung soll dennoch möglich bleiben.<sup>956</sup>

Die folgende Analyse der heutigen praktischen Vorgehensweise zeigt aber, dass in der Realität noch keine Individualisierung stattfindet. Für die organisatorische Durchführung von DMP greifen Krankenversicherer inzwischen häufig auf **externe Dienstleister** zurück. Je nach Dienstleister variieren die Programme in ihrer detaillierten Ausführung. Prinzipiell sind sie jedoch nach den gleichen Schemata aufgebaut. Patienten, die an einer chronischen Krankheit leiden, werden durch den Dienstleister kontaktiert und zur Teilnahme am Programm motiviert. Die Programme beginnen meist mit einer Orientierungsphase, in welcher der aktuelle Gesundheitszustand und die Kenntnisse des Patienten zu seiner Krankheit ermittelt werden. Der Patient erhält einen persönlichen Betreuer, welcher ihm während der gesamten Dauer des Programms zur Seite steht. Gemeinsam werden Ziele für den Patienten erarbeitet. Mit Hilfe von Schulungsunterlagen wird der Teilnehmer bei der Erreichung seiner Ziele unterstützt. Zudem wird der Patient regelmäßig an Vorsorgetermine und Kontrolluntersuchungen beim Arzt erinnert. Einige Programme sehen eine Einbindung des betreuenden Arztes vor. Meist beinhaltet dies die Zusendung von Gesundheitsberichten an den Arzt.<sup>957</sup> Ein direkter Austausch zwischen Arzt und Dienstleister bzw. eine aktive Einbeziehung des Arztes in die Betreuung des Teilnehmers wird jedoch oftmals vernachlässigt.<sup>958</sup>

---

<sup>955</sup> Vgl. Kapitel 2.3.5.3.2 und Kapitel 5.3.1.2.5.

<sup>956</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. (2001), S. 20.

<sup>957</sup> Vgl. Anycare GmbH (o. J.); vgl. auch Braun, G. E.; Burkart, J. (2009), S. 5-8.

<sup>958</sup> Vgl. Braun, G. E.; Burkart, J. (2009), S. 137.



Das *Institut für Betriebswirtschaftslehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens der Universität der Bundeswehr München* hat eine bislang unveröffentlichte Studie in Form einer Zufriedenheitsbefragung von Teilnehmern zweier DMP durchgeführt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass sich viele Teilnehmer eine stärkere **Integration des Arztes** wünschen.<sup>959</sup> Die Zielgruppe von Programmen zur Vermeidung koronarer Herzkrankheiten sind in der Regel etwas ältere Menschen. Der Arzt stellt für sie häufig eine Vertrauensperson dar. Zudem sind die Teilnehmer meist wegen eines erhöhten Blutdrucks oder anderen Risikofaktoren wie hohen Cholesterinwerten oder Diabetes mellitus regelmäßig in ärztlicher Behandlung. Die Ärzte bekommen von dem Programm jedoch nur am Rande etwas mit. Dies bedeutet, dass die Patienten viele Informationen doppelt erhalten. Das Programm und die ärztliche Behandlung laufen parallel zueinander, ohne Abstimmung, anstatt komplementäre Effekte zu nutzen. Wenn Patienten merken, dass ihre Ärzte dem Programm zweifelnd oder kritisch gegenüberstehen, sinkt eventuell sogar die Eigeninitiative, aktiv daran teilzunehmen. Ein Gesundheitsnetzwerk kann die Ressourcen stellen, um die Durchführung der Programme mit Hilfe geeigneter Software<sup>960</sup> selbst zu übernehmen.

Ein weiterer Hemmfaktor bei der Durchführung dieser Programme ist die Angst des Patienten, die Versicherung könnte durch das Programm zusätzliche Informationen über ihn bekommen, die er unter normalen Umständen nicht preisgeben würde.<sup>961</sup> Ein Arzt unterliegt der Schweigepflicht – ihm gegenüber kann ein Patient viel offener sprechen. Die Gewissheit, dass nicht die Krankenkasse, sondern das Gesundheitsnetzwerk und somit der Leistungserbringer hinter dem Betreuungsangebot steht, steigert das Vertrauen der Patienten, persönliche Informationen preiszugeben und aktiver mitzuarbeiten. Zudem kann der Arzt den Patienten in medizinischen Fragen tiefgehend beraten, wohingegen die Auskunft medizinischer Ratschläge über das Telefon rechtlich bedenklich ist. Entsprechend gaben einige Teilnehmer der Befragung an, dass ihnen die medizinische **Tiefe in der Beratung** fehle.

---

<sup>959</sup> Vgl. hier und im Folgenden Braun, G. E.; Burkart, J. (2009), S. 137.

<sup>960</sup> Es wäre z. B. eine Anpassung und Erweiterung des CRM-Systems auf die Ansprüche des DMP denkbar.

<sup>961</sup> Vgl. hier und im Folgenden Braun, G. E.; Burkart, J. (2009), S. 137.

Die Analyse dieser Programme zeigt, dass die Gesamtheit aller Patienten mit Hilfe der Programme in **Segmente** unterteilt wird – chronisch Kranke, potenziell chronisch Kranke und nicht chronisch erkrankte Menschen.<sup>962</sup> Durch die Aufteilung der Programme in die Zielgruppen einzelner chronischer Krankheiten werden die Segmente weiter unterteilt. Die Programme laufen dann jedoch entsprechend genauer Schemata ab. Im Mittelpunkt der Programmzusammenstellung steht nicht der einzelne Patient, sondern der Patient eines bestimmten Profils. Die Teilnehmer innerhalb eines Profils erhalten alle die gleichen Schulungsunterlagen, unabhängig von ihrem Bildungsniveau. Sie werden alle telefonisch betreut und zu einer gesünderen Ernährung und sportlicher Betätigung motiviert. Natürlich versuchen die Betreuer im Rahmen ihrer Möglichkeiten, auf die Wünsche des Einzelnen einzugehen. Die Befragung hat jedoch ergeben, dass sich die Teilnehmer zwar größtenteils in einzelnen Aspekten des Programms wiederfinden, selten jedoch in allen Punkten angesprochen fühlen. Beispielhaft bekommen Asthma-Patienten Broschüren zu ihrer Krankheit mit Verhaltensratschlägen oder Informationen zu Medikamenten zugesandt, unabhängig davon, ob sie seit vielen Jahren mit ihrer Krankheit leben oder gerade neu erkrankt sind. Dies führt dazu, dass die Patienten die Programme nicht als Mehrwert empfinden, sondern teilweise sogar enttäuscht oder frustriert sind.

Stellt man dieser heutigen Praxis die eigentliche **Zielsetzung der DMP** entgegen, so legt diese den Ansatz der kooperativen Mass Customization geradezu nahe. Für eine konkrete Umsetzung wird das Programm gemäß dem Modularisierungsgedanken in einzelne Bausteine zerlegt. Denkbar wäre z. B. eine tiefere Untergliederung der Schulungsunterlagen nicht nur nach Themengebiet, sondern auch nach Bildungsstand des Lesers. Verfügen die Teilnehmer über gute medizinische Kenntnisse, so sollte die Sprache fachlicher gewählt werden und die Unterlagen sollten tiefer gehende Informationen enthalten. Für Patienten ohne medizinisches Fachwissen muss das schriftliche Material leicht verständlich aufbereitet sein, was sich in geeigneten Modulen ideal abbilden lässt.<sup>963</sup> Eine ähnliche Unterscheidung sollte in Bezug auf die Erfahrung des Patienten mit seiner Krankheit getroffen werden. Ist dem Patienten seine Erkrankung seit Jahren bekannt und er hat sich bereits intensiv damit beschäftigt, so sollte das Informationsma-

---

<sup>962</sup> Vgl. hier und im Folgenden Braun, G. E.; Burkart, J. (2009).

<sup>963</sup> Vgl. Braun, G. E.; Burkart, J. (2009).

terial eher neue Forschungsergebnisse und alternative Behandlungsmethoden diskutieren. Für Patienten, die sich bisher noch nicht intensiv mit ihrer Krankheit auseinandergesetzt haben, sollte der alltägliche Umgang mit Ihrer Erkrankung im Mittelpunkt der Information stehen. Der Kontakt der Betreuer zu den Patienten bietet nicht nur die Möglichkeit, auf den Patienten einzuwirken. Im Gespräch kann der Betreuer versuchen, die persönlichen Bedürfnisse des Einzelnen herauszufinden, um dann das Programm auf ihn anzupassen. Dies würde die Compliance der Patienten deutlich erhöhen. Zudem sollte es den Patienten ermöglicht werden, selbst aus den einzelnen Modulen des Programms (schriftliche Informationen, persönliche Betreuung, Erinnerungsservices, Telemonitoring etc.) die von ihnen gewünschten Services zusammenzustellen. Dies gilt auch für die Auswahl der einzelnen Bausteine innerhalb eines Bereichs wie z. B. den inhaltlichen und optisch aufbereiteten Aspekten der schriftlichen Schulungsunterlagen.

Aus obigen Ausführungen wird unmittelbar ersichtlich, dass es wichtig ist, im Rahmen von DMP den Patienten ganzheitlich zu betrachten, sowohl in Bezug auf seine Erfahrung mit der Krankheit als auch im Wechselspiel unterschiedlicher Krankheiten bei multimorbiden Patienten. Ein Gesundheitsnetzwerk hat durch seine Ressourcen und die Vorhaltung eines breiten Leistungsspektrums die idealen Voraussetzungen, DMP im Sinne einer Mass Customization zu optimieren. Hieraus ergibt sich besonderes Potenzial zur Kundenbindung und zur Akquise neuer Kunden.

### **5.3.2.5 Individuelles Patienten- und Gesundheitscoaching**

Geht man von DMP oder generell zielgruppenorientierten Ansätzen einen Schritt weiter, indem man nicht mehr die Gruppe, sondern den einzelnen Patienten in den Fokus nimmt, so kommt man zum **Patienten- und Gesundheitscoaching**. Coaching beschreibt eine Art Mentorenprogramm.<sup>964</sup> Ein Mensch, welcher ein Coaching in Anspruch nimmt, möchte lernen, selbst aktiv zu werden, sei es durch Schulung, wie er selbst mit einer Krankheit besser umgehen kann oder wie er Krankheiten vorbeugen kann. Liegt das Ziel eines Programms in der Prävention, spricht man von Gesundheitscoaching oder Gesundheitsprogramm. Befasst sich der Inhalt des Programms mit dem

---

<sup>964</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 26.

Umgang mit einer Krankheit, so handelt es sich um ein Patientencoaching oder Disease Management Programm.<sup>965</sup>

Die Lernatmosphäre beim Coaching wird individuell auf die Situation des Lernenden abgestimmt. Es ist zeitlich begrenzt und hat eine genaue Zielformulierung.<sup>966</sup> Zudem zeichnet es sich dadurch aus, dass Hilfe zur Selbsthilfe angeboten wird. Die Mitarbeit des „lernenden“ Menschen ist somit Voraussetzung für den Erfolg des Coachings.<sup>967</sup> Das Coaching ist ein Lösungsweg, die in Kapitel 2.5.1 angesprochene Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient zu verringern. Es ist zugleich auch ein echter Ansatz der Mass Customization im Gesundheitswesen. Die in der Mass Customization enthaltene Standardisierung findet sich hierbei vor allem in der Ausbildung der Coaches und in den Ablaufprozessen des Coachings an sich.

Die Individualisierung hingegen liegt im Leistungsangebot, im Umfang der Betreuung und in der Integration des Coaches in das Gesundheitsnetzwerk. Ein Coach wird Patienten bei der Wahl des Arztes oder einer speziellen Therapie, aber auch bei rechtlichen oder bürokratischen Angelegenheiten unterstützen. Des Weiteren wird er den Patienten bei der Zusammenstellung des individualisierten Betreuungsprogramms unterstützen, bei der Wahl der für ihn interessanten Zusatzangebote wie z. B. Sportprogramme oder Ernährungsberatung, aber auch bei der Organisation von Kuraufenthalten.<sup>968</sup> Das Coaching führt folglich nicht zu einer Individualisierung der eigentlichen Hauptleistung des Leistungserbringers – der Behandlung des Patienten im Krankheitsfall – sondern es handelt sich hierbei genau genommen um die **Individualisierung der Leistung** durch das ergänzende **Angebot einer Sekundärleistung**.<sup>969,970</sup>

Für ein Gesundheitsnetzwerk bietet sich ein Coach an, der als **erster Ansprechpartner** für den Interessenten agiert, der die Patienten in jeder Frage in Bezug auf das Gesund-

---

<sup>965</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 26.

<sup>966</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 26.

<sup>967</sup> Vgl. Gouthier, M. H. J. (2001), S. 65; vgl. auch Schmid, E. (2008), S. 26.

<sup>968</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 26–28.

<sup>969</sup> Vgl. Mayer, R. (1993), S. 171–174.

<sup>970</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel 4.3.

heitsnetzwerk berät und den Patienten/Kunden die Aufgaben und den Sinn des Netzwerkes näherbringt.<sup>971</sup> Die kooperative Mass Customization sieht die Interaktion des Kunden mit einem Ansprechpartner vor, der ihn in der Formulierung seiner eigenen Bedürfnisse<sup>972</sup> und bei der Individualisierung der Leistung unterstützt. Der Coach ist für diese intensive Beratung geradezu prädestiniert. So hat der Patient eine Chance, das Gesundheitsnetzwerk unbefangen kennenzulernen und sich mit den Vorteilen auseinanderzusetzen sowie Vorurteilen vorzubeugen. Gesundheitsnetzwerke sind den Menschen heutzutage oft noch suspekt. Es sind neuartige Strukturen, die ihnen noch nicht vertraut sind. Patienten vermuten hinter Netzwerken die Gefahr von Datenschutzverstößen. Sie fürchten aber auch das Risiko, dass jeder Arzt maximalen Nutzen aus der Krankheit des Patienten ziehen möchte. Den Patienten muss zudem offen dargelegt werden, dass sie sich durch das Aufsuchen eines Netzarztes nicht dazu verpflichten, auch für andere Fachrichtungen Ärzte des Netzes aufsuchen zu müssen. Die Kommunikation zum Vertrauensgewinn ist – je nach Patient – zeitaufwendig, für ein effektives CRM jedoch notwendig. Der Coach kann eine Schlüsselrolle beim Beziehungsaufbau mit dem Patienten einnehmen. Das Berufsbild eines Coaches schafft hier neue Möglichkeiten, Ärzte zu entlasten und gleichzeitig mehr Zeit für die Fragen von Patienten zu haben, welche sich nicht spezifisch auf Krankheiten beziehen. Wie für den Arzt muss auch für den Coach eine Schweigepflicht bestehen, um den Aufbau einer Vertrauensbeziehung zu ermöglichen.<sup>973</sup> Er ist zentraler Ansprechpartner für die Patienten in allen Bereichen, die das Gesundheitsnetzwerk betreffen. Entsprechend wichtig ist für den Coach ein funktionierendes CRM, um sicherzustellen, dass er jederzeit auf die für ihn wichtigen Informationen zugreifen kann. Zudem sichert ein CRM, dass sein explizites sowie implizites Wissen (im Rahmen des Möglichen bei Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht) nicht verloren geht sondern im System erfasst wird und für die Personen zugänglich ist, für die es relevant ist.<sup>974</sup>

Der Gesundheits- und Patientencoach ist ein Berufsbild der Zukunft, welches sich bisher erst im Aufbau befindet. Die Integration eines solchen in das Konzept eines

---

<sup>971</sup> Vgl. Eckardt, J.; Thun, S. (2006), S. 256; vgl. auch Schmid, E. (2008), S. 48.

<sup>972</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 48.

<sup>973</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 27–29.

<sup>974</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.2.

Gesundheitsnetzwerkes bietet sich an, da diese über die notwendigen Ressourcen zur Finanzierung und Einbettung in die Patientenbetreuung verfügen. Zudem entspricht die Netzwerk-Philosophie der Patientenorientierung der intensiven Integration des Kunden durch den Coach. Die Vielfalt an Leistungsangeboten erfordert des Weiteren gerade in Netzwerken eine Betreuung und Steuerung des Kunden, um zu vermeiden, dass diese sich von der Menge an Informationen und Angeboten überfordert fühlen.<sup>975</sup>

### **5.3.2.6 Case Management – Orientierung am einzelnen Krankheitsfall**

Im Unterschied zum Coaching bezieht sich das Case Management auf rein medizinische Aspekte. Genau genommen bezieht es sich auf einen Patienten mit einem **spezifischen Krankheitsfall**. Der Ansprechpartner im Case Management ist häufig der Arzt, da er über ein fundiertes medizinisches Wissen verfügen muss, um den Patienten in diesem einen Krankheitsfall zu betreuen. Die Aufgabe kann jedoch auch an einen zu diesem Zweck ausgebildeten „Case Manager“ delegiert werden.<sup>976</sup>

Der „Case“ umschließt hierbei nicht zwangsweise eine einzelne Krankheit, sondern es geht um die Betreuung und Unterstützung eines Patienten im Verlauf seiner Krankheit inklusive Begleiterkrankungen von der Diagnostik bis hin zur Nachsorge. Dies kann auch die Integration der ambulanten Pflege im Rahmen der Nachsorge beinhalten.<sup>977</sup> Das Case Management umfasst somit den Krankheitsfall eines Patienten über die Grenzen der einzelnen Sektoren hinweg entlang der ganzen **Wertschöpfungskette**. Wichtig ist die Koordination des Patientenpfades durch einen konstanten Ansprechpartner, den „Case Manager“.<sup>978</sup> Seine Aufgabe ist es auch, den Behandlungspfad des einzelnen Patienten gemäß den Vorgaben der implementierten Behandlungspfade<sup>979</sup> zu optimieren und für dessen Befolgung zu sorgen.<sup>980</sup>

---

<sup>975</sup> Vgl. Schmid, E. (2008), S. 125.

<sup>976</sup> Vgl. Eckardt, J. (2006), S. 31-32; vgl. auch Braun, G. E.; Kruse, M. (2000), S. 34-37 und Eckardt, J.; Thun, S. (2006), S. 256.

<sup>977</sup> Vgl. Braun, G. E.; Kruse, M. (2000), S. 34-37.

<sup>978</sup> Vgl. Munte, A.; Froschauer, S. (2008), S. 125; vgl. auch Kreyher, V. J. (2001), S. 40–41 und Schmid, E. (2008), S. 27–28.

<sup>979</sup> Vgl. hierzu Kapitel 5.3.1.2.3.

<sup>980</sup> Vgl. Thun, S. (2006), S. 211.

Fühlt sich der Patient während des ganzen Behandlungsprozesses gut versorgt, ohne sich selbst um alle organisatorischen Fragen kümmern zu müssen und mit der Gewissheit, dass ihm alle Fragen geduldig beantwortet werden, führt dies zu einer erhöhten **Kundenbindung**. Dadurch wird der Aufbau eines CRM unterstützt. Zugleich kann ein Werbeeffect erzielt werden, welcher zur Weiterempfehlung des Netzwerkes durch den Patienten führt. Ein effektives Wissensmanagement ist notwendige Grundlage für ein erfolgreiches Case Management, da es für den Ansprechpartner besonders wichtig ist, dass er jederzeit Zugriff auf die für ihn relevanten Informationen besitzt.<sup>981</sup> CRM bildet folglich die optimale Ausgangsbasis für ein gutes Case Management.

### **5.3.2.7 Electronic Disease Management**

In den USA wurden die drei zuvor beschriebenen Ansätze – DMP, Coaching und Case Management – zu einem über Internet-Technologien verwirklichten Gesamtkonzept, dem **Electronic Disease Management (E-DSM)** zusammengefügt.<sup>982</sup> Wie im Rahmen der deutschen DMP wird auch das E-DSM für Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten oder einem entsprechend erhöhten Erkrankungsrisiko angeboten. Im Rahmen des E-DSM wird ein personalisiertes Profil für den Nutzer angelegt. Entsprechend seiner Bedürfnisse werden Informationsdatenbanken im Internet automatisch nach für ihn wichtigen Inhalten durchsucht, welche dann optisch aufbereitet zur Verfügung gestellt werden. Ergänzend werden Selbsthilfegruppen gegründet, die sich über das Internet austauschen können. Case Manager, Coaches und Ärzte können über die Internetplattform in engem Austausch miteinander stehen.<sup>983</sup> Die Anwendung eines entsprechenden Portals im Rahmen eines E-DSM würde es erlauben, die in Kapitel 5.3.2.4 geforderte Einbindung der betreuenden Ärzte in DMP-Programme umzusetzen. Zugleich würde sich durch den Zugriff des Patienten auf die Daten die Personalisierung des Programms einfach umsetzen lassen. Der Nutzer hätte dann die Möglichkeit, den Informationsfluss selbst zu steuern und entsprechend seiner Vorkenntnisse das Niveau des

---

<sup>981</sup> Vgl. Eckardt, J.; Thun, S. (2006), S. 256.

<sup>982</sup> Beispiele für derartige Internetportale und Quellen für weitere Informationen sind: <http://www.webmd.com>; <http://www.wellmed.com/whs/>; [http://www.practicesolutions.ca/index.cfm/ci\\_id/85120/la\\_id/1.htm](http://www.practicesolutions.ca/index.cfm/ci_id/85120/la_id/1.htm).

<sup>983</sup> Vgl. Schmitz, M. (2001), S. 188–191.

vermittelten Wissens seinen Ansprüchen anzupassen. Bei aktuellen DMP, welche durch Dienstleister angeboten werden, besteht der Kontakt zwischen Betreuer und Teilnehmer per Telefon, Daten werden lediglich durch den Mitarbeiter des Dienstleisters in ein Computersystem eingegeben. Ergänzend können Vitalparameter der Patienten über entsprechend mit Bluetooth ausgestattete Geräte erfasst werden. Dies setzt jedoch den Einsatz teurer Hardware wie z. B. angepasster Waagen und Blutdruckmessgeräte voraus.<sup>984</sup>

Ein Ansatz, die Vorteile von **Online-Portalen** zur kostengünstigen Durchführung präventiver Programme zu nutzen, ist die Orientierung am Beispiel der natürlichen Familienplanung.<sup>985</sup> Das Prinzip hinter diesem Angebot ist die Anleitung zur Selbstkontrolle. Frauen können auf diesem Portal mit Hilfe einer Kennung einen persönlichen Bereich einrichten, in dem sie den Temperaturverlauf und weitere Symptomaten in Zyklen anlegen können.<sup>986</sup> Eine Angabe persönlicher Daten ist zur Registrierung nicht notwendig. Die Anonymität sichert die Angabe richtiger Werte. Ergänzend gibt es ein betreutes Forum, in welchem Fragen diskutiert werden. Ziel ist es, den Frauen die Bestimmung ihrer fruchtbaren Tage zu ermöglichen. Das Programm ist hierbei so programmiert, dass die unfruchtbaren Tage bei konsequenter Führung der Daten automatisch angezeigt werden. Es wird jedoch auch sehr viel Wert darauf gelegt, dass die Nutzer darin geschult werden, die Daten und Veränderungen selbst zu erkennen. Bei Fragen kann der Nutzer den Zugriff auf den jeweiligen Zyklus gezielt einzelnen Personen zugänglich machen.<sup>987</sup> Transferiert man dieses Beispiel auf die Betreuung chronisch Kranker, so könnte ein Diabetiker im E-DSM Portal eine persönliche Übersicht über seine Blutzuckerwerte führen. Ob hierfür eine Registrierung mit persönlichen Daten notwendig und sinnvoll wäre oder auch eine anonyme Teilnahme ermöglicht wird ist zu diskutieren. Mit Hilfe von Anleitungen zur Selbstkontrolle und Software-spezifischer Unterstützung kann der Patient darauf aufmerksam gemacht werden, wenn seine Werte ungewöhnliche Veränderungen aufweisen. Je nach Bedarf kann dann zunächst eine Online-Beratung initialisiert werden oder ein Hinweis an den Patienten gegeben werden, dass er einen Arzt auf-

---

<sup>984</sup> Vgl. Braun, G. E.; Burkart, J. (2008a).

<sup>985</sup> Weitere Informationen siehe Frank, P.; Raith-Paula, E.; Sadik, J. et al. (2005).

<sup>986</sup> Weitere Informationen finden sich auf den folgenden Webseiten: <http://www.mynfp.de> und <http://www.nfp-forum.de>.

<sup>987</sup> Vgl. Korschek, C. (2010).



suchen sollte. Diabetikern kann so der tägliche Umgang mit ihrer Krankheit erleichtert werden. Zugleich wird der Austausch zwischen Betroffenen über die Foren gefördert. Dieses Beispiel kann auch auf andere Krankheitsbilder wie Bluthochdruck oder die Gewichtskontrolle bei Herzinsuffizienz übertragen werden, sofern die Patienten physisch dazu in der Lage sind, sich selbstständig den Blutdruck zu messen oder zu wiegen.

### **5.3.3 Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken**

Die Verstärkung des Wettbewerbs bringt zunehmend die **Patientenorientierung** zur Wahrung der Marktposition in den Fokus der Diskussion. Die vorangehenden Analysen haben gezeigt, dass sowohl Ansätze zur Individualisierung der Leistung im Gesundheitswesen bestehen als auch die technischen Möglichkeiten, diese zu verbessern. Eine Untersuchung der Akzeptanz von Telemedizin in Gesundheitsnetzwerken hat gezeigt, dass durchaus Interesse am Einsatz dieser Leistungen besteht. Ein Problem wird jedoch von vielen in der Frage der Finanzierung gesehen. Die Gesundheitsnetzwerke hinterfragen vielfach, warum sie Leistungen anbieten sollen, die von den Krankenkassen nicht bezahlt werden.<sup>988</sup> Der Aufbau eines CRM ermöglicht die Ausrichtung der Leistungserbringung am Patienten, bei gleichzeitig offensichtlichen Vorteilen für das Gesundheitsnetzwerk.<sup>989</sup>

Die ersten Schritte zur erfolgreichen **Implementierung von CRM** sind die Formulierung einer Unternehmensphilosophie, eines -leitbildes und die Festlegung einer Strategie. CRM ist ein ganzheitlicher Ansatz<sup>990</sup>, welcher von allen Mitarbeitern eines Unternehmens oder Netzwerkes gelebt werden muss.<sup>991</sup> Folglich ist es notwendig, die Ziele in Worte zu fassen und darauf zu achten, dass jedes Netzmitglied diese verinnerlicht. Ein Leitbild hilft den Mitarbeitern, die Ziele nicht aus den Augen zu verlieren und unterstützt die Imagebildung nach außen.<sup>992</sup> Im Rahmen der Strategiebildung muss geklärt werden, welche Kundengruppen wie und mit welchen Leistungen angesprochen werden. Zur schrittweisen Einführung können zunächst Schlüsselkunden identifiziert wer-

---

<sup>988</sup> Vgl. Braun, G. E.; Burkart, J. (2008a).

<sup>989</sup> Vgl. zu den Vorteilen Kapitel 5.3.1.4.

<sup>990</sup> Vgl. Kapitel 3.1.

<sup>991</sup> Vgl. Harms, F. (2006), S. 7; vgl. auch Wolf, E. (2002), S. 117.

<sup>992</sup> Vgl. Braun, G. E. (2000), S. 134.

den.<sup>993</sup> Hierfür ist zunächst zu definieren, welche Zielgruppen überhaupt existieren. Dies kann durch eine **Marktsegmentierung** erfolgen. Sind die entsprechenden Patiententypen charakterisiert, können darauf aufbauend Marketingstrategien entwickelt werden, wie die einzelnen Kundengruppen anzusprechen sind.<sup>994</sup> Im Rahmen des CRM und zur Implementierung einer wirklichen Kundenorientierung ist dem Marketing ein hoher Stellenwert zuzuschreiben.<sup>995</sup>

Die **Kommunikationspolitik** ist ein wichtiger Bestandteil des Marketing. Dem Menschen bleiben ca. 10% des Lesens, 20% des Hörens, 40% des Sehens, 60% des Sehens und Hörens sowie 70% des Handelns in Erinnerung.<sup>996</sup> Entsprechend der Wahrnehmung bleiben teilweise auch Halbwahrheiten hängen, indem der Patient sich nur noch an einen Teil erinnert oder eventuell sogar falsch erinnert. Dennoch kommt es immer häufiger vor, dass Patienten Ärzten widersprechen oder mit eigenen Therapievorstellungen konfrontieren. Ärzte müssen folglich lernen, mehr auf den Patienten einzugehen, ihn besser und ausführlicher zu informieren und Entscheidungen mit ihm zusammenzutreffen. Ein Gesundheitsnetzwerk kann das Informationsbedürfnis der Patienten und die Erkenntnisse der Wahrnehmungsforschung nutzen, um eine erhöhte Kundenbindung zu erzielen. Im Bereich des Lesens können je nach Zielgruppe ein Newsletter, eine Netzwerkzeitschrift sowie Broschüren, Visitenkarten und Informationsflyer in den Praxen ausgelegt und verschickt werden. Die Erinnerung über das Hören kann z. B. durch Audio-Podcasts aktiviert werden. Die Nutzung eines Logos auf Kleidung, Praxisausstattung, Praxisschild, Visitenkarten etc. fördert die Wahrnehmung im Bereich des Sehens.

Für die ausschlaggebenden Wahrnehmungen Sehen und Hören sowie Handeln sind zwei Bereiche von Bedeutung. Der eindeutig wichtigste ist das Erleben der Behandlung im Rahmen der eigentlichen Leistungserbringung, der Kontakt zwischen dem Patienten und dem Arzt bzw. dem Personal in der Praxis. Ergänzend können als zweiter Bereich Informationsveranstaltungen und gesellschaftliche Programme angeboten werden. Diese

---

<sup>993</sup> Vgl. Braun, G. E. (1997), S. 398.

<sup>994</sup> Vgl. Amacher, T. (2000), S. 22–23; vgl. auch Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001), S. 329 und Winkelmann, P. (2008), S. 232.

<sup>995</sup> Vgl. Braun, G. E. (1999), S. 18–19.

<sup>996</sup> Vgl. Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 23.

erhöhen zudem den direkten Kontakt zwischen den Leistungserbringern und den Patienten auch außerhalb der eigentlichen Behandlung. Möglich sind z. B. Vorträge zu spezifischen Themen (z. B. speziellen Krankheiten, Prävention, Gesundheitsvorsorge etc.), Schulungen von Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit oder gesundheitsbezogene Sport- und Ernährungskurse.<sup>997</sup> Die Ausstellung von Kunst regionaler Künstler in den Räumen der Netzwerk-Praxen z. B. von Bildern im Wartezimmer oder im Empfangsbereich, aber auch im Rahmen von eigens organisierten Vernissagen zeigt Interesse an der örtlichen Kultur. Dies kann im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit den Imageaufbau fördern und dient der Kontaktpflege.

Der Patient muss das Gefühl haben, dass er von den behandelnden Ärzten des Gesundheitsnetzwerkes, aber auch von dessen Personal als **Individuum** wahrgenommen wird. Kleine Aufmerksamkeiten wie das Zusenden einer persönlichen Glückwunschkarte zum Geburtstag können diesen Eindruck verstärken. Wichtig ist, dass Wert auf Details gelegt wird. Ein Standardschreiben kann trotz der guten Intention z. B. genau gegenteilige Reaktionen hervorrufen.<sup>998</sup>

#### **5.3.4 Zusammenfassung der konzeptionellen Übertragung**

Wie die vorangehenden Ausarbeitungen gezeigt haben, bieten Gesundheitsnetzwerke einen Rahmen, der die Anwendung von Mass Customization und CRM im Gesundheitswesen möglich erscheinen lässt. Die dargestellten Ideen sind alle nicht neu. Sie sind in zahlreichen Unternehmen anderer Branchen, vereinzelt auch schon in Krankenhäusern oder Arztpraxen anzutreffen. In den meisten Fällen fehlt in der Praxis jedoch noch die ganzheitliche Betrachtungsweise der Wertschöpfungskette. Die Konzepte der Mass Customization und des CRM können, angewandt auf Gesundheitsnetzwerke, durch die **Betrachtung der Gesamtprozesse** die von vielen Seiten geforderte Umsetzung der Kundenorientierung fördern. Dies setzt jedoch einige Anforderungen wie die Implementierung stabiler IuK-Technologien und deren Akzeptanz durch den Kunden voraus. Zudem ist die praktische Umsetzbarkeit der generierten Ideen zu prüfen. Ob diese Ideen bei Patienten auf fruchtbaren Boden fallen, kann letztlich nur durch die rea-

---

<sup>997</sup> Vgl. hier und im Folgenden Meyer-Lutterloh, K. (2001), S. 311–312.

<sup>998</sup> Vgl. Huldi, C. (2005), S. 5.

le Anwendung bewiesen werden. Allerdings lassen sich im Rahmen dieser Arbeit durch eine empirische Untersuchung zumindest Vermutungen anstellen, welche Einstellung die Patienten zu ihrer Integration in den Leistungserstellungsprozess haben. Die entwickelten Theorien, Hypothesen und Ansätze sollen folglich mittels einer empirischen Untersuchung abgesichert werden. Wie in Kapitel 3.2.3 erläutert wurde, ist es im Rahmen des CRM wichtig, die Kunden zu typisieren, um Schlüsselkunden zu identifizieren. Die auf Basis der empirischen Untersuchung erstellte Patiententypologie zeigt, wie eine derartige Typisierung aussehen kann. Aufgrund der im CRM wichtigen Rolle der Kommunikation zwischen Leistungserbringer und –empfänger ist es notwendig, die Aufgeschlossenheit der einzelnen Patiententypen gegenüber neuen IuK-Technologien in die Typisierung mit aufzunehmen. Aus diesem Grund reicht es nicht, auf eine der in Kapitel 2.4.3.2 vorgestellten Patiententypologien zurückzugreifen.

## **6 Zielsetzung, Methodik und Durchführung der empirischen Untersuchung zur Akzeptanz von Mass Customization und Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken und zur Patientensegmentierung**

### **6.1 Zielsetzung der empirischen Untersuchung**

Die vorangehenden Ausführungen im theoretischen Teil der Arbeit haben gezeigt, dass in der Literatur zunehmend die Sichtweise vertreten wird, den Patienten als Kunden zu betrachten.<sup>999</sup> Patienten möchten demnach die Entscheidungen über ihre Behandlung zunehmend selbst treffen und stellen konkrete Forderungen an die Leistungserbringung der Ärzte. Auf dieser Feststellung basieren die Schlussfolgerungen, dass Patienten stärker am Leistungserstellungsprozess beteiligt werden möchten, dass sie eine intensivere Information und Aufklärung wünschen und dass die Forderung nach Serviceleistungen immer stärker wird. Diese Patientenerwartungen bieten einen Ansatzpunkt für die Implementierung von Mass Customization und CRM in Gesundheitsnetzwerken (siehe Kapitel 5). Die empirische Überprüfung dieser Schlussfolgerungen stellt das **Ziel** der nachfolgenden Studie dar. Hierfür soll geklärt werden, ob sich Patienten wie Kunden verhalten, und – wenn ja – ob sie dies bewusst tun. Zudem soll aufgezeigt werden, welche Folgen das Verhalten/die Wahrnehmung als Kunde für die Leistungserstellung an sich und für die Implementierung von Mass Customization und CRM in Gesundheitsnetzwerken mit sich bringt. Die Ergebnisse sollen Anhaltspunkte dafür liefern, dass die in der Literatur dargestellte und in Kapitel 2 besprochene Beobachtung der Marktentwicklung im Gesundheitswesen vom Verkäufer- zum Käufermarkt tatsächlich stattgefunden hat bzw. in Gang ist.

In Kapitel 6.2 werden aus der vorangehenden Darstellung des aktuellen Standes der Forschung und der konzeptionellen Übertragung des Ansatzes der Mass Customization/des CRM auf Gesundheitsnetzwerke **Hypothesen** entwickelt. Erstes Ziel ist es folglich, die Hypothesen bezogen auf die Teilnehmer der Untersuchung zu bestä-

---

<sup>999</sup> Siehe Kapitel 2.4.3.1.

tigen oder abzulehnen, um Tendenzaussagen für die Patienten von Gesundheitsnetzwerken treffen zu können.

Patienten, die sich als Kunden<sup>1000</sup> sehen, sind für den Aufbau einer Beziehung anders anzusprechen als Patienten, die an die paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung glauben.<sup>1001</sup> Sie unterscheiden sich auch in ihren Bedürfnissen, wie die Leistung ausgerichtet werden soll. Hieraus ergibt sich das zweite Untersuchungsziel. Mit Hilfe der gewonnenen Daten zur Definition des Kundenverständnisses sollen **Kundensegmente** gebildet und so exemplarisch **Zielgruppen von Gesundheitsnetzwerken** definiert werden. Anhand weiterer, durch die Untersuchung gewonnener Informationen sollen dann die einzelnen Segmente charakterisiert werden, so dass eine Patiententypologie entsteht.<sup>1002</sup> Für ausgewählte Patiententypen werden dann Ansatzpunkte zur Implementierung von Mass Customization und CRM entwickelt.

## **6.2 Definition der Hypothesen der empirischen Untersuchung**

Patienten informieren sich über ihre Handlungsmöglichkeiten und über medizinische Inhalte und treten ihren Ärzten gegenüber selbstbewusster und fordernder auf. Aufgrund ihrer besseren Informationsbasis und eines verstärkten Selbstbewusstseins fordern sie bewusst Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Leistungserbringung des Arztes sowie ausreichende, qualitative und transparente Information und Aufklärung und eine stärkere Orientierung an ihren Bedürfnissen und Wünschen.

⇒ **H1: Patienten verhalten sich zunehmend wie Kunden.**

Patienten möchten zunächst ausführlich über ihre Diagnose und anschließend über die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen informiert werden. Anschließend möchten Sie selbst (in Zusammenarbeit mit ihrem Arzt) die Entscheidung treffen, welche Behandlung durchgeführt wird.

---

<sup>1000</sup> Zur Definition eines Kunden und seiner Merkmale sowie der Diskussion, ob Patienten als Kunden anzusehen sind, siehe Kapitel 2.4.3.1.

<sup>1001</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.5.

<sup>1002</sup> Zur Begründung der Notwendigkeit einer Patiententypisierung siehe Kapitel 2.4.3.2.

⇒ **H2: Patienten wünschen sich eine aktive Beteiligung am Prozess der Leistungserstellung.**

Trifft H1 zu, sehen sich Patienten also als Kunden, so erwarten sie die in anderen Branchen vorgelebte Maxime „der Kunde ist König“ auch von Dienstleistern im Gesundheitswesen. Dies gilt gleichermaßen für Patienten von PKV und GKV. Ein guter Service zeichnet sich nicht nur durch die Berücksichtigung der Wünsche im Rahmen der Behandlung aus. Er beinhaltet auch Qualitätsmanagement und Serviceleistungen der Ablauforganisation (z. B. bei der Terminvergabe, Überweisung) sowie die ganzheitliche Betrachtung der Wertschöpfungskette. Entsprechend wichtig ist auch in Gesundheitsnetzwerken der GKV die gute und flüssige Zusammenarbeit der einzelnen Netzmitglieder.

⇒ **H3: Patienten wünschen sich umfangreiche Serviceleistungen ergänzend zu einer qualitativ hochwertigen, individualisierten Behandlung.**

Die Einschränkungen im Leistungskatalog der GKV und die Steigerung der Transparenz im Bereich der Leistungsqualität aber auch in der Übersicht der verfügbaren Angebote führen zu einer kritischen Prüfung der erhaltenen Behandlung durch die Patienten. Die Gesundheit ist das wichtigste Gut eines Menschen. Mit der Sensibilisierung steigt auch das Bewusstsein der Notwendigkeit, selbst für die Erhaltung der Gesundheit aktiv zu werden.

⇒ **H4: Die Bereitschaft der Patienten, für qualitativ hochwertige Leistungen selbst zu zahlen und sich aktiv an der Erhaltung ihrer Gesundheit zu beteiligen steigt mit dem Selbstverständnis der Patienten als Kunden.**

In anderen Branchen hat sich gezeigt, dass Qualität für Kunden ein wichtiges Merkmal bei der Wahl des Produktes/des Leistungsanbieters darstellen kann. Die Ausführungen in Kapitel 2.3.5 legen dies auch als Annahme für das Gesundheitswesen nahe. Die Einführung eines Qualitätsmanagement und die entsprechende Kommunikation im Rahmen von CRM stellen für Gesundheitsnetzwerke einen Ansatzpunkt dar, einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz zu erzielen.

⇒ **H5: Die Patienten nehmen den Mangel an qualitativ hochwertigen Informationen im Gesundheitswesen wahr und fordern neben einer transparenten Informationsbereitstellung auch einen Nachweis über deren Qualität.**

Die Nutzung des Internets und neuer IuK-Technologien wie E-Mail, Mobiltelefon, Videokonferenzen etc. wird für Menschen im beruflichen Alltag, aber auch im Privatleben zur Selbstverständlichkeit. Bankgeschäfte und Einkäufe werden schnell und bequem von zu Hause aus mit dem Computer erledigt, ohne Bindung an die Öffnungszeiten der Banken und Geschäfte. Informationen sind zu jeder Tages- und Nachtzeit zugänglich. Entsprechend wachsen auch die Ansprüche an die Aktualität, Verfügbarkeit und Zugänglichkeit medizinischer Information und Beratung. Der Ansatz der kooperativen Mass Customization/des CRM setzt zudem eine aktive Kommunikation zwischen Arzt und Patient, aber auch den Einsatz moderner Kommunikationstechnologien voraus, um einen reibungslosen Austausch zu ermöglichen. Dies erfordert Offenheit der Patient gegenüber neuen IuK-Technologien (eGK, eGA, ePA, eFA etc.) im Gesundheitswesen. Es stellt sich somit die Frage nach der Akzeptanz neuer Wege (z. B. Telemonitoring) in der Leistungserstellung selbst und in der Prozessorganisation.

⇒ **H6: Patienten sind offen für neue Kommunikationstechnologien wie z. B. eGA, Internet und E-Mail, um die Kommunikation mit dem Arzt auszubauen.**

Gesundheitsnetzwerke wurden mit dem Zweck gegründet, die Zusammenarbeit zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Behandlung des Patienten soll besser strukturiert und ohne systembedingte Unterbrechungen durchgeführt werden können. Durch die Veränderungen der Rahmenbedingungen in Form einer Stärkung des Wettbewerbs und einer erhöhten Transparenz und Vergleichbarkeit der empfangenen Leistung ist es für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zunehmend wichtiger, sich von der Konkurrenz abzuheben. Die Gründung von Netzwerken bietet eine Möglichkeit, einen Wettbewerbsvorteil zu erzielen. Es stellt sich folglich auch die Frage, ob bereits eine verbesserte Kommunikation der Vorteile, welche eine Vernetzung generiert, zur strategisch günstigen Marktpositionierung beiträgt.

⇒ **H7: Patienten wissen die verbesserte Zusammenarbeit zwischen einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung als Mehrwert zu schätzen.**



### **6.3 Methodische Vorgehensweise in der empirischen Untersuchung**

Im Rahmen empirischer Untersuchungen hat sich ein breit gefächertes Instrumentarium entwickelt. Dieses besteht aus unterschiedlichsten Erhebungsmethoden und detailliert ausgearbeiteten mathematisch-statistischen Auswertungsverfahren.

In Abhängigkeit der Konkretisierung der Untersuchungsziele und der Formulierung der zu untersuchenden Hypothesen gilt es, die Art der Forschung und das Forschungsdesign festzulegen.<sup>1003</sup> Anschließend werden die anzuwendenden Methoden und Messinstrumente ausgewählt.<sup>1004</sup> Es werden die Art der Datenquellen, das Vorgehen bei der Datenerhebung, die Forschungsinstrumente (Fragebogen, Leitfäden etc.) sowie die zu analysierende Grundgesamtheit, Stichprobe und Auswahlverfahren letzterer bestimmt.<sup>1005</sup>

Aus den Zielen und Hypothesen einer Analyse ergibt sich die **Art der Forschung**.<sup>1006</sup> Die im Rahmen dieser Arbeit zu überprüfenden Hypothesen werden auf Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche und –analyse formuliert. Entsprechend sind sie vor Beginn der empirischen Untersuchung bekannt. Es handelt sich somit um eine deskriptive Untersuchung mit dem Ziel, den Grad des Kundenbewusstseins von Patienten zu beschreiben, um darauf aufbauend Folgerungen für den Ansatz der Mass Customization<sup>1007</sup> und des CRM<sup>1008</sup> abzuleiten.

Üblicherweise wird geprüft, inwiefern für die Analyse benötigte Daten bereits in irgendeiner Form vorliegen, die zur Untersuchung herangezogen werden kann („Sekundärforschung“) oder ob sie neu erhoben werden müssen („Primärforschung“).<sup>1009</sup> In Bezug zu den vorweg formulierten Hypothesen liegen keine aktuellen Sekundärdaten vor,

---

<sup>1003</sup> Vgl. Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007), S. 165.

<sup>1004</sup> Vgl. Kuß, A. (2007), S. 13.

<sup>1005</sup> Vgl. Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007), S. 165–166.

<sup>1006</sup> Informationen zu Grundlagen der empirischen Sozialforschung finden sich unter anderem in Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007); Diekmann, A. (2007); Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002); Kuß, A. (2007); Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2005); und Kotler, P.; Bliemel, F. (2001).

<sup>1007</sup> Vgl. Kapitel 4.

<sup>1008</sup> Vgl. Kapitel 3.

<sup>1009</sup> Vgl. Koch, J. (2004), S. 57–64; vgl. auch Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007), S. 166.

auf die zur Auswertung der Fragestellungen zugegriffen werden könnte. Studien wie der Gesundheitsmonitor der *Bertelsmann Stiftung*<sup>1010</sup> erheben zwar Daten zur Darstellung von Informationsbasis und Einstellungen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen.<sup>1011</sup> Die Befragung ist jedoch weder auf die Rollenwahrnehmung der Patienten ausgerichtet noch beinhaltet sie einen konkreten Bezug zu neuen IuK-Technologien. Folglich sind die zur Beantwortung der Fragestellung notwendigen Daten/Informationen neu zu erheben. Das gewählte Design umfasst hierbei **2 Studien**, da die Hypothesen unterschiedliche Voraussetzungen an die Rahmenbedingungen der Erhebungen setzen.<sup>1012</sup> Es wird in beiden Fällen eine **Querschnitts-Analyse** durchgeführt.

Für die **Durchführung von Primärforschung** existieren unterschiedliche Erhebungsmethoden.<sup>1013</sup> Aufgrund der Vorteile der Anonymität und der Durchführbarkeit einer großen Stichprobe fällt in dieser Arbeit in beiden Studien die Entscheidung zugunsten der **schriftlichen Befragung mittels Fragebogen** aus. Gerade für Patienten ist bei Fragen zum Gesundheitszustand oder bei Fragen zum Wissensstand die Anonymität sehr wichtig. Sie ist somit erforderlich, um ehrliche Antworten zu erhalten. Dies wird durch die Vermeidung einer Einflussnahme durch den Interviewer zusätzlich unterstützt. Aufgrund der zeitlichen Vorteile und einer zunehmenden Bedeutung von modernen Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen wird für die Studie 1 die Form der On-

---

<sup>1010</sup> Informationen zur Studie Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung finden sich unter anderem in Güther, B. (2006) sowie im Internet unter <http://www.bertelsmann-stiftung.de>.

<sup>1011</sup> Vgl. Güther, B. (2006).

<sup>1012</sup> Eine ausführliche Begründung für die Durchführung von zwei Datenerhebungen findet sich in Kapitel 6.4.

<sup>1013</sup> Laut Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007) stehen für die Primärforschung 4 Methoden zur Wahl: Befragung, Beobachtung, Fokus-Gruppen und Experimente. Die letzten drei sind jedoch eher für explorative und kausale Untersuchungen geeignet. Die Befragung ist die klassische Methode der deskriptiven Forschung. Hierbei können wiederum drei **Formen** unterschieden werden: Persönlich, telefonisch und schriftlich. Eine Sonderform der schriftlichen Vorgehensweise stellt die Online-Befragung dar. Die Vor- und Nachteile der jeweiligen Befragungsformen können der Tabelle in Anhang D entnommen werden.

line-Befragung<sup>1014</sup> gewählt. Um eine Verzerrung der Ergebnisse durch Selbstselektion zu vermeiden, wird eine geschlossene Umfrage gewählt, welche nur nach Einladung durch Aufrufen eines entsprechenden Links ausgeführt wird. In Studie 2 wird ebenfalls die anonyme schriftliche Variante verwendet, jedoch in Form eines Papier-Fragebogens.<sup>1015</sup> Dies ist notwendig, da es sich bei der Stichprobe um eine Vollerhebung handelt, bei welcher auch nicht computeraffine Patienten befragt werden sollen.

In Studie 1 werden vorwiegend geschlossene Fragen verwendet. Die Teilnehmer erhalten - sofern dies sinnvoll ist – die Möglichkeit, über die Antwort „Sonstiges“ eigene Anmerkungen einzubringen. Es werden Alternativ-, Selektiv- und Skalen-Fragen verwendet. Die Befragung wird mit einer offenen Frage abgeschlossen, die den Teilnehmern die Möglichkeit gibt weitere Anregungen und Kritiken mitzuteilen. In Studie 2 werden durchgängig geschlossene Fragen des Skalentyps gewählt.

Sofern es entsprechend des Fragentyps sinnvoll ist, wird in Studie 1 die Form der 5er Likert-Skala gewählt. Das Angebot einer neutralen Antwortmöglichkeit ist in dieser Datenerhebung wichtig, da durchaus einige Themen (z. B. Patienten-Beratungsstellen) angesprochen wurden, welche aufgrund ihres speziellen Inhalts mit Indifferenz betrachtet werden können. Zudem bieten Online-Fragebögen keine Möglichkeit, zusätzliche Kommentare zu den Fragen abzugeben. Probanden könnten dann bei Vorgabe einer 4er Skala das Gefühl haben, zu einer Antwort gezwungen zu werden. Dies erhöht das Risiko, dass Teilnehmer nicht antworten oder die Befragung abbrechen. Im Rahmen der Studie 2 werden die Antwortmöglichkeiten in Form einer 4er Likert-Skala vorgegeben. Sofern die Teilnehmer wirklich keine Meinung bezüglich einer Frage vertreten, haben sie durch die Papierform des Fragebogens die Möglichkeit, dies am Rand zu vermerken. Zudem werden sie vor Durchführung der Befragung darauf hingewiesen, dass sie die Antwort auslassen können, wenn keine der Antwortalternativen zutrifft.

---

<sup>1014</sup> Diskussionen zur Qualität von Online-Befragungen sowie zu deren spezifischen Vor- und Nachteilen finden sich bei Tuten, L. T.; Urban, D. J.; Bosnjak, M. (2002); Zerr, K. (2003) sowie Gosling, S. D.; Vazire, S.; Srivastava, S. et al. (2004).

<sup>1015</sup> Eine Übersicht über die Fragen des Fragebogens findet sich in Anhang F.

Vor Beginn der Befragung sollte ein Fragebogen im Rahmen eines **Pre-Tests** auf Fehler überprüft werden.<sup>1016</sup> Zu testende Merkmale sind u.a. die Verständlichkeit der Fragen, die benötigte Zeit zur Beantwortung des Fragebogens, die Funktionsfähigkeit eingebauter Filter, die Schwierigkeit der Beantwortung sowie die Vorgabe ausreichender Antwortmöglichkeiten.<sup>1017</sup> Im Rahmen der vorliegenden Befragungen wurden sowohl fachfremde als auch im Gesundheitswesen tätige Menschen unterschiedlichen Bildungsniveaus gebeten, die Fragebögen zu testen. Die Anregungen wurden nach eingehender Überprüfung eingearbeitet.

## **6.4 Grundgesamtheiten und Stichproben der empirischen Untersuchung**

Wie in Kapitel 2.2 bereits herausgearbeitet wurde, gewinnen IuK-Technologien im Gesundheitswesen immer stärker an Bedeutung. Neben dem Trend, dass sich Gesundheitsnetzwerke zunehmend selbst über Internetauftritte präsentieren, haben auch Patienten das Internet als Informationsquelle erkannt. Aufgrund dieser Entwicklungen ist es von besonderem Interesse, die Aufgeschlossenheit von Patienten gegenüber weiteren internetbasierten Interaktionsinhalten zu erforschen. Die Untersuchung der Bereitschaft der Patienten, das Internet oder E-Mail als Kommunikationsweg mit dem Arzt zu akzeptieren, ist daher von großer Relevanz. Dies setzt jedoch eine Erreichbarkeit der Patienten durch das Internet voraus. Im Fokus der ersten Studie stehen somit gerade Patienten, die über einen Internetzugang und eine E-Mail-Adresse verfügen.

---

<sup>1016</sup> Onlinebasierte Fragebögen bieten den Vorteil, dass die Korrektheit der Filterführung durch den Computer überprüft werden kann. Hierzu simuliert das Befragungsprogramm eine vom Anwender vorgegebene Anzahl an Befragungsdurchläufen. Anhand der anschließend vorliegenden Statistik können Fehler aufgedeckt werden. Gibt es z. B. Fragen, welche nur Ärzten gestellt werden, sollte die Zahl der Antworten auf diese Fragen mit der Anzahl simulierter Ärzte im Bereich der demografischen Daten übereinstimmen. In Bezug auf die restlichen Fehlerquellen ist es wichtig, den Pre-Test von Personen der unterschiedlichen Zielgruppen durchführen zu lassen. Im Rahmen der Online-Befragung wurden beide Formen des Pre-Tests durchgeführt.

<sup>1017</sup> Vgl. Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2005), S. 347.

Da es Ziel dieser Befragung ist, die grundsätzliche Bereitschaft von Patienten zu ermitteln, Informationen über das Internet abzufragen und über internetbasierte Medien mit dem Gesundheitsnetzwerk zu kommunizieren, findet eine Differenzierung nach Art der verwendeten Internetdienste noch nicht statt. Von daher ist davon auszugehen, dass die Einschränkung der Kenntnisse der Grundgesamtheit keinen Einfluss auf die Ergebnisinterpretation dieser Studie hat. Die Grundgesamtheit der Internetnutzer in Deutschland ist zwar nicht bekannt, es lassen sich jedoch anhand von Untersuchungen wie der *ARD/ZDF Online-Studie*<sup>1018</sup> oder dem *GfK Online-Monitor*<sup>1019</sup> Schätzungen abgeben. Die vorliegende Untersuchung kann folglich nicht als repräsentativ für die Internetnutzer in Deutschland gelten. Da sich jedoch jedes Gesundheitsnetzwerk, welches Marketingstrategien erarbeiten möchte, einer eigenen, von der allgemein in Deutschland lebenden Bevölkerung und Gemeinschaft der Internetnutzer abweichenden Grundgesamtheit gegenüber sieht, ist dies kein Mangel. Es wird für ein konkretes Gesundheitsnetzwerk immer unerlässlich sein, den eigenen (potenziellen) Patientenstamm zu analysieren.

Da bisher keine vollständigen Verzeichnisse mit E-Mail-Adressen aller E-Mail/Internetnutzer existieren und die Grundgesamtheit der Internetnutzer unbekannt ist, erfolgt die Auswahl der Teilnehmer über das sogenannte „**Schneeball-Verfahren**“. Es wird in der Wissenschaft verwendet, um sensible, schwer zu erreichende Populationen zu befragen.<sup>1020</sup> Zudem kann es dazu dienen, gerade die Menschen zur Beantwortung von Fragen zu motivieren, welche an traditionellen Haushaltsbefragungen nicht teilnehmen. Repräsentative Studien beinhalten grundsätzlich nur Personen, die zu antworten bereit sind. Abweichend davon wird die Empfehlung oder persönliche Bitte eines Bekannten im Rahmen des Schneeball-Samplings auch diejenigen zur Teilnahme bewegen, die dies unter normalen Umständen ablehnen.<sup>1021</sup> Im Rahmen des Verfahrens werden strategisch einzelne, in ihrer Position bedeutende Personen ausgewählt und per E-Mail angeschrieben, mit der Bitte an der Befragung teilzunehmen und die Einladung zur Teilnahme an möglichst viele Personen weiterzuleiten. Entsprechend ist bei der Auswertung der Er-

---

<sup>1018</sup> Für weitere Informationen hierzu vergleiche Gerhards, M.; Mende, A. (2008), S. 365.

<sup>1019</sup> Vgl. GfK AG Medienforschung (Hrsg.) (2000).

<sup>1020</sup> Vgl. Faugier, J.; Sargeant, M. (1997), S. 792.

<sup>1021</sup> Vgl. Atkinson, R.; Flint, J. (2001); vgl. auch Diekmann, A. (2007), S. 400.

gebnisse zu bedenken, dass es sich bei der Erhebung nicht um eine Vollerhebung oder eine Zufallsstichprobe handelt, bei welcher der Auswahlfehler statistisch berechenbar ist. In Anbetracht der Rahmenbedingungen und der hohen Sensibilität von Patienten in Bezug auf ihre Daten ist dies jedoch das am besten geeignete Verfahren. Es wird eine **Stichprobengröße** von mindestens 300 Teilnehmern angestrebt, um auch für kleinere Einheiten, z. B. selektiert nach soziodemografischen Daten, zu statistisch relevanten Ergebnissen zu kommen.

Die **zweite Studie** soll ergründen, ob besondere Serviceleistungen durch Patienten auch als solche wahrgenommen werden. Daher werden Patienten ausgewählt, welche nicht bewusst die Behandlung in einem Gesundheitsnetzwerk gewählt haben. Besondere Leistungen, die durch Vernetzung angeboten werden können, sollten daher von den Probanden nicht erwartet bzw. als Standard vorausgesetzt werden. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass die Patienten derartige Leistungen erhalten haben. Diese Voraussetzung ist für Patienten gegeben, welche zu einer bestimmten Untersuchung, dem sogenannten Histoscanning in die Ambulanz der *Fachkliniken München AG* überwiesen werden. Da es sich um eine verhältnismäßig kleine Grundgesamtheit handelt, die diese Untersuchung erhält, kann eine **Vollerhebung** durchgeführt werden. Es werden über einen festgelegten Zeitraum alle Patienten befragt, welche für die spezielle Untersuchung in diese Klinik überwiesen werden. Folglich erübrigt sich die Bestimmung einer Stichprobe.

## **6.5 Durchführung der empirischen Untersuchung**

Wie in Kapitel 6.3 erläutert wurde, werden im Rahmen dieser Arbeit zwei Datenerhebungen durchgeführt. Nachfolgend werden kurz die Rahmenbedingungen beider Vorgehen dargestellt.

### **6.5.1 Datenerhebung der Online-Befragung**

Die Datenerhebung fand über einen drei-monatigen Zeitraum von Mai 2009 bis Juli 2009 im Rahmen einer **anonymen Online-Befragung** statt. Befragt wurden Internetnutzer in Deutschland ab 18 Jahren. Als Startpunkt des Schneeballverfahrens wurden zum einen Ärzte als direkter Kontaktpunkt zu Patienten, zum anderen verschiedene Institutionen des Gesundheitswesens (z. B. Krankenversicherungen, Patientenvereinigun-

gen, Landesärztekammern) gewählt. Des Weiteren wurden gezielt Vertreter unterschiedlicher Positionen in der freien Wirtschaft sowie Patienten aus unterschiedlichen Altersgruppen und Bildungshintergründen angesprochen. Die Einladung zur Befragung wurde von diesen Personen sowohl per E-Mail als auch über die entsprechenden Homepages der Institutionen sowie Mitgliederzeitschriften verbreitet.

Der **Fragebogen** umfasst je nach Filterführung ca. 40 Fragen, welche unterschiedliche Themenbereiche (Informationsstand, Anspruchshaltung an die Arzt-Patienten Beziehung, Offenheit gegenüber neuen Medien etc.) umfassen. Eine in Word übertragene Version des Fragebogens befindet sich in Anhang E. Die soziodemografischen Daten der Teilnehmer wurden zu Beginn der Befragung abgefragt. Patienten sind bezogen auf ihre persönlichen Daten sehr sensibel. Durch Vorwegnahme dieser Fragen sollte die Sicherheit gegeben werden, dass anhand der abgefragten Demografie kein Rückschluss auf die Identität der Teilnehmer erfolgen kann. Eine mehrfache Teilnahme der gleichen Person wurde durch die Aktivierung von sogenannten „Cookies“ verhindert. Hierbei handelt es sich um Informationen, welche unter strengen Sicherheitsvorkehrungen im Computer des Nutzers gespeichert werden. Bei erneutem Aufrufen der Seite werden diese Daten an den Server übermittelt.<sup>1022</sup> Diese Informationen führen zu einer Verhinderung eines Befragungsneustarts bzw. bei vorherigem Abbruch der Befragung zur automatischen Weiterleitung des Probanden zur Seite mit der zuletzt beantworteten Frage. Es wurden sowohl privat Versicherte als auch gesetzlich Versicherte befragt, um einen Vergleich der Einstellungen und Anforderungen der Patienten beider Versicherungsarten zu ermöglichen.

### **6.5.2 Datenerhebung der schriftlichen Befragung**

Die *Fachkliniken München AG* bietet in der Ambulanz einer ihrer Kliniken die Durchführung einer speziellen urologischen Untersuchung, das HistoScanning an. Hierbei handelt es sich um eine computergestützte, rektale Ultraschalluntersuchung.<sup>1023</sup> Als besonderen Service für den Patienten können niedergelassene, mit dem Klinikum koope-

---

<sup>1022</sup> Vgl. Göritz, A. S.; Batinic, B.; Moser, K. (2000), S. 198.

<sup>1023</sup> Weitere Informationen finden sich auf der Homepage des Urologie Centrum München: <http://www.-urologie-centrum.de/histoscanning-pca-3-test.html>.

rierende Urologen den Untersuchungstermin in der klinischen Ambulanz direkt für den Patienten buchen. Dies kann sofort bei Bekanntwerden der Notwendigkeit der Untersuchung erfolgen. Dem Patienten bleibt somit der organisatorische Aufwand der Vereinbarung erspart und es geht weniger wertvolle Zeit verloren, da Patienten selbst nicht immer direkt nach dem Arztbesuch Kontakt zur Terminabsprache mit der ausführenden Praxis aufnehmen. Der niedergelassene Arzt übergibt dem Patienten zudem ein Informationsblatt, welches die Adresse der Ambulanz sowie eine Anfahrsbeschreibung enthält. Die durchgeführte Untersuchung ist nicht Bestandteil des generellen Leistungskatalogs der GKV. Gesetzlich versicherte Patienten können dennoch eine Übernahme der Kosten beantragen. Als weiteren Service des Arztes erhalten sie ein vorgefertigtes Schreiben an die Versicherung mit der Bitte um Kostenübernahme. Zudem übertragen die niedergelassenen Urologen die relevanten Patientendaten vorab an die Ambulanz, sodass die behandelnden Ärzte der Klinik die Krankengeschichte der Patienten bei Wahrnehmung des Termins bereits kennen.

Um die Effekte dieser Services zu evaluieren, wurden im Zeitraum von Anfang Juni bis Ende August 2009 alle Patienten befragt, welche diese Untersuchung in der Ambulanz der *Urologischen Klinik Dr. Castringius München-Planegg* erhielten. Hierzu bekam jeder Patient einen **Papier-Fragebogen** mit 10 Fragen ausgehändigt mit der Bitte, diesen noch vor Ort auszufüllen. Eine Abschrift der Fragen befindet sich in Anhang F. Bei den Patienten handelt es sich sowohl um privat als auch um gesetzlich Versicherte.



## 7 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

### 7.1 Ergebnisse der Online-Befragung

#### 7.1.1 Prüfung der Datenqualität

Insgesamt haben 526 Personen die Website der Befragung aufgerufen. 367 (69,8%) haben den Fragebogen vollständig bearbeitet (siehe Tabelle 15). 159 Teilnehmer haben vor Ende des Fragebogens abgebrochen, hiervon 49 direkt auf der einleitenden Seite, ohne mit der Beantwortung zu beginnen.

**Tabelle 15: Übersicht über die Teilnehmerzahl der Befragung**

	Häufigkeit	Prozent
Befragung abgebrochen	159	30,2
Befragung beendet	342	65,0
Befragung beendet nach Unterbrechung	25	4,8
<b>Gesamt</b>	<b>526</b>	<b>100,0</b>

Die Betrachtung der Altersverteilung kam zu dem Ergebnis, dass ein Teilnehmer mit 15 Jahren unterhalb des Mindestalters für die Befragung lag. Dieser Datensatz wurde bei der Analyse folglich nicht berücksichtigt.

Die Analyse der demografischen Daten der **Abbrecher** zeigt, dass diese nicht einer bestimmten Gruppe (Geschlecht, Alter, Beruf, Bildung etc.) zugeordnet werden können (siehe Tabellen in Anhang G). Zudem zeigt sich, dass die prozentuale Verteilung der Antworten bei Betrachtung der vollständig bearbeiteten Fragebögen im Vergleich zu den Ergebnissen bei Einbeziehung aller Teilnehmer bis zur entsprechenden Abbruchfrage jeweils nur um wenige Prozente abweichen (siehe Anhang H). Dies lässt den Schluss zu, dass eine Beschränkung der Untersuchung auf die **366 beendeten Fragebögen** zulässig ist, da eine Erhöhung der Teilnehmerzahlen nicht zu einer signifikanten Veränderung der Ergebnisse führen würde.

Des Weiteren gilt es Ergebnisverzerrungen, welche in der Methodik der Befragung (Stichprobe und Durchführung der Online-Befragung) begründet sein können auszuschließen oder entsprechend zu würdigen. Zu diesem Zweck wurden Kreuztabellen und Korrelationsanalysen durchgeführt, um den Einfluss der soziodemografischen Daten auf die einzelnen Variablen zu prüfen. Diese werden im Rahmen der Ergebnispräsentation nur aufgeführt, wenn sie für die vorliegende Arbeit Relevanz besitzen.

### 7.1.2 Analyse der soziodemografischen Zusammensetzung der Teilnehmer

Um den Wissensstand der Teilnehmer in späteren Fragen differenzierter betrachten zu können, wurde zu Beginn des Fragebogens gefragt, ob sie im Gesundheitswesen tätig sind. Diese Eigenschaft traf auf 25,7% zu (siehe Abbildung 39). Bei den entsprechenden Probanden wurde auch die Art der Tätigkeit abgefragt (siehe Tabelle 16). Der Anteil derer, die keine Aussage treffen möchten, ist in beiden Fragen sehr gering.

Abbildung 39: Anzahl an Teilnehmern, die im Gesundheitswesen tätig sind

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Ja	94	25,7	25,8
Nein	270	73,8	74,2
Gesamt	364	99,5	100,0
Keine Angabe	2	0,5	
Gesamt	366	100,0	

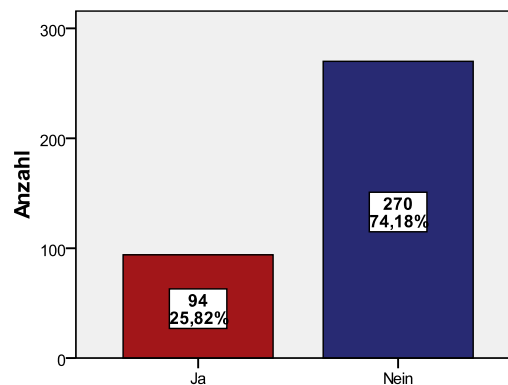


Tabelle 16: Art der Tätigkeit im Gesundheitswesen

	Häufigkeit	Prozent der Gesamtstichprobe	Anteil an im Gesundheitswesen tätigen Probanden
Arzt im Krankenhaus	10	2,7	10,6
Sonstiger medizinischer Beruf im Krankenhaus/stationärer Bereich	5	1,4	5,3
Niedergelassener Arzt	15	4,1	16,0
Sonstiger medizinischer Beruf im ambulanten Bereich (Arztshelfer/Sanitäter etc.)	8	2,2	8,5
Nicht-medizinischer Beruf (Klinikverwaltung, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung etc.)	13	3,6	13,8
Pharmazeutischer Beruf	8	2,2	8,5
Mitarbeiter in einem pharmazeutischen Unternehmen	2	0,5	2,1
Medizinstudent	17	4,6	18,1
Gesundheitsökonomiestudent	1	0,3	1,1
Sonstige medizinische Ausbildung	1	0,3	1,1
Sonstiges	14	3,8	14,9
<b>Gesamt</b>	<b>94</b>	<b>25,7</b>	<b>100,0</b>
Frage nicht gesehen	267	73,0	
"Keine Angabe"	5	1,4	
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>	

Eine Betrachtung der **Geschlechtsverteilung** zeigt, dass Frauen etwas häufiger geantwortet haben (siehe Abbildung 40). Bei der **Altersverteilung** liegt der Schwerpunkt auf den Jüngeren, es sind jedoch Teilnehmer aller Altersgruppen vertreten (Abbildung 41). Die Altersverteilung entspricht nicht der Zusammensetzung der deutschen Bevölkerung. Eine hohe Übereinstimmung mit der Verteilung der Internetnutzer in Deutschland gemäß der repräsentativen *ARD/ZDF Online-Studie*<sup>1024</sup> ist, mit Ausnahme des etwas größeren Anteils 20 bis 29 Jähriger, deutlicher zu erkennen (Abbildung 42). Eine noch bessere Übereinstimmung zeigt sich mit den Ergebnissen der Altersverteilung des repräsentativen *GfK Onlinemonitors* (Abbildung 42). Es ist jedoch der Unterschied im Erfassungsjahr zu beachten.

<sup>1024</sup> Die ARD/ZDF Online-Studie ist eine für die deutsche Bevölkerung repräsentative Studie zur Darstellung der soziodemografischen Zusammensetzung der Internetnutzer in Deutschland. Vgl. Eimeren, B. van; Frees, B. (2008).

Abbildung 40: Zusammensetzung der Teilnehmer nach Geschlecht

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen-te
Männlich	161	44,0	46,3
Weiblich	187	51,1	53,7
<b>Gesamt</b>	<b>348</b>	<b>95,1</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	18	4,9	
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>	

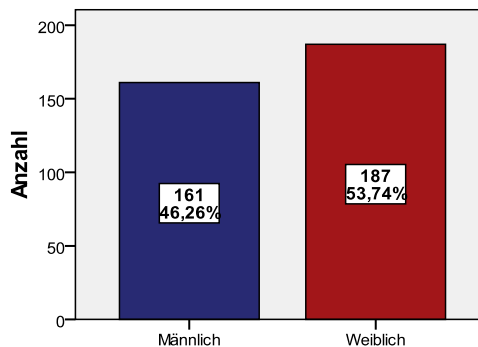
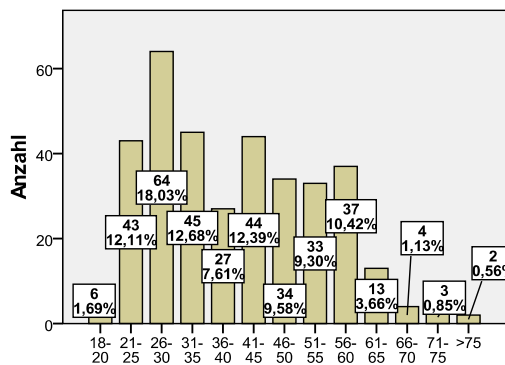
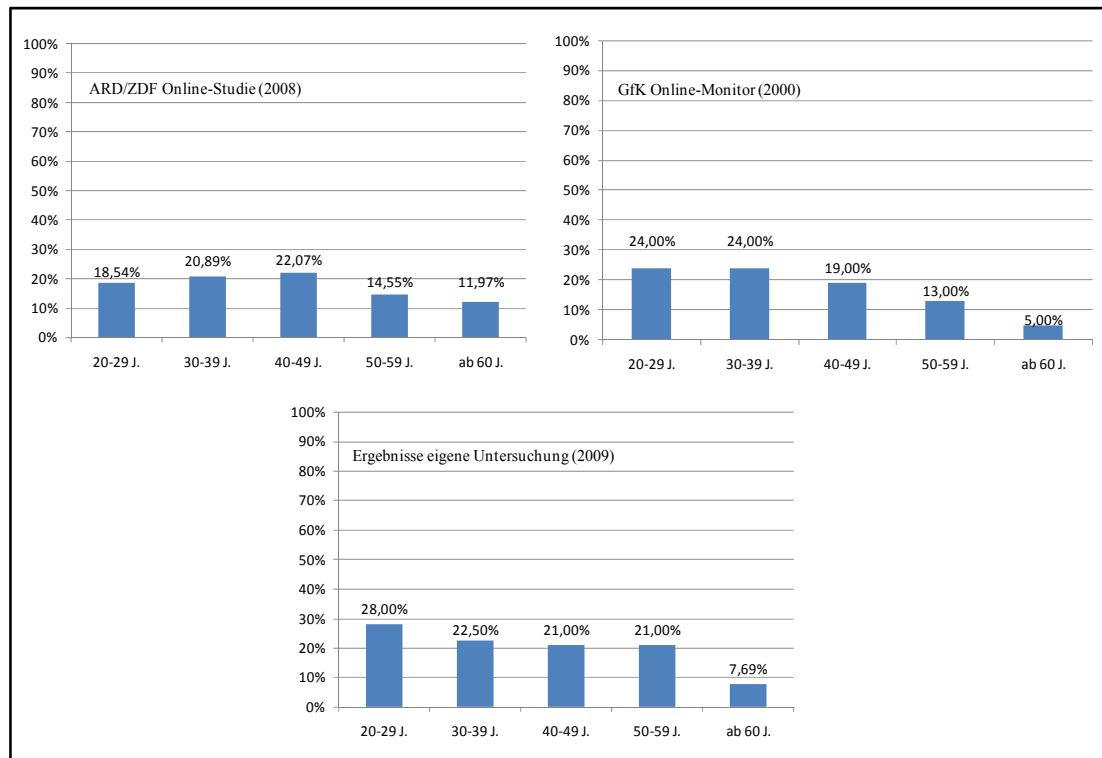


Abbildung 41: Altersverteilung der Teilnehmer

	Häufigkeit	Gültige Prozen-te
18-20	6	1,7
21-25	43	12,1
26-30	64	18,0
31-35	45	12,7
36-40	27	7,6
41-45	44	12,4
46-50	34	9,6
51-55	33	9,3
56-60	37	10,4
61-65	13	3,7
66-70	4	1,1
71-75	3	0,8
>75	2	0,6
<b>Gesamt</b>	<b>355</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	11	
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	



**Abbildung 42: Vergleich der Altersverteilung ARD/ZDF Online-Studie, GfK Online-Monitor und Online-Befragung**

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten der GfK AG Medienforschung (Hrsg.) (2000); Eimeren, B. van; Frees, B. (2008), S. 332 und Daten der eigenen Erhebung.

Der überwiegende Teil der Probanden verfügt über einen höheren **Bildungsabschluss** (Tabelle 17). Dies ist bei der Auswertung der Daten entsprechend zu beachten. Wie der Trend zu jüngeren Teilnehmern entspricht es jedoch auch dem Bild der Internetnutzer in Deutschland.<sup>1025</sup> Es werden dennoch Analysen durchgeführt, um den Einfluss des Bildungsstandes auf die Antworten zu analysieren.<sup>1026</sup> Der Anteil an Arbeitern ist sehr gering (siehe Tabelle 18). Ein Grund kann darin liegen, dass die Abgrenzung zwischen Arbeitern und Angestellten nicht eindeutig ist. Des Weiteren kann die Ursache in Selektionseffekten des Schneeball-Verfahrens oder in einem geringeren Zugang zum Internet liegen.

<sup>1025</sup> Vgl. Görnitz, A. S.; Batinic, B.; Moser, K. (2000), S. 192.

<sup>1026</sup> Siehe hierzu Kapitel 7.1.3.2.

**Tabelle 17: Bildung der Teilnehmer**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Hauptschule/Realschule	12	3,3
Hauptschule/Realschule mit abgeschlossener Lehre	66	18,2
Abitur	95	26,2
Hochschulabschluss (FH, Universität)	189	52,2
<b>Gesamt</b>	<b>362</b>	<b>100,0</b>
Sonstige Ausbildung:	2	
Keine Angabe	2	
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	

**Tabelle 18: Beruf der Teilnehmer**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Arbeiter/in	3	0,8
Angestellte/r	180	49,9
Beamte/r	34	9,4
Selbstständige/r; Freiberuflich tätig	61	16,9
Rentner/in; Pensionär/in	26	7,2
Schüler/in; Student/in	47	13,0
Sonstiges	3	0,8
Arbeitslos	3	0,8
Hausfrau	4	1,1
<b>Gesamt</b>	<b>361</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	5	
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	

41,5 % der Befragten sind privat krankenversichert (Tabelle 19). Bei der Auswertung ist zu bedenken, dass dies nicht der Verteilung in der deutschen Bevölkerung entspricht. Informationen über die diesbezügliche Zusammensetzung der Grundgesamtheit der Internetnutzer liegen nicht vor. Da chronisch Kranke normalerweise regelmäßiger zum Arzt gehen als grundsätzlich Gesunde, wurden auch diese Informationen erfasst. 24,6 % der Teilnehmer leiden an einer chronischen Erkrankung. Eine Übersicht gibt Abbildung 43.

**Tabelle 19: Versicherungsart der Teilnehmer inklusive Ärzte**

	Häufigkeit	Prozent
Privat versichert	152	41,5
Gesetzlich versichert	214	58,5
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>

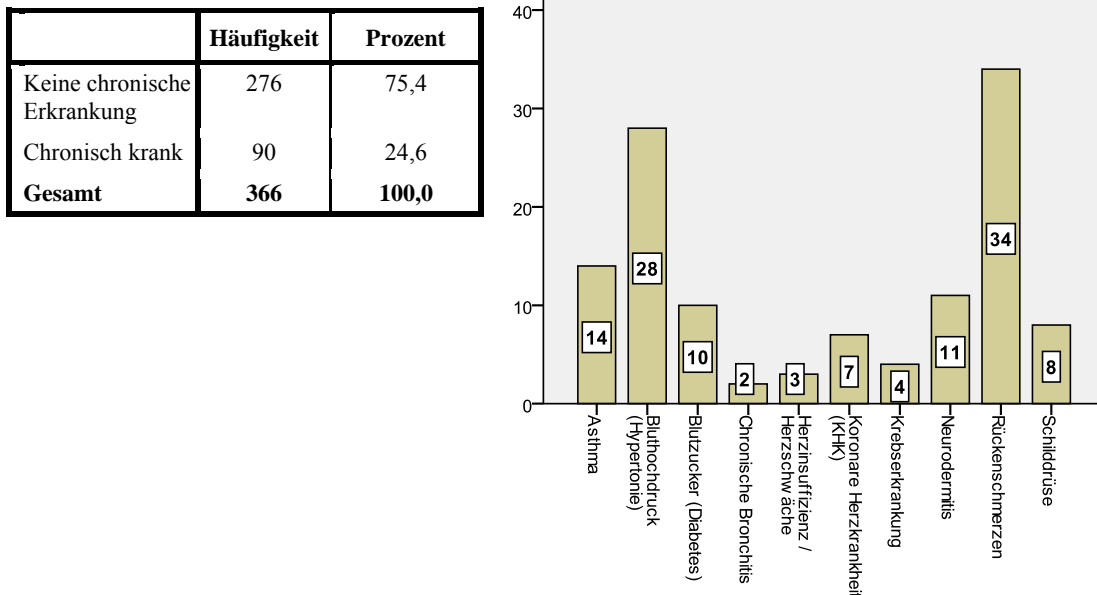
**Tabelle 20: Versicherungsart der Teilnehmer ohne Ärzte**

	Häufigkeit	Prozent
Privat versichert	136	40,1
Gesetzlich versichert	203	59,9
<b>Gesamt</b>	<b>339</b>	<b>100,0</b>

**Tabelle 21: Differenzierung der gesetzlich Versicherten nach Zusatzversicherung inklusive Ärzte**

	Häufigkeit	Prozent
Gesetzlich versichert	155	72,4
Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung	59	27,6
<b>Gesamt</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>

**Abbildung 43: Anzahl chronisch kranker Teilnehmer und Erkrankungsart**



Es haben sowohl **Einwohner** aus ländlichen als auch aus städtischen Regionen teilgenommen (Tabelle 22). Die Mehrzahl der Startpunkte des Schneeball-Verfahrens lag in Bayern, wenngleich einige aus Niedersachsen, Hessen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen kamen. Entsprechend ist der Anteil an Teilnehmern aus Bayern sehr hoch. Die großen **Bundesländer** Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen sind stark vertreten (Tabelle 23).

**Tabelle 22: Größe des Wohnortes der Teilnehmer**

	Häufigkeit	Prozent
Mehr als 100.000 Einwohner	137	37,4
20.000 - 100.000 Einwohner	97	26,5
5.000 - 20.000 Einwohner	97	26,5
Weniger als 5.000 Einwohner	35	9,6
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>

**Tabelle 23: Verteilung der Teilnehmer auf die Bundesländer**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Bayern	159	43,6
Baden-Württemberg	34	9,3
Berlin	17	4,7
Brandenburg	4	1,1
Hamburg	9	2,5
Hessen	34	9,3
Mecklenburg-Vorpommern	1	0,3
Niedersachsen	24	6,6
Nordrhein-Westfalen	48	13,2
Rheinland-Pfalz	10	2,7
Saarland	5	1,4
Sachsen	8	2,2
Sachsen-Anhalt	1	0,3
Schleswig-Holstein	7	1,9
Thüringen	4	1,1
<b>Gesamt</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	1	
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	

### 7.1.3 Erste Auswertung der Ergebnisse

#### 7.1.3.1 Häufigkeitsverteilungen

In einem ersten Schritt werden die Ergebnisse der Befragung in Form von Häufigkeitsverteilungen der Antworten dargestellt. Datenbasis sind bei dieser Darstellung alle Teilnehmer. Bei einigen Fragen werden die Datensätze der Ärzte herausgenommen, um den Sinn der Antworten nicht zu verfälschen. Dies ist z. B. bei der Frage nach der Häufigkeit der Arztbesuche der Fall, da sich Ärzte häufig selbst behandeln oder Kollegen zu Rate ziehen. Gleiches gilt für die Frage, ob sie einen Hausarzt haben, den sie immer zuerst konsultieren. Ob die Antworten der Ärzte mit einbezogen wurden, ist der Gesamt-

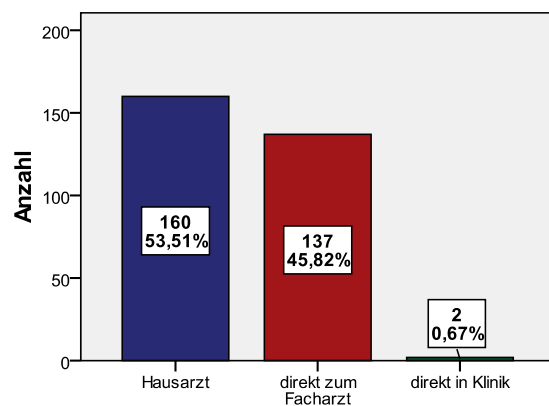


zahl zu entnehmen. Bei einer Teilnehmerzahl von 366 wurden alle Datensätze beachtet, bei 339 wurden die Ärzte ausgeschlossen.

Betrachtet man die Verteilung, wie viele Patienten zuerst einen Hausarzt konsultieren und den Anteil derer, die sofort einen entsprechenden Facharzt aufsuchen, zeigt sich ein ausgewogenes Verhältnis (siehe Tabelle 24).

**Tabelle 24: Anteil an Patienten mit Hausarzt**

	Häufigkeit	Gültige Pro- zente
Hausarzt	160	53,5
direkt zum Facharzt	137	45,8
direkt in Klinik	2	0,7
<b>Gesamt</b>	<b>299</b>	<b>100,0</b>
keine Angabe	40	
<b>Gesamt</b>	<b>339</b>	



Der Einfluss der **Versicherungsart** auf den Hausarztbezug der Befragten geht aus Tabelle 25 hervor. Die Analyse der Korrelation nach Spearman mit einem Wert von 0,309 zeigt einen recht starken Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen. Ein Grund für die Tendenz zum Hausarztbesuch kann bei den GKV-Versicherten am System des Überweisungsscheins liegen. Hierbei geben nur 18,7% der gesetzlich Versicherten an, ihren Hausarzt um eine Überweisung zum Facharzt zu bitten, ohne vom Hausarzt untersucht zu werden. Diese Betrachtung spielt insofern eine Rolle, als dass Patienten mit einem Hausarzt als zentralem Ansprechpartner im Rahmen der Marketingkonzeption einfacher in ein CRM integriert werden können.

**Tabelle 25: Kreuztabelle Versichertenart und Hausarztbezug**

		Versicherung			Gesamt
		Privat versichert	Gesetzlich versichert	Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung	
Zuerst zum Hausarzt	Anzahl	45	83	32	160
	% innerhalb von Versicherung	34,9%	66,4%	71,1%	53,5%
Direkt zum Facharzt	Anzahl	84	40	13	137
	% innerhalb von Versicherung	65,1%	32,0%	28,9%	45,8%
Direkt in Klinik	Anzahl	0	2	0	2
	% innerhalb von Versicherung	0,0%	1,6%	0,0%	0,7%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>129</b>	<b>125</b>	<b>45</b>	<b>299</b>
	% innerhalb von Versicherung	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die **Anzahl an Arztbesuchen** pro Jahr (Tabelle 26) gibt Aufschluss darüber, wie eng der Kontakt zwischen Arzt und Patient ist bzw. wie häufig Möglichkeiten zur Kundenbindung vor Ort bestehen. Die Resultate zeigen mit ca. 50% einen hohen Anteil an Patienten auf, die seltener als zweimal im Jahr zum Arzt gehen. Dies zeigt die Relevanz eines ausgewogenen Marketing zwischen Aktivitäten beim Leistungserbringer und Kommunikationsmaßnahmen wie Internet etc. Da die Arztbesuche eine gleiche Verteilung bei Besuchen von Haus-/Allgemeinärzten und Fachärzten aufweisen, kann davon ausgegangen werden, dass die Häufigkeitsverteilung von Arztbesuchen auch für Netzwerke repräsentativ ist.

**Tabelle 26: Anzahl an Arztbesuchen pro Jahr**

	Haus- /Allgemeinarzt		Facharzt (nicht Zahnarzt)		Krankenhausambulanz	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Öfter als 15 Mal im Jahr	4	1,2	3	1,0	0	0,0
10-15 Mal im Jahr	6	1,8	3	1,0	2	0,8
5-10 Mal im Jahr	32	9,8	21	6,7	3	1,2
2-4 Mal im Jahr	128	39,1	124	39,4	4	1,7
Seltener als 2 Mal im Jahr	157	48,0	164	52,1	232	96,3
<b>Gesamt</b>	<b>327</b>	<b>100,0</b>	<b>315</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	12		24		98	
<b>Gesamt</b>	<b>339</b>		<b>339</b>		<b>339</b>	

Wichtig ist auch der **Grund für Arztbesuche**. Tabelle 27 zeigt, dass lediglich die Hälfte aller Befragten regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen durchführen lässt. Wenn man bedenkt, dass 90 Teilnehmer angeben an einer chronischen Krankheit zu leiden, ist es erstaunlich, dass nur 74 regelmäßig aufgrund einer bestimmten Krankheit zum Arzt ge-

hen. Daraus lässt sich schließen, dass nicht alle chronisch Erkrankten regelmäßig zur Kontrolle gehen. Hier besteht vermutlich Potenzial für das Angebot von DMP und Erinnerungsservices.

**Tabelle 27: Gründe für den Arztbesuch**

(Mehrfachnennung möglich)	Häufigkeit	Prozent
Ich gehe regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen.	186	54,9
Ich gehe zum Arzt, wenn ich gerade krank bin.	274	80,8
Ich gehe regelmäßig wegen einer bestimmten Erkrankung zum Arzt.	74	21,8
<b>Gesamt</b>	<b>339</b>	<b>100,0</b>

Die nachfolgenden Tabelle 28 und Tabelle 29 stellen Schlüsselergebnisse für die gesamte vorliegende Arbeit dar, da sie Auskunft über die Chancen von Mass Customization und CRM geben. Aus Tabelle 28 geht hervor, dass sich über 40% der Teilnehmer als Patienten sehen, die die Entscheidung des Arztes wesentlich beeinflussen.

Tabelle 29 zeigt, dass fast 90% aller Befragten in die Entscheidungsfindung bei ärztlichen Behandlungen wesentlich oder gar dominant eingebunden werden möchten. Da Entscheidungseinbindung und Mitsprache den Wunsch nach individueller Leistungserstellung und aktiver kundenbezogener Kommunikation ausdrücken, zeigt sich das hohe Potenzial für Mass Customization/CRM. Entsprechend werden die Ergebnisse der Tabelle 28 und Tabelle 29 direkt zur Typisierung von Patientensegmenten herangezogen (siehe Kapitel 7.3 bis 7.5).

**Tabelle 28: Einfluss auf die Entscheidung des Arztes**

	Häufigkeit	Prozent
Ich sehe mich als Patient, der keinen Einfluss darauf hat wie der Arzt entscheidet.	23	7,1
Ich sehe mich als Patient, der ein wenig Einfluss auf die Dienstleistung des Arztes hat.	162	<b>50,2</b>
Ich sehe mich als Patient, der die Handlung/Entscheidungen des Arztes wesentlich beeinflussen kann.	138	<b>42,7</b>
<b>Gesamt</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	16	
<b>Gesamt</b>	<b>339</b>	

**Tabelle 29: Gewünschte Einbindung in die Entscheidung des Arztes**

	Häufigkeit	Prozent
Ich vertraue darauf, dass mein Arzt alle Entscheidungen in meinem Sinne trifft.	5	1,5
Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden, überlasse die Auswahl aber meinem Arzt.	33	9,8
Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden und mit ihm gemeinsam die Auswahl treffen.	256	<b>76,2</b>
Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden und entscheide selbst (außer im Notfall), was gemacht wird.	42	<b>12,5</b>
<b>Gesamt</b>	<b>336</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	3	
<b>Gesamt</b>	<b>339</b>	

Tabelle 30 gibt Auskunft über die Befragungsergebnisse bezüglich der **Prozessqualität** des vom Teilnehmer am häufigsten aufgesuchten Arztes. Diese Daten sollen bei genauerer Analyse Aufschluss darüber geben, wie die Patienten mit Qualitätsmängeln umgehen und welche Erwartungshaltungen sie vertreten. Es zeigt sich, dass es für einige noch nicht selbstverständlich ist, bestehende Unzufriedenheit zum Ausdruck zu bringen. Auch diese Ergebnisse spielen eine Rolle bei der Patiententypisierung. Zu jeder Aussage ist das höchste Ergebnis rot markiert. Der zweite Wert wird durch Fettdruck hervorgehoben. Die Werte entsprechen jeweils der prozentualen Verteilung. Die Gesamtzahl der betrachteten Datensätze ist in Klammern angegeben. Dies gilt auch für die nachfolgenden Tabellen.

Tabelle 30: Aussagen zur Prozessqualität

In Prozent (n=339)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Mein Arzt nimmt sich ausreichend Zeit für mich.	28,0	38,6	24,6	7,9	0,9
Der Ablauf in der Praxis meines Arztes ist gut organisiert.	20,6	47,9	20,6	8,0	3,1
Wenn ich auf einen Termin zu lange warten muss, spreche ich die Arzthelferin darauf an, dass ich nicht zufrieden bin.	23,8	23,8	20,8	19,5	12,1
<b>Wenn ich im Wartezimmer zu lange warten muss...</b>					
... spreche ich die Arzthelferin darauf an.	22,0	18,2	26,8	20,1	12,8
... spreche ich den Arzt darauf an.	11,6	14,2	22,1	25,4	26,7
Wenn ich mir mehr Informationen zur Krankheit/Therapie wünsche, sage ich dies meinem Arzt.	50,8	36,1	9,2	2,4	1,5
Wenn ich der Meinung bin, dass der Arzt mich nicht gründlich genug untersucht, sage ich es ihm.	22,8	29,7	27,8	14,2	5,4
<b>Wenn ich mir eine zweite Meinung hole, ...</b>					
... sage ich es vorher meinem Arzt.	13,8	13,8	16,6	27,3	28,4
... sage ich es meinem Arzt hinterher, wenn die zweite Meinung anders lautet.	19,4	31,5	26,4	10,6	12,1
... sage ich es meinem Arzt gar nicht.	7,9	14,2	23,2	16,1	38,6
<b>Wenn ich mit einer Entscheidung meines Arztes nicht zufrieden bin, ...</b>					
... sage ich es ihm direkt.	21,6	31,5	25,0	14,4	7,5
... hole ich mir eine zweite Meinung.	31,7	40,7	20,3	4,3	3,0
... suche ich mir sofort einen neuen Arzt.	5,8	14,1	27,1	27,1	26,0
Es ist mir wichtig, dass Wartebereich und Empfang räumlich getrennt sind.	33,4	27,3	14,9	11,0	13,3

Tabelle 31 gibt einen ersten Eindruck über die Bereitschaft der Patienten, neben den erhobenen Versicherungsbeiträgen auch selbst eine Leistung zur Erhaltung ihrer Gesundheit zu bezahlen. Bei diesen Ergebnissen ist zu bedenken, dass die Stichprobe der Befragung nur sehr wenige Arbeiter enthält. Gleiches gilt für den großen Anteil an Teilnehmern mit einem höheren Bildungsabschluss.

**Tabelle 31: Zahlungsbereitschaft**

In Prozent (n=366)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Wenn eine Leistung medizinisch notwendig ist und meine Kasse diese nicht bezahlt, würde ich sie auch selbst bezahlen.	<b>33,1</b>	<b>28,6</b>	22,9	9,1	6,2
Wenn eine Leistung medizinisch notwendig ist, meine Kasse aber nicht bereit ist voll zu zahlen, würde ich einen Teilbetrag selbst zahlen.	<b>40,2</b>	<b>33,3</b>	14,5	8,3	3,7
Ich würde eine Zuzahlung leisten, wenn die Behandlung dadurch qualitativ besser wird.	<b>32,6</b>	<b>30,9</b>	24,6	8,0	4,0
Ich bin bereit, für Leistungen die medizinisch nicht zwingend notwendig sind selbst zu zahlen.	18,5	<b>24,5</b>	<b>25,4</b>	19,1	12,5
Ich finde die Krankenkassen sollten für alle Leistungen aufkommen, egal ob sie medizinisch dringend notwendig sind oder auch „nur“ die Lebensqualität des Patienten verbessern.	16,2	11,1	<b>25,6</b>	<b>23,6</b>	23,4
Ich habe schon einmal selbst dafür bezahlt, eine alternative Behandlung zu erhalten (z. B. Homöopathische Behandlung, zusätzliche Untersuchungen)	<b>48,7</b>	13,7	6,1	7,6	<b>23,9</b>

Eine gute **Informationsbasis** ist die Grundlage für eigenständiges Handeln und die Übernahme von Verantwortung. Tabelle 32 zeigt, dass hier noch ein Defizit vorliegt, welches es in Zukunft zu beheben gilt.

**Tabelle 32: Informationsstand**

In Prozent (n=366)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich kenne mich im Gesundheitssystem sehr gut aus.	8,9	15,6	<b>45,1</b>	<b>25,6</b>	4,7
Ich kenne alle Informationen, die für mich als Patient wichtig sind.	7,8	21,6	<b>39,5</b>	<b>28,3</b>	2,8
Ich finde im Gesundheitswesen herrscht ein Informationsmangel für Patienten über Änderungen im System.	<b>30,3</b>	<b>39,2</b>	20,6	7,5	2,5
Ich habe den Begriff Integrierte Versorgung schon einmal gehört.	<b>19,2</b>	12,1	9,3	18,3	<b>41,1</b>
Ich habe den Begriff Gesundheitsnetzwerk schon einmal gehört.	18,2	16,0	11,7	<b>22,8</b>	<b>31,3</b>
Ich habe den Begriff Medizinisches Versorgungszentrum schon einmal gehört.	<b>34,4</b>	<b>23,7</b>	9,6	14,9	17,5
Ich weiß, was man unter einem Gesundheitsnetzwerk versteht.	12,8	11,9	11,0	<b>18,9</b>	<b>45,4</b>
Ich weiß, was man unter Integrierter Versorgung versteht.	16,4	9,5	6,9	<b>18,5</b>	<b>48,7</b>
Ich weiß, was ein Medizinisches Versorgungszentrum ist.	<b>27,1</b>	16,4	8,9	15,1	<b>32,4</b>
Ich weiß, dass es 2009 eine Gesundheitsreform gab.	<b>56,5</b>	<b>21,4</b>	7,2	9,3	5,5
Ich kenne die Änderungen, die durch die letzte Gesundheitsreform gekommen sind.	14,8	15,7	<b>34,2</b>	<b>18,0</b>	17,4

Wie können Gesundheitsnetzwerke erfolgreich sein, wenn 54,1% der Befragten angeben, nichts von ihrer Existenz zu wissen und sich 64,3% nichts darunter vorstellen können? Diese Ergebnisse zeigen, dass ein Bedarf an Marketingansätzen besteht. Worin dieser Mangel an Information begründet sein kann und als wessen Aufgabe es die Patienten betrachten, ihn zu beseitigen zeigt Tabelle 33. Hier wird deutlich, dass ein Ansatz wie die kooperative Mass Customization im Verbund mit einem intensiven Kundenmanagement in Form von CRM großes Potenzial besitzt, da Patienten die angebotenen Informationen bislang als unübersichtlich betrachten und sich teilweise sogar von der Fülle an Angeboten überfordert fühlen. Dies ist der Ansatzpunkt für Coaches, die Patienten zu unterstützen. Des Weiteren geben Tabelle 34 und Tabelle 35 Aufschluss darüber, welche Medien von den Teilnehmern am häufigsten zur Informationssuche genutzt werden. Sowohl für medizinische Themen als auch zur Beantwortung von Fragen zum Gesundheitssystem ist das Internet die am häufigsten genutzte Quelle, dicht gefolgt von Tageszeitungen (Informationen zum System) und dem Arzt für medizinische Fragen.

**Tabelle 33: Bewertung der Informationsmöglichkeiten**

In Prozent (n=366)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Es gibt ausreichend Informationsmöglichkeiten (Zeitschriften, Internet, Arzt usw.) für medizinische Themen (Krankheiten, Therapien etc.).	19,0	<b>45,1</b>	27,3	7,2	1,4
Die Informationsmöglichkeiten zu medizinischen Themen sind übersichtlich.	5,6	12,6	<b>41,8</b>	<b>29,7</b>	10,3
Ich fände es gut, wenn medizinische Internetseiten mit einem Qualitätssiegel bewertet würden.	<b>56,7</b>	<b>31,1</b>	7,4	3,4	1,4
Es gibt ausreichend Informationsmöglichkeiten über Fragen zum Gesundheitssystem (Praxisgebühr, Gesundheitskarte etc.)	10,7	<b>28,4</b>	<b>38,8</b>	17,6	4,5
Die Informationsmöglichkeiten zu Fragen zum Gesundheitssystem sind übersichtlich	3,1	10,5	<b>37,5</b>	<b>35,4</b>	13,5
Die Qualität von Informationsquellen lässt sich leicht beurteilen.	2,0	6,4	21,9	<b>41,8</b>	<b>27,8</b>
Ich fühle mich von der Menge an Informationsquellen überfordert.	8,8	<b>27,9</b>	<b>35,8</b>	15,8	11,7
Es ist die Aufgabe der Krankenkassen, die Versicherten über Änderungen im Gesundheitssystem zu informieren.	<b>50,0</b>	<b>28,2</b>	17,0	3,4	1,4
Es ist die Aufgabe der Ärzte, die Patienten über Änderungen im Gesundheitssystem zu informieren.	15,7	19,3	<b>30,8</b>	<b>22,7</b>	11,5
Es ist Aufgabe der Politik, die Patienten über Änderungen im Gesundheitssystem zu informieren.	<b>43,4</b>	<b>27,6</b>	18,6	7,9	2,5

**Tabelle 34: Informationsquelle Gesundheitssystem**

Welche Quellen nutzen Sie, um sich über das Gesundheitssystem (strukturelle/organisatorische Fragen) zu informieren? In Prozent (n=366)	regelmäßig	selten	nie
<b>Internet</b>	<b>45,6</b>	45,3	9,0
Tageszeitung	<b>40,5</b>	<b>39,9</b>	19,5
Zeitschriften (z. B. Stern, Fokus)	19,0	<b>53,3</b>	<b>27,7</b>
Fachzeitschriften (z. B. Apothekenumschau, Deutsches Ärzteblatt)	29,9	<b>31,3</b>	<b>38,8</b>
Arzt	16,3	<b>55,1</b>	<b>28,6</b>
Apotheke	10,9	<b>38,1</b>	<b>51,0</b>
Krankenkasse	19,0	<b>55,6</b>	<b>25,4</b>
Telefonische Hotline	0,6	<b>17,3</b>	<b>82,1</b>
Fernsehen	<b>26,7</b>	<b>52,8</b>	20,5
Radio	21,4	<b>48,3</b>	<b>30,3</b>
Freunde/Bekannte	<b>23,4</b>	<b>56,6</b>	19,9
Sonstige Quellen: • Apothekerkammer • Bundesanzeiger • Fachseminare • Kassenärztliche Vereinigung • Newsletter (Bundesministerium für Gesundheit, Deutsche Krankenhausgesellschaft etc.) • Fortbildungen • Vorträge			

**Tabelle 35: Informationsquelle medizinische Themen**

Welche Quellen nutzen Sie, um sich über medizinische Fragen (zu Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten etc.) zu informieren? In Prozent (n=366)	regelmäßig	selten	nie
<b>Internet</b>	<b>62,3</b>	<b>34,6</b>	3,1
Tageszeitung	14,0	<b>43,2</b>	<b>42,9</b>
Zeitschriften (z. B. Stern, Fokus)	9,7	<b>49,0</b>	<b>41,3</b>
Fachzeitschriften (z. B. Apothekenumschau, Deutsches Ärzteblatt)	29,5	<b>39,2</b>	<b>31,3</b>
Arzt	<b>57,8</b>	<b>38,7</b>	3,4
Apotheke	19,6	<b>48,7</b>	<b>31,8</b>
Krankenkasse	8,6	<b>48,1</b>	<b>43,3</b>
Telefonische Hotline	2,7	<b>18,6</b>	<b>78,7</b>
Fernsehen	14,9	<b>47,1</b>	<b>38,0</b>
Radio	8,0	<b>41,4</b>	<b>50,6</b>
Freunde/Bekannte	<b>25,3</b>	<b>56,2</b>	18,5
Sonstige Quellen: • Fachbücher • Fachseminare • Selbsthilfegruppen • Fortbildungen • Kollegen • Kongresse			

Tabelle 36 zeigt ganz klar, dass ein **neutraler Ansprechpartner** sowohl in organisatorischen als auch in medizinischen Fragen als wichtig angesehen wird. Die in Tabelle 33



bezeugte **Unübersichtlichkeit der Informationsmöglichkeiten** führt zu dem Wunsch nach unvoreingenommener Beratung. Dies ist ein Ansatzpunkt für CRM. Durch ein intensives Beziehungsmanagement kann ein Gesundheitsnetzwerk durch Integration eines Coaches als Vertrauensperson Wettbewerbsvorteile erzielen.

**Tabelle 36: Bedarf an neutralen Ansprechpartnern**

In Prozent (n=339)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
<b>Ein neutraler Ansprechpartner...</b>					
... ist für organisatorische Fragen wichtig.	34,8	37,3	18,0	8,1	1,9
... ist für medizinische Fragen wichtig.	48,6	33,0	11,3	4,0	3,1
... sollte persönlich ansprechbar sein	50,6	28,7	15,1	3,7	1,9
... sollte telefonisch erreichbar sein.	51,1	32,9	11,1	3,1	1,8
... sollte per E-Mail erreichbar sein.	51,7	37,1	8,1	1,9	1,2
... sollte in einem Forum im Internet erreichbar sein.	27,8	28,8	21,5	15,5	6,3
Ich würde mich bei organisatorischen Fragen an diesen neutralen Ansprechpartner wenden.	36,8	35,0	17,3	8,0	2,8
Ich würde mich bei medizinischen Fragen an diesen neutralen Ansprechpartner wenden.	39,4	33,5	15,4	6,2	5,5
Für die Beratung durch einen neutralen Ansprechpartner würde ich auch etwas bezahlen.	8,0	17,6	29,6	23,5	21,3

**Patienten-Beratungsstellen** verfolgen das Ziel, den Patienten in allen Fragen rund um das Thema Gesundheit kompetent zu beraten.<sup>1027</sup> Sie entsprechen ungefähr dem Berufsbild des Coaches, nur dass keine Beziehung zu den Patienten aufgebaut wird und es keinen festen Ansprechpartner für den jeweiligen Patienten gibt. Patienten-Beratungsstellen sind das beste Beispiel dafür, dass ein gutes Konzept alleine nicht reicht. Tabelle 37 zeigt, dass ein Großteil der Befragten diese Initiativen für wichtig halten, die meisten dennoch nicht wissen, dass es sie gibt und vor allem nicht, wo sie zu finden sind. Ein Gesundheitsnetzwerk kann den Bedarf an Beratung durch die Integration eines Coaches als Differenzierungsmerkmal zur Konkurrenz nutzen.

Tabelle 38 und Tabelle 39 geben Aufschluss darüber, wie häufig die Befragten das Internet im Allgemeinen und in Bezug zu medizinischen Themen nutzen.

<sup>1027</sup> Vgl. Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Hrsg.) (2009), S. 2.

**Tabelle 37: Bewertung von Patienten-Beratungsstellen**

In Prozent (n=366)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich weiß, dass es Patienten-Beratungsstellen gibt.	18,2	16,5	12,6	21,8	30,8
Ich weiß, wo ich eine Patienten-Beratungsstelle finde.	8,7	5,9	7,3	22,5	55,6
Ich habe schon einmal eine Patienten-Beratungsstelle aufgesucht.	1,7	2,0	0,3	6,6	89,5
Patienten-Beratungsstellen sollten auf Qualität geprüft und die Ergebnisse regelmäßig veröffentlicht werden.	45,5	38,4	12,2	2,4	1,5
Es gibt zu wenige Informationen über Patienten-Beratungsstellen.	44,8	33,2	14,5	5,6	1,8
Ich wünsche mir mehr Informationen zu Patienten-Beratungsstellen.	35,9	33,1	20,2	7,4	3,4
Patienten-Beratungsstellen sind wichtig.	42,5	36,0	17,8	2,5	1,2

**Tabelle 38: Häufigkeit der Internetnutzung**

In Prozent (n=366)	Täglich	Ca. 1-2 mal pro Woche	Ca. 1-2 mal pro Monat	Seltener	Nie
Einkaufen über das Internet.	2,5	6,8	45,5	34,2	11,0
Private E-Mails schreiben und lesen.	81,1	16,9	0,8	0,3	0,8
Geschäftliche E-Mails schreiben und lesen.	73,6	13,1	3,4	4,0	6,0
Informationssuche über Suchmaschinen (z. B. Google, Yahoo, MSN).	77,2	18,8	2,0	1,1	0,8
Informationssuche über Homepages von Zeitungen/Zeitschriften.	35,5	25,9	16,1	16,3	6,2
Informationssuche auf Nachrichtenseiten (z. B. www.tagesschau.de).	31,7	26,1	14,0	20,2	7,9
Informationssuche auf spezifischen Homepages (z. B. Sportseiten).	31,9	26,2	18,2	14,8	8,8
Diskussion in Foren, Chatrooms.	7,4	9,6	14,4	29,7	38,8

**Tabelle 39: Häufigkeit der Internetnutzung für medizinische Themen**

In Prozent (n=366)	regelmäßig	selten	nie
Nach Informationen zu medizinische Themen (Krankheiten/Therapien) suchen.	35,9	57,3	6,8
Medizinische Themen in Foren/Chatrooms/Communities diskutieren.	2,5	20,3	77,2
Ärzte, die ich aufgesucht habe, in Foren bewerten.	0,3	8,8	90,9
Mich über aktuelle Änderungen im Gesundheitssystem informieren.	12,2	53,5	34,3

Neben dem aktuellen Nutzungsverhalten ist auch die **Einstellung der Teilnehmer zum Internet** von Interesse. Tabelle 40 zeigt Probleme mit der Verwendung des Internets auf. Zudem zeigt sich, dass 66,5% eine Darstellung von Arztpraxen auf einer eigenen

Homepage befürworten. Bereits die Hälfte aller Befragten geben an, bei der Suche nach einem Facharzt das Internet zu Rate zu ziehen.

**Tabelle 40: Einstellung zum Internet**

In Prozent (n=366)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich würde das Internet zur Bewertung von Ärzten nutzen, wenn mir jemand erklärt wo und wie ich es tun kann.	17,5	20,3	<b>23,2</b>	<b>21,2</b>	17,8
Ich würde das Internet als Informationsquelle stärker nutzen, wenn es eine Qualitätsbewertung von Internetseiten gäbe.	<b>26,2</b>	<b>33,3</b>	20,5	13,7	6,3
Das Internet ist zu unübersichtlich, um sich dort zu informieren.	6,9	17,8	<b>35,9</b>	<b>26,7</b>	12,6
Ich finde es wichtig, dass Arztpraxen eine Internetseite haben auf der sie sich vorstellen.	<b>32,4</b>	<b>34,1</b>	18,7	11,5	3,4
Ich nutze das Internet, um nach einem geeigneten Facharzt zu suchen, wenn ich einen benötige.	<b>29,3</b>	<b>21,9</b>	20,7	17,0	11,1

Tabelle 41 zeichnet die **Entwicklung der Internetnutzung** ab. Obwohl ein Großteil der Probanden angibt, das Internet bereits in den letzten Jahren als Informationsquelle für medizinische Fragen genutzt zu haben, gehen 47,0% davon aus, dass sich dies noch steigern wird. Nur ein sehr geringer Anteil von 5,1% gibt an, das Internet auch in Zukunft nicht als Quelle für medizinische Informationen nutzen zu wollen.

**Tabelle 41: Erfahrung mit dem Internet**

In Prozent (n=366)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich habe das Internet bereits in den letzten Jahren genutzt, um mich über medizinische Themen zu informieren.	<b>41,8</b>	<b>25,7</b>	15,8	10,7	5,9
Ich nutze das Internet zur Information zu gesundheitlichen Themen häufiger als vor einem Jahr.	19,5	<b>27,2</b>	17,5	<b>24,4</b>	11,5
Ich habe gerade erst begonnen, das Internet als Informationsquelle zu medizinischen Themen für mich zu nutzen.	0,6	5,0	10,9	<b>26,7</b>	<b>56,9</b>
Ich denke, dass ich das Internet in Zukunft häufiger nutzen werde, um mich über medizinische Themen zu informieren.	15,6	<b>31,4</b>	<b>30,5</b>	14,1	8,4
Ich nutze das Internet bisher noch nicht, um mich über medizinische Themen zu informieren.	3,5	7,2	6,1	<b>13,3</b>	<b>69,9</b>
Ich werde das Internet in Zukunft nicht nutzen, um mich über medizinische Themen zu informieren.	1,4	3,7	7,8	<b>10,1</b>	<b>76,9</b>

Im Rahmen eines Gesundheitsnetzwerkes stellt sich die Frage, ob es sich lohnt eine neutrale Praxis für den Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte einzurichten.

Wichtig ist hier, wie bei den Patienten-Beratungsstellen, dass die Patienten von der Existenz dieser Anlaufpraxis wissen. Tabelle 42 zeigt, dass 56,3% der Befragten dazu tendieren, außerhalb der geregelten Praxisöffnungszeiten direkt in die Notaufnahme eines Krankenhauses zu fahren. Ein etwas geringerer Anteil von 49,3% ruft den Bereitschaftsdienst an. Dies zeugt davon, dass es für ein Gesundheitsnetzwerk essenziell ist, die Bekanntheit des Bereitschaftsdienstes zu steigern.

**Tabelle 42: Anlaufstellen außerhalb der Praxisöffnungszeiten**

Was tun Sie, wenn Sie außerhalb der Praxisöffnungszeiten einen Arzt benötigen? (Mehrfachnennung möglich) (n=339)	Häufigkeit	Prozent
Ich fahre in ein Krankenhaus (Notaufnahme).	191	<b>56,3</b>
Ich rufe den Notarzt an.	56	16,5
Ich rufe den Bereitschaftsdienst/Notdienst an.	167	<b>49,3</b>
Ich frage in der Nachtdienst-Apotheke, welcher Arzt erreichbar ist.	23	6,8
Jemanden aus dem privaten Umfeld anrufen.	71	20,9
Ich rufe die Rettungsleitstelle an.	36	10,6
Sonstiges: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich fahre zum ärztlichen Notdienst in zentral gelegener, neutraler Praxis</li> <li>• Ich warte die normalen Öffnungszeiten des Arztes ab</li> <li>• Ich fahre zur Bereitschaftspraxis</li> <li>• Ich fahre ins MVZ</li> <li>• Ich informiere mich in der Tageszeitung über den Notdienst</li> <li>• Abhängig von Art des Notfalls</li> </ul>		

Wie in Kapitel 2.2.3 erläutert, bestehen des Öfteren Sicherheitsbedenken gegenüber der **Zusammenarbeit von Ärzten**, gerade in Bezug auf eine gemeinsame Datenbank. Tabelle 43 zeigt, dass die Teilnehmer der Befragung eine Zusammenarbeit im akuten Behandlungsfall eindeutig befürworten. Besonders hoch ist das Interesse an einer verbesserten Terminvergabe im Rahmen einer Überweisung zum Facharzt oder in eine Klinik. Sie stimmen dem Austausch von Daten vor allem dann zu, wenn ihnen selbst die Kontrolle über die Verwendung der Daten zugesprochen wird.

Tabelle 43: Beurteilung der Zusammenarbeit von Ärzten

In Prozent (n=339)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
<b>Ich finde es gut, wenn...</b>					
... Ärzte zusammenarbeiten, um die Terminvergabe bei einer Überweisung zu beschleunigen.	66,0	26,7	4,9	0,9	1,5
... Ärzte meine Behandlungsdaten für den aktuellen Fall weiterleiten, damit der Arzt/die Klinik mich bereits kennt, wenn ich überwiesen werde.	62,2	27,0	7,5	1,5	1,8
... Ärzte eine gemeinsame Datenbank haben, in der sie alle meine Daten verwalten.	30,1	18,4	23,9	13,8	13,8
... Ärzte eine gemeinsame Datenbank haben, über die sie nur die Daten sehen können, die ich zuvor zur Ansicht für alle Ärzte freigegeben habe.	54,1	23,6	10,9	4,8	6,6

Tabelle 44 zeigt, dass von den Patienten durchaus eine gewisse Kontinuität in der Arzt-Patienten Beziehung gewünscht wird. Deutlich mehr als die Hälfte der Patienten wünscht sich **personelle Kontinuität** in der Behandlung durch einen Allgemein- bzw. Facharzt. Dies bedeutet, dass besonders in einem Gesundheitsnetzwerk darauf geachtet werden muss, dass die Fluktuation der Ärzte gering gehalten wird und ein Patient bei der Terminvergabe – sofern möglich – immer dem gleichen Arzt zugeteilt wird. Auch der Wunsch nach einer **Zertifizierung** ist, wie in Kapitel 2.3.5.3.1 bereits angesprochen, bei einer starken Mehrheit vorhanden. Der Marketingeffekt einer Zertifizierung ist von daher nicht zu unterschätzen. Obwohl Interesse an Gesundheitszentren bzw. Medizinischen Versorgungszentren zu erkennen ist, geben sehr wenig Patienten (7,8%) an, bereits eines aufzusuchen. Besonders offen scheinen Patienten einem MVZ-Besuch gegenüberzustehen, wenn sie einen Facharzt benötigen oder außerhalb der normalen Öffnungszeiten einen Arzt aufsuchen müssen.

**Tabelle 44: Beurteilung von Medizinischen Versorgungszentren**

In Prozent (n=339)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
<b>Ich finde es wichtig, dass...</b>					
... ich immer von dem gleichen Allgemeinarzt behandelt werde.	<b>34,1</b>	<b>39,8</b>	17,4	7,5	1,2
... ich immer von dem gleichen Facharzt behandelt werde.	22,5	<b>41,7</b>	<b>24,9</b>	9,6	1,2
... ein Gesundheitszentrum/Medizinisches Versorgungszentrum offiziell zertifiziert wurde.	<b>45,3</b>	<b>32,0</b>	15,2	3,9	3,6
<b>Ich würde ein Gesundheitszentrum/Medizinisches Versorgungszentrum aufsuchen, ...</b>					
... wenn es in der Nähe ist.	<b>40,6</b>	<b>37,1</b>	16,0	4,4	1,9
... auch wenn ich dafür eine längere Anfahrt in Kauf nehmen muss.	6,4	17,0	<b>33,0</b>	<b>30,8</b>	12,8
... um Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen.	19,0	<b>34,1</b>	<b>29,9</b>	12,2	4,8
... um einen Allgemeinarzt zu sehen.	11,3	18,1	<b>28,4</b>	<b>27,7</b>	14,5
... um einen Facharzt zu sehen.	<b>21,9</b>	<b>42,9</b>	20,0	10,8	4,4
... wenn ich außerhalb der Öffnungszeiten meines Hausarztes einen Arzt benötige.	<b>38,9</b>	<b>40,8</b>	14,3	3,8	2,2
<b>Es ist mir egal...</b>					
... welcher Allgemeinarzt mich behandelt.	1,8	6,5	15,2	<b>30,7</b>	<b>45,8</b>
... welcher Facharzt mich behandelt.	2,1	10,1	17,3	<b>29,0</b>	<b>41,5</b>
... zu welchem Arzt ich gehe, Hauptsache ich bekomme schnell einen Termin.	1,8	6,6	23,2	<b>25,9</b>	<b>42,5</b>
Ich suche bereits ein Gesundheitszentrum/Medizinisches Versorgungszentrum auf.	4,9	2,9	5,5	<b>7,5</b>	<b>79,2</b>

In Kapitel 5.3.2.4 wurde dargestellt, welches Potenzial **DMP** für die Individualisierung der Leistungserstellung in Gesundheitsnetzwerken bieten. Tabelle 45 bildet den Bekanntheitsgrad von DMP ab. Die Resultate werden jedoch erst in Zusammenhang mit der Betrachtung chronischer Erkrankungen interessant (Tabelle 46). Hier zeigt sich, dass sogar unter den chronisch kranken Patienten fast 50% noch nie davon gehört haben.

**Tabelle 45: Bekanntheit von Disease Management Programmen**

Wissen Sie, was man unter einem „strukturierten Behandlungsprogramm“ oder „Disease Management Programm (DMP)“ versteht?	Häufigkeit	Prozent
Ja, ein Disease Management Programm ist...	97	26,8
Schon mal gehört, aber ich weiß nicht was es bedeutet.	77	21,3
Nein	188	51,9
<b>Gesamt</b>	<b>362</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	4	
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	

**Tabelle 46: Kreuztabelle Vorliegen einer chronischen Erkrankung und Bekanntheit DMP**

Wissen Sie, was man unter einem „strukturierten Behandlungsprogramm“ oder „Disease Management Programm (DMP)“ versteht?		Ja	Schon mal gehört, aber ich weiß nicht was es bedeutet.	Nein	Gesamt
Gesund	Anzahl	70	58	144	272
	% der Gesunden	25,7%	21,3%	52,9%	100,0%
Chronisch krank	Anzahl	27	19	44	90
	% der chronisch Kranken	30,0%	21,1%	48,9%	100,0%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>97</b>	<b>77</b>	<b>188</b>	<b>362</b>
	<b>% der Gesamtzahl</b>	<b>26,8%</b>	<b>21,3%</b>	<b>51,9%</b>	<b>100,0%</b>

Die Einführung der eGK und die Probleme, die sich dabei ergaben, haben lange Zeit die Berichterstattung in den fachlichen Medien beherrscht.<sup>1028</sup> Dieses Thema hat es sogar in die allgemeine Diskussion der Nachrichten geschafft.<sup>1029</sup> Dennoch wissen 19,9% der Befragten nicht, dass eine Einführung geplant ist (siehe Tabelle 47). Als häufigste Quelle der Information wurden das Fernsehen und die Zeitung bzw. Zeitschriften genannt (Tabelle 48). Nur ein sehr geringer Teil der Probanden gab an, dass sie von der Krankenkasse informiert wurden. Dies ist bedenklich, ist doch die Krankenkasse in diesem Falle die ausführende Instanz. 17,5% geben sogar an, noch nie von einer Gesundheitskarte gehört zu haben.

<sup>1028</sup> Vergleiche beispielhaft: Bröckerhoff, H.-P. (2008); Schellhase, N. (2008); o.V. (2008) und Krüger-Brand, H. E. (2008a), S. B 1486.

<sup>1029</sup> Vgl. Krüger-Brand, H. E. (2008b), S. B 1487.

**Tabelle 47: Bekanntheit der Gesundheitskarte**

Ist Ihnen bekannt, dass in Deutschland eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden soll?	Häufigkeit	Prozent
Ja	290	80,1
Nein	72	19,9
<b>Gesamt</b>	<b>362</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	4	
<b>Gesamt</b>	<b>366</b>	

**Tabelle 48: Informationsquelle Gesundheitskarte**

Wo haben Sie von der elektronischen Gesundheitskarte erfahren? (Mehrfachnennung möglich) (n=366)	Häufigkeit	Prozent
Arzt	33	9,0
Internet	84	23,0
Fernsehen	<b>183</b>	<b>50,0</b>
Zeitung/Zeitschriften	<b>178</b>	<b>48,6</b>
Krankenkasse	58	15,8
Freunde/Bekannte	57	15,6
Radio	65	17,8
Apotheke	16	4,4
Ich weiß nichts von einer Gesundheitskarte	64	17,5

Die Einführung der eGK ist nicht zuletzt aufgrund der Absicht, Daten darauf zu speichern sehr umstritten. Hauptkritikpunkt ist wieder die Datensicherheit. Dennoch zeigt Tabelle 49, dass ein hoher Anteil der Befragten die Speicherung bestimmter Daten befürwortet. Lediglich 2,7% der Teilnehmer lehnen eine Informationsspeicherung ab.



Tabelle 49: Erwünschte Daten auf der Gesundheitskarte

Welche Informationen sollte ein Arzt Ihrer Meinung nach durch die Gesundheitskarte erhalten/auf ihr speichern können? (Mehrfachnennung möglich) (n=366)	Häufigkeit	Prozent
Medikamente, die ich einnehme	315	86,1
Krankengeschichte bei diesem Arzt	206	56,3
Krankengeschichte bei anderen Ärzten	157	42,9
Blutgruppe	321	87,7
Laborwerte	224	61,2
Röntgenbilder/Ergebnisse diagnostischer Verfahren	220	60,1
Allergien	317	86,6
Krankheiten/Diagnosen, die ich selbst zur Ansicht für alle Ärzte freigebe	195	53,3
Krankheiten/Diagnosen, die ich selbst zur Ansicht für bestimmte Ärzte freigebe	184	50,3
Allgemein nur Daten, die ich einzeln zur Ansicht für bestimmte Ärzte freigebe	124	33,9
Keine Informationen	10	2,7

Im Rahmen der Befragung wurden einige **Serviceleistungen** aufgelistet, welche ein Gesundheitsnetzwerk zusätzlich anbieten könnte. Tabelle 50 zeigt, wie der Bedarf an derartigen Angeboten aussehen könnte. Mit Ausnahme der möglichen Kontaktaufnahme per SMS zeigt sich eine positive Resonanz auf die Vorschläge. Interesse besteht vor allem wenn es darum geht, regelmäßige Leistungen wie z. B. die Verschreibung von Medikamenten zu standardisieren, indem Rezepte telefonisch oder per E-Mail nachbestellt werden können. Die Teilnehmer erwecken den Eindruck, im Rahmen der Kommunikation mit dem Arzt neuen Medien wie Internet und E-Mail gegenüber aufgeschlossen zu sein. Wie in der vorangehenden Frage nach der Erwünschtheit einer Zusammenarbeit bei der Terminvergabe im Falle einer Überweisung (Tabelle 43) zeigt sich auch hier der Wunsch bestätigt, dass die Ärzte den Patienten die Koordinationsarbeit abnehmen. Hier ist wieder zu klären, inwiefern Alter und Bildung Einfluss auf die Ergebnisse haben.

**Tabelle 50: Bedarf an Serviceleistungen**

In Prozent (n=339)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich möchte Termine bei meinem Arzt selbstständig im Internet festlegen können.	<b>30,8</b>	<b>25,9</b>	19,8	14,3	9,1
Ich wünsche mir verlängerte Öffnungszeiten der Arztpraxis, um auch vor oder nach der Arbeit zum Arzt gehen zu können.	<b>39,1</b>	<b>23,1</b>	20,0	11,4	6,5
Ich möchte mit meinem Arzt auch per E-Mail kommunizieren können.	<b>28,4</b>	19,9	<b>21,4</b>	18,3	11,9
<b>Ich möchte Medikamentenrezepte, die ich regelmäßig bekomme...</b>					
... telefonisch bestellen können.	<b>51,8</b>	<b>29,4</b>	10,0	4,2	4,5
... per E-Mail bestellen können.	<b>53,2</b>	<b>24,8</b>	9,2	5,1	7,6
<b>Ich möchte an Vorsorgeuntersuchungen...</b>					
... per SMS erinnert werden.	20,0	15,9	10,0	<b>21,7</b>	<b>32,4</b>
... per E-Mail erinnert werden.	<b>38,6</b>	<b>26,5</b>	12,3	8,6	13,9
<b>Ich möchte eine Terminbestätigung...</b>					
... per E-Mail erhalten.	<b>36,6</b>	<b>26,2</b>	10,1	10,7	16,4
... per SMS erhalten.	<b>21,5</b>	15,6	9,3	19,4	<b>34,3</b>
<b>Ich finde es gut, wenn...</b>					
... ich gleichzeitig mit der Rechnung auch einen Antrag zur Kostenübernahme der Behandlung für meine Krankenversicherung bekomme. (n=136: nur privat Versicherte)	<b>42,6</b>	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>	8,7	8,7
... mein Arzt bei einer Überweisung in ein Krankenhaus oder zu einem Facharzt über sein Computersystem gleich einen Termin für mich vereinbaren kann.	<b>53,7</b>	<b>31,1</b>	8,7	4,7	1,9
Ich wäre bereit, anfallende Kosten für Serviceleistungen die ich mir wünsche selbst zu tragen.	11,8	16,8	<b>38,2</b>	14,0	<b>19,3</b>

Geht es darum, die **Sicherheit der einzelnen Kommunikationsmedien** zu beurteilen, sind die meisten Probanden eher unentschlossen mit einer Tendenz diese anzuzweifeln. Das mangelnde Vertrauen in die Sicherheit der eGK oder anderer elektronischer Medien zeigt sich hier bestätigt (Tabelle 51). Zudem ist das Vertrauen in die Anbieter, welche für die Umsetzung der Techniken zuständig sind, nur eingeschränkt vorhanden. Die Mehrheit der Befragten erwartet einen Nachweis, dass auch wirklich die höchstmöglichen Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden.

Tabelle 51: Einschätzung der Datensicherheit

In Prozent (n=366)	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Der Datenaustausch über das Internet ist sicher.	2,8	15,3	38,5	28,6	14,7
Der Datenaustausch per E-Mail ist sicher.	2,8	17,6	34,3	28,0	17,3
Die Kommunikation per SMS ist sicher.	3,6	18,0	30,2	29,3	18,9
Der Datenaustausch zwischen Ärzten über die elektronische Patientenakte (Datenbank) ist sicher vor unbefugtem Zugriff.	3,7	20,2	35,1	26,1	14,9
Auf der Gesundheitskarte werden meine Daten sicher gespeichert, so dass Unbefugte keinen Zugriff darauf erhalten.	5,0	18,2	30,1	29,5	17,2
<b>Wenn es die Möglichkeit gibt, Patientendaten über neue Kommunikationsmedien (z. B. E-Mail, Internet, Gesundheitskarten) zu übertragen oder zu speichern, ...</b>					
... vertraue ich darauf, dass dies unter höchsten Sicherheitsvorkehrungen geschieht.	21,1	28,7	22,5	16,4	11,4
... erwarte ich einen Nachweis, dass dies unter höchsten Sicherheitsvorkehrungen geschieht.	61,9	27,0	6,5	3,1	1,4

Um die Aufgeschlossenheit der Befragungsteilnehmer gegenüber neuen IuK-Techniken zu prüfen, wurde ein konkretes Beispiel (**Telemonitoring**) genannt. Die Probanden sollten beurteilen, ob sie bei Bedarf ein derartiges Angebot nutzen würden. Wie Tabelle 52 zeigt, ist die Resonanz hierfür überraschend positiv. Es zeigt sich sogar die Bereitschaft (45,9%) zu einem monetären Eigenanteil.

Tabelle 52: Akzeptanz des Telemonitoring

Monitoring bedeutet, dass wichtige Werte wie z. B. Blutzucker oder Blutdruck durchgehend von einem Arzt überwacht werden. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? (n=366)	Häufigkeit	Prozent
<b>Ich würde ein derartiges Angebot nutzen, falls ich es benötige, ...</b>		
... und meine Krankenkasse dafür bezahlt.	225	61,5
... auch wenn ich eine Zuzahlung leisten muss.	168	45,9
... auch wenn ich es selbst zahlen muss.	56	15,3
Ich würde ein derartiges Angebot nicht nutzen.	38	10,4
Sonstiges:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis zu einem bestimmten Punkt</li> <li>• Kommt auf die Höhe des Selbstbehaltes an</li> <li>• Es kommt auf die Schwere der Krankheit an</li> <li>• Fehlerquellen bei Messungen müssen ausgeschlossen sein</li> <li>• Fände es besser die Patienten selbst zu schulen</li> </ul>		

Zuletzt wurden die **teilnehmenden Ärzte** gebeten, die Möglichkeiten, welche sich durch Gesundheitsnetzwerke bieten aus ihrer Sicht zu beurteilen. Tabelle 53 zeigt das

Ergebnis dieser Fragen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Aussagen durch die geringe Zahl der Antworten nicht repräsentativ für die deutsche Ärzteschaft sind.

**Tabelle 53: Serviceleistungen aus Ärztesicht**

In Prozent (n=25) [nur Ärzte]	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich finde es wichtig, dass Arztpraxen einen Internetauftritt haben.	29,2	37,5	12,5	4,2	16,7
Das Internet nimmt in der Gesundheitsversorgung eine immer wichtigere Rolle ein.	58,3	20,8	12,5	4,2	4,2
Ich finde die Möglichkeiten der Vernetzung zum Austausch von Patientendaten gut.	54,2	12,5	20,8	8,3	4,2
Ich befürworte den Einsatz von elektronischen Patientenakten.	41,7	25,0	8,3	8,3	16,7
Ich bin Mitglied eines Gesundheitsnetzwerkes.	40,0	0,0	0,0	5,0	55,0
Ich halte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für notwendig.	25,0	8,3	29,2	4,2	33,3
Ich befürworte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.	25,0	33,3	8,3	33,3	0,0
Ich bin von der Kassenärztlichen Vereinigung ausführlich über die elektronische Gesundheitskarte informiert worden.	18,2	4,5	18,2	27,3	31,8
<b>Ich würde meinen Patienten ...</b>					
... anbieten, per E-Mail zu kommunizieren.	29,2	20,8	12,5	25,0	12,5
... anbieten, Termine bei mir im Internet zu vereinbaren.	33,3	12,5	12,5	20,8	20,8
... Telemonitoring anbieten, wenn der Patient die Kosten selbst übernimmt.	26,1	17,4	30,4	4,3	21,7
... anbieten, Rezepte die sie regelmäßig benötigen per E-Mail zu bestellen, wenn es rechtlich möglich ist und sie es wünschen.	37,5	29,2	4,2	25,0	4,2
... anbieten, Rezepte die sie regelmäßig benötigen über das Internet zu bestellen, wenn es rechtlich möglich ist und sie es wünschen.	33,3	25,0	12,5	20,8	8,3
... einen SMS-Erinnerungsservice anbieten, wenn es für mich kostengünstig möglich ist.	25,0	25,0	16,7	8,3	25,0
<b>Ich biete die folgenden Services bereits an: (n=16; nur niedergelassene Ärzte)</b>					
Erinnerungsservice zur Erinnerung an Vorsorgetermine.	33,3	8,3	8,3	8,3	41,7
Eine elektronische Patientenakte.	66,7	8,3	8,3	0,0	16,7
Eine elektronische Patientenakte, auf die auch andere Ärzte/Krankenhäuser zugreifen können.	25,0	8,3	0,0	0,0	66,7
Verlängerte Öffnungszeiten für berufstätige Patienten.	50,0	28,6	7,1	14,3	0,0
Verlängerte Öffnungszeiten für Privatversicherte.	21,4	14,3	21,4	7,1	35,7
Patienten können Medikamentenrezepte, die sie regelmäßig bekommen per Telefon bestellen.	92,9	7,1	0,0	0,0	0,0

### 7.1.3.2 Untersuchung des Einflusses unabhängiger Variablen auf die Ergebnisse

Nachfolgend werden ausgewählte unabhängige Variablen dahingehend überprüft, welchen Einfluss sie auf die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung haben und welche Erkenntnis daraus für die weitere Arbeit gezogen werden können.

#### *Einfluss des Bildungsabschlusses der Teilnehmer auf die Ergebnisse*

Um eine Verzerrung der Ergebnisse durch den größeren Anteil an Teilnehmern mit einem hohen Bildungsabschluss auszuschließen, wurden die Antworten in Abhängigkeit dieser Variable untersucht. Nachfolgend wird eine **Auswahl der Ergebnisse** dargestellt. Wie Tabelle 54 zeigt, ist eine leichte Differenz zwischen der wahrgenommenen Beeinflussung der Arztentscheidung durch die Teilnehmer in Abhängigkeit des Bildungsabschlusses zu erkennen. Gleichzeitig zeigt Tabelle 55 jedoch, dass dies keinen wirklichen Einfluss auf den Wunsch nach Beteiligung an der Entscheidungsfindung hat.

**Tabelle 54: Einfluss der Bildung auf die Beeinflussung der Arztentscheidung**

Einfluss auf Arztentscheidung		keinen Einfluss	wenig Einfluss	starker Einfluss	Gesamt
Bildung					
Hauptschule/Realschule ohne/mit abgeschlossener Lehre	Anzahl	11	37	26	74
	% innerhalb von Ausbildung	14,9%	50,0%	35,1%	100,0%
	% der Gesamtzahl	3,4%	11,5%	8,1%	23,1%
Abitur	Anzahl	5	40	44	89
	% innerhalb von Ausbildung	5,6%	44,9%	49,4%	100,0%
	% der Gesamtzahl	1,6%	12,5%	13,7%	27,7%
Hochschulabschluss (FH, Universität)	Anzahl	7	84	67	158
	% innerhalb von Ausbildung	4,4%	53,2%	42,4%	100,0%
	% der Gesamtzahl	2,2%	26,2%	20,9%	49,2%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>23</b>	<b>161</b>	<b>137</b>	<b>321</b>
	% innerhalb von Ausbildung	7,2%	50,2%	42,7%	100,0%
	% der Gesamtzahl	7,2%	50,2%	42,7%	100,0%

**Tabelle 55: Einfluss der Bildung auf den Wunsch nach Entscheidungsbeteiligung**

Wunsch nach Entscheidungsbeteiligung		Vertraut auf Arzt	Information erwünscht, Arzt entscheidet	Information erwünscht, beide entscheiden	Information erwünscht, Patient entscheidet	Gesamt
Bildung						
Hauptschule/Realschule Ohne/mit abgeschlossener Lehre	Anzahl	2	9	56	9	76
	% innerhalb von Bildung	2,6%	11,8%	73,7%	11,8%	100,0%
	% der Gesamtzahl	0,6%	2,7%	16,8%	2,7%	22,8%
Abitur	Anzahl	1	9	68	14	92
	% innerhalb von Bildung	1,1%	9,8%	73,9%	15,2%	100,0%
	% der Gesamtzahl	0,3%	2,7%	20,4%	4,2%	27,6%
Hochschulabschluss (FH, Universität)	Anzahl	2	15	129	19	165
	% innerhalb von Bildung	1,2%	9,1%	78,2%	11,5%	100,0%
	% der Gesamtzahl	0,6%	4,5%	38,7%	5,7%	49,5%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>253</b>	<b>42</b>	<b>333</b>
	% innerhalb von Bildung	1,5%	9,9%	76,0%	12,6%	100,0%
	% der Gesamtzahl	1,5%	9,9%	76,0%	12,6%	100,0%

Abbildung 44 und Abbildung 45 zeigen, dass die Art des Bildungsabschlusses auch keinen bzw. einen vernachlässigbaren Einfluss auf die Bewertung der Informationsmöglichkeiten im Gesundheitswesen sowie die Einstellung der Teilnehmer gegenüber MVZ hat. Die Befürchtung, dass der Bildungsstand der Teilnehmer einen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse hat, kann zerstreut werden. Eine Verzerrung der in Kapitel 7.5.3 durchgeführten Typisierung durch den hohen Anteil an gebildeten Probanden wird somit ausgeschlossen.

Abbildung 44: Bewertung der Informationsmöglichkeiten nach Bildungsabschluss

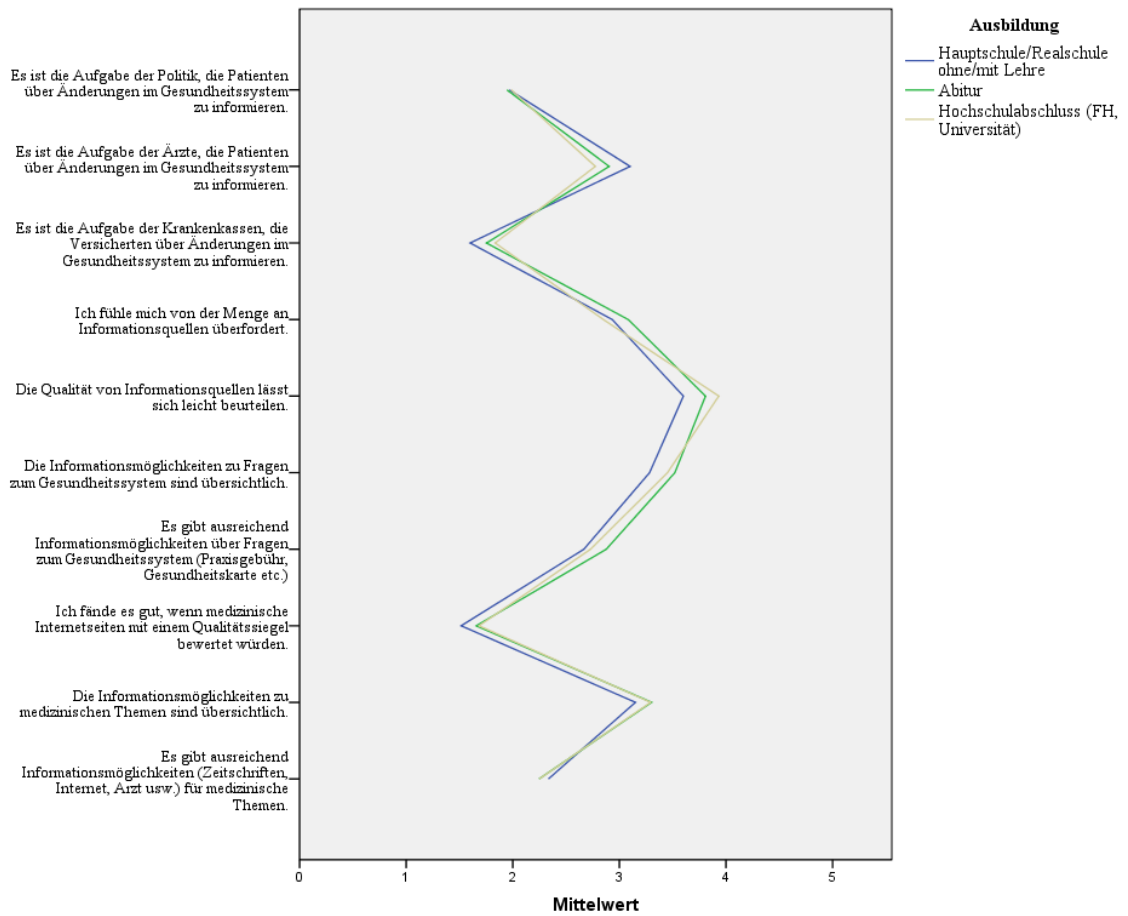
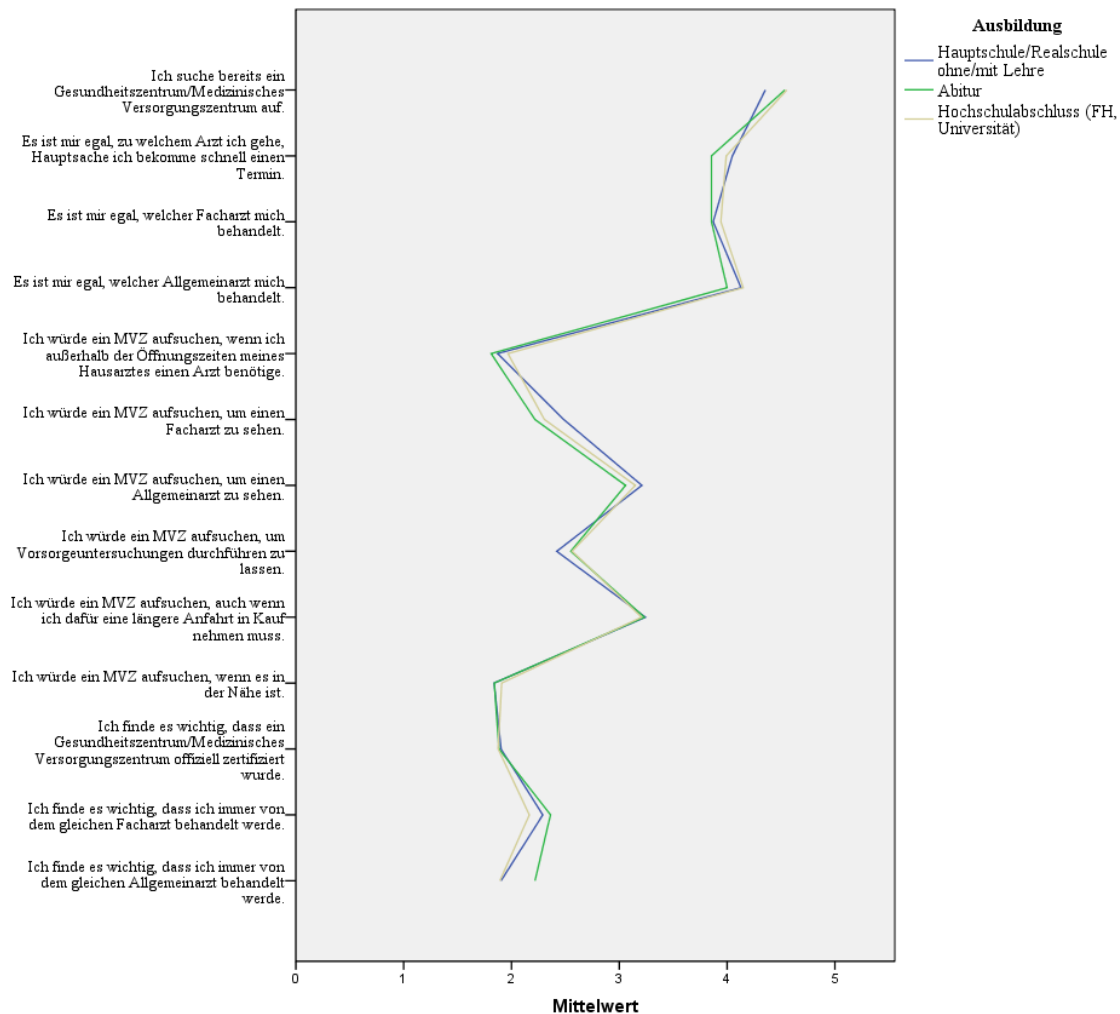


Abbildung 45: Einstellung zu MVZ in Abhängigkeit des Bildungsabschlusses



### Einfluss der Versicherungsart auf die Ergebnisse

Die Ergebnisse in Tabelle 56 zeigen, dass ein etwas größerer Anteil der privat versicherten Teilnehmer den Eindruck hat, die Entscheidungen des Arztes deutlich beeinflussen zu können. Tabelle 57 zeigt, dass der Anteil der Patienten, welche die Entscheidung gemeinsam mit dem Arzt treffen möchten, bei beiden Versicherungsarten vergleichbar ist. Wie die nachfolgenden Abbildungen 46 bis 49 zeigen, hat die Versicherungsart der Teilnehmer kaum Einfluss auf das Antwortverhalten. Besonders Abbildung 49 zeigt, dass Versicherte der GKV in ihren Ansprüchen den PKV-Versicherten in nichts nachstehen.



**Tabelle 56: Einfluss der Versicherungsart der Teilnehmer auf die Beeinflussung der Arztentscheidung**

Einfluss auf Arztentscheidung		Einfluss auf Arztentscheidung			Gesamt
		keinen Einfluss	wenig Einfluss	starker Einfluss	
Versicherungsart					
Privat versichert	Anzahl	3	61	63	127
	% innerhalb von Versicherungsart	2,4%	48,0%	<b>49,6%</b>	100,0%
	% der Gesamtzahl	0,9%	18,9%	19,5%	39,3%
Gesetzlich versichert	Anzahl	20	101	75	196
	% innerhalb von Versicherungsart	10,2%	51,5%	38,3%	100,0%
	% der Gesamtzahl	6,2%	31,3%	23,2%	60,7%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>23</b>	<b>162</b>	<b>138</b>	<b>323</b>
	% innerhalb von Versicherungsart	7,1%	50,2%	42,7%	100,0%
	% der Gesamtzahl	7,1%	50,2%	42,7%	100,0%

**Tabelle 57: Einfluss der Versicherungsart der Teilnehmer auf den Wunsch nach Entscheidungsbeteiligung**

Wunsch nach Entscheidungsbeteiligung		Wunsch nach Entscheidungsbeteiligung				Gesamt
		Vertraut auf Arzt	Information erwünscht, Arzt entscheidet	Information erwünscht, beide entscheiden	Information erwünscht, Patient entscheidet	
Versicherungsart						
Privat versichert	Anzahl	0	11	102	23	136
	% innerhalb von Versicherungsart	0,0%	8,1%	75,0%	16,9%	100,0%
	% der Gesamtzahl	0,0%	3,3%	30,4%	6,8%	40,5%
Gesetzlich versichert	Anzahl	5	22	154	19	200
	% innerhalb von Versicherungsart	2,5%	11,0%	77,0%	9,5%	100,0%
	% der Gesamtzahl	1,5%	6,5%	45,8%	5,7%	59,5%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>256</b>	<b>42</b>	<b>336</b>
	% innerhalb von Versicherungsart	1,5%	9,8%	76,2%	12,5%	100,0%
	% der Gesamtzahl	1,5%	9,8%	76,2%	12,5%	100,0%

Abbildung 46: Einfluss der Versicherungsart auf den Informationsstand der Teilnehmer

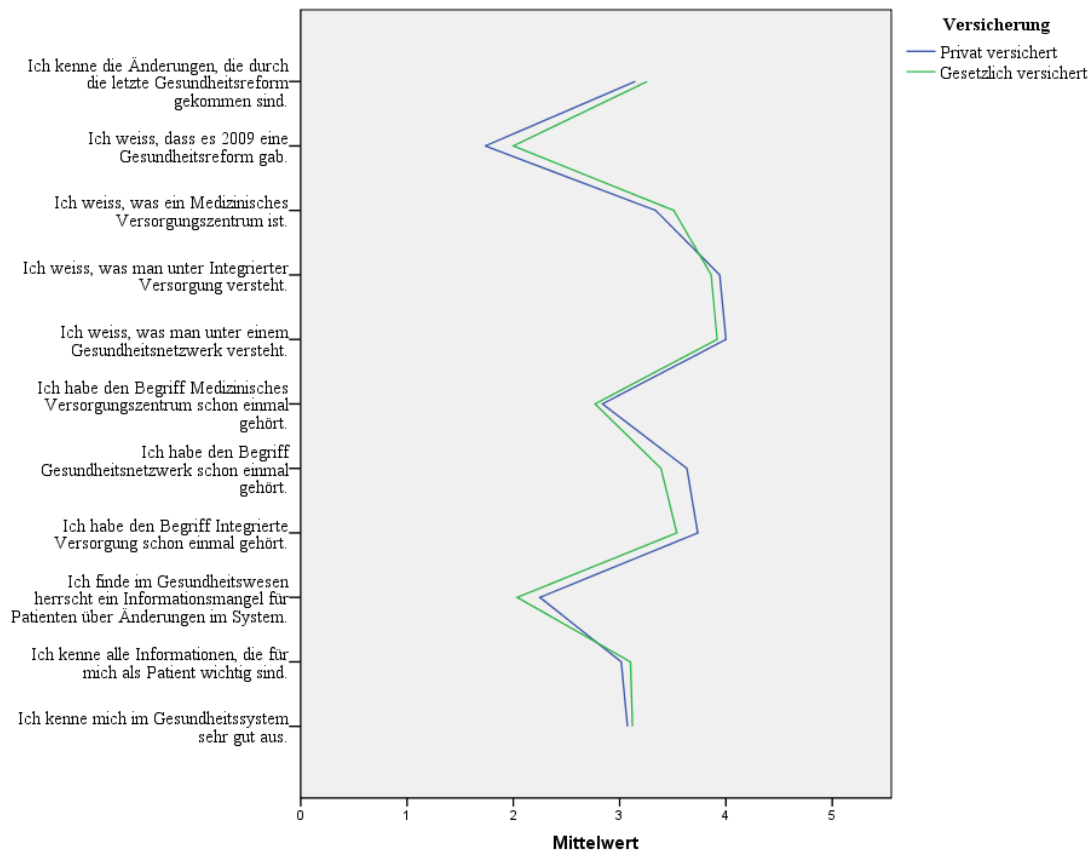


Abbildung 47: Einfluss der Versicherungsart auf die Beurteilung der Informationsmöglichkeiten

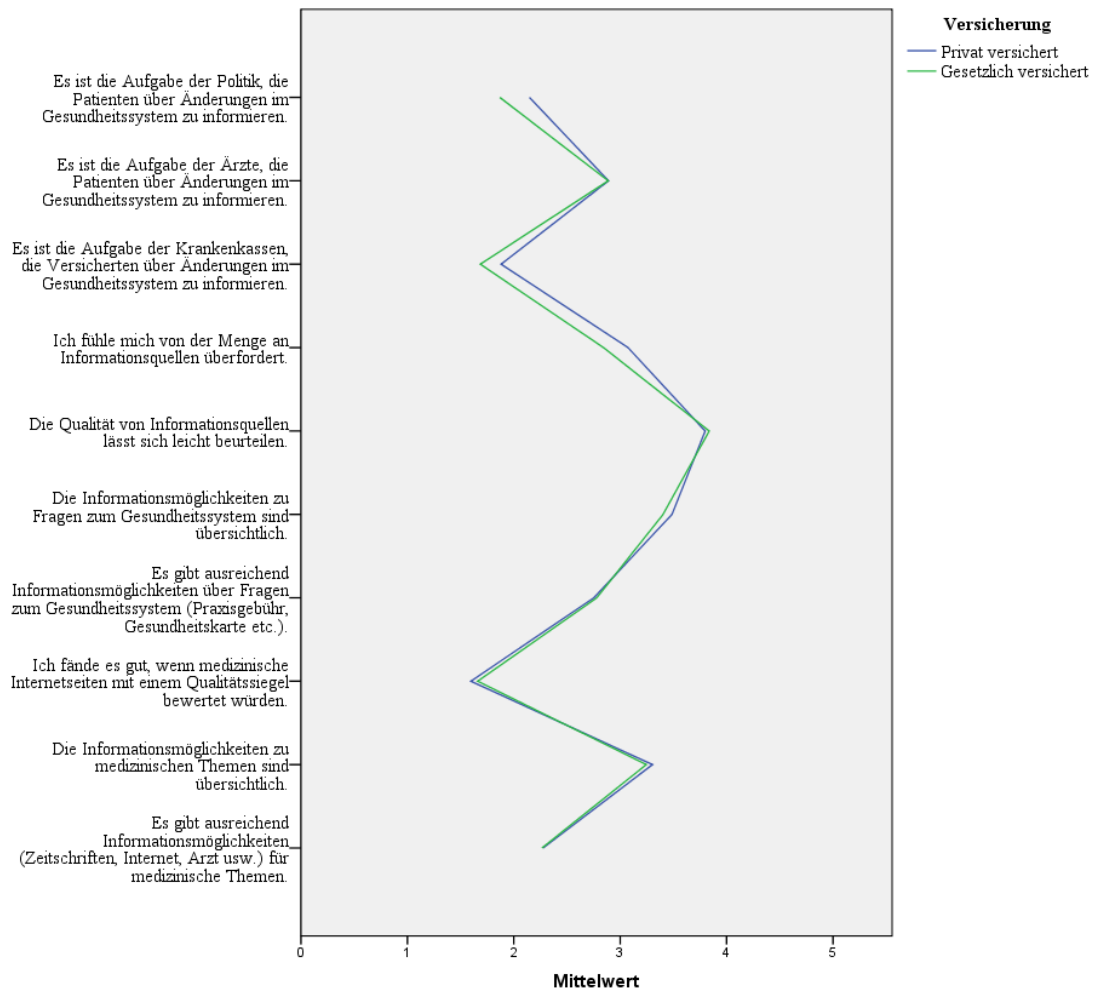


Abbildung 48: Einfluss der Versicherungsart auf die Einstellung der Teilnehmer zu MVZ

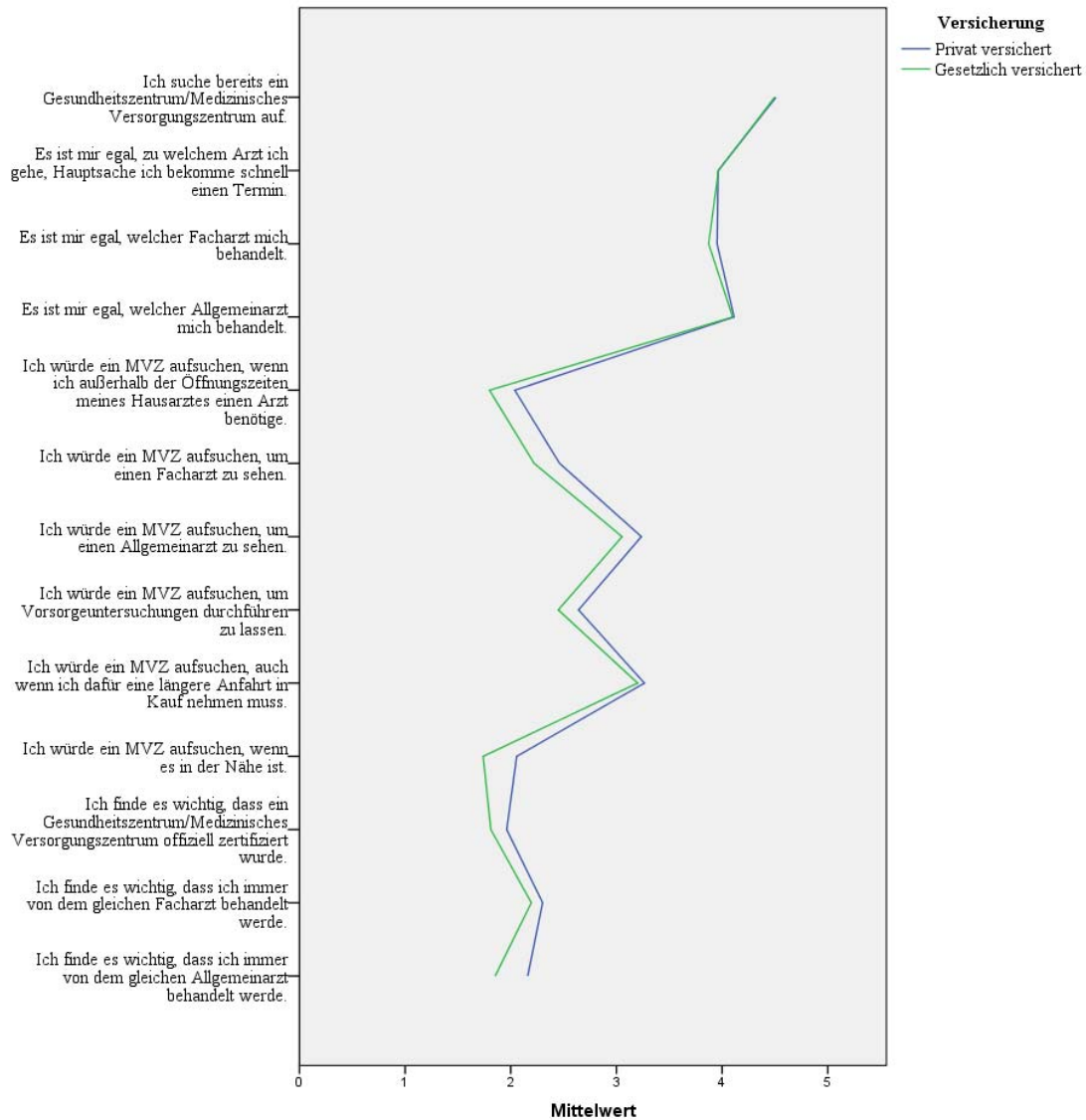
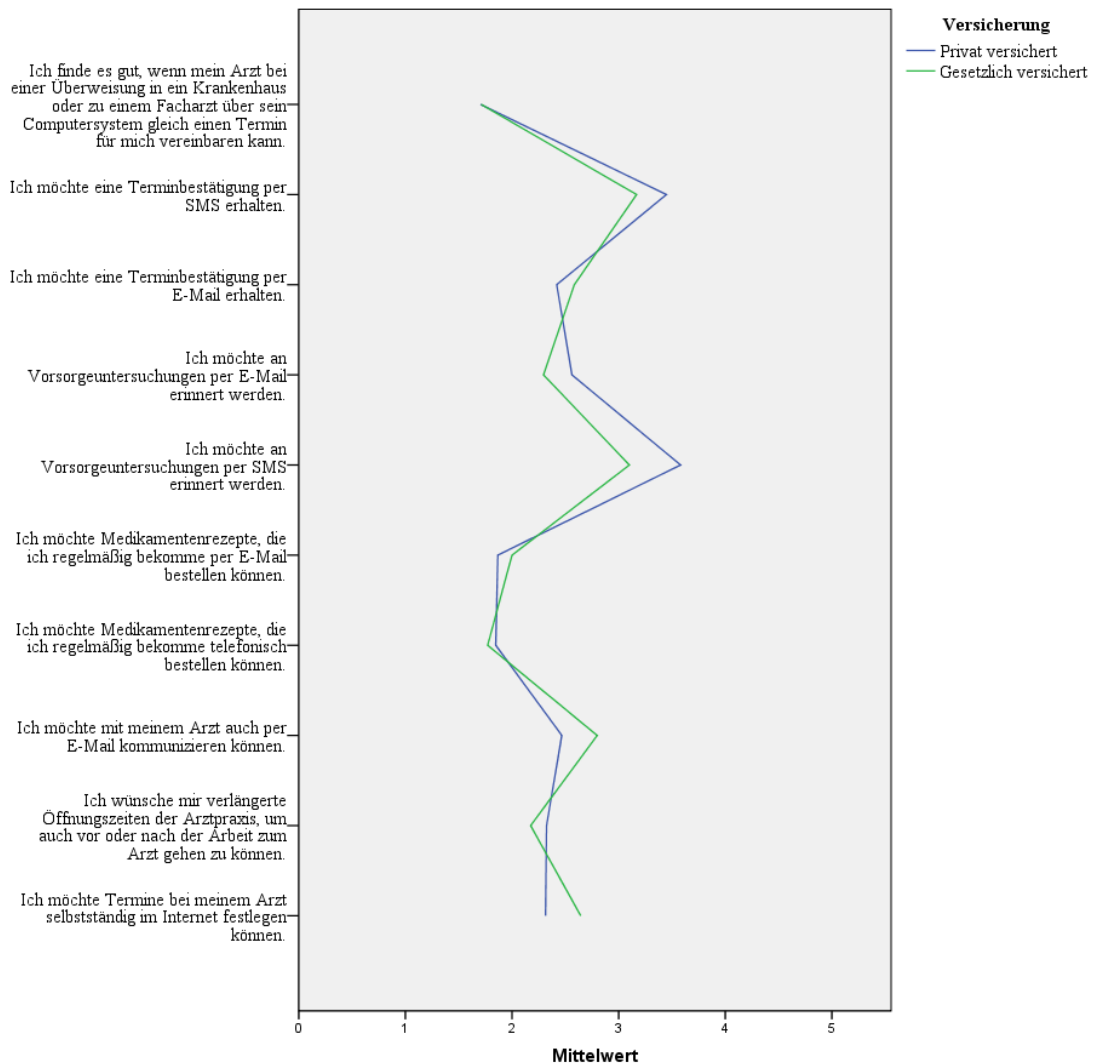


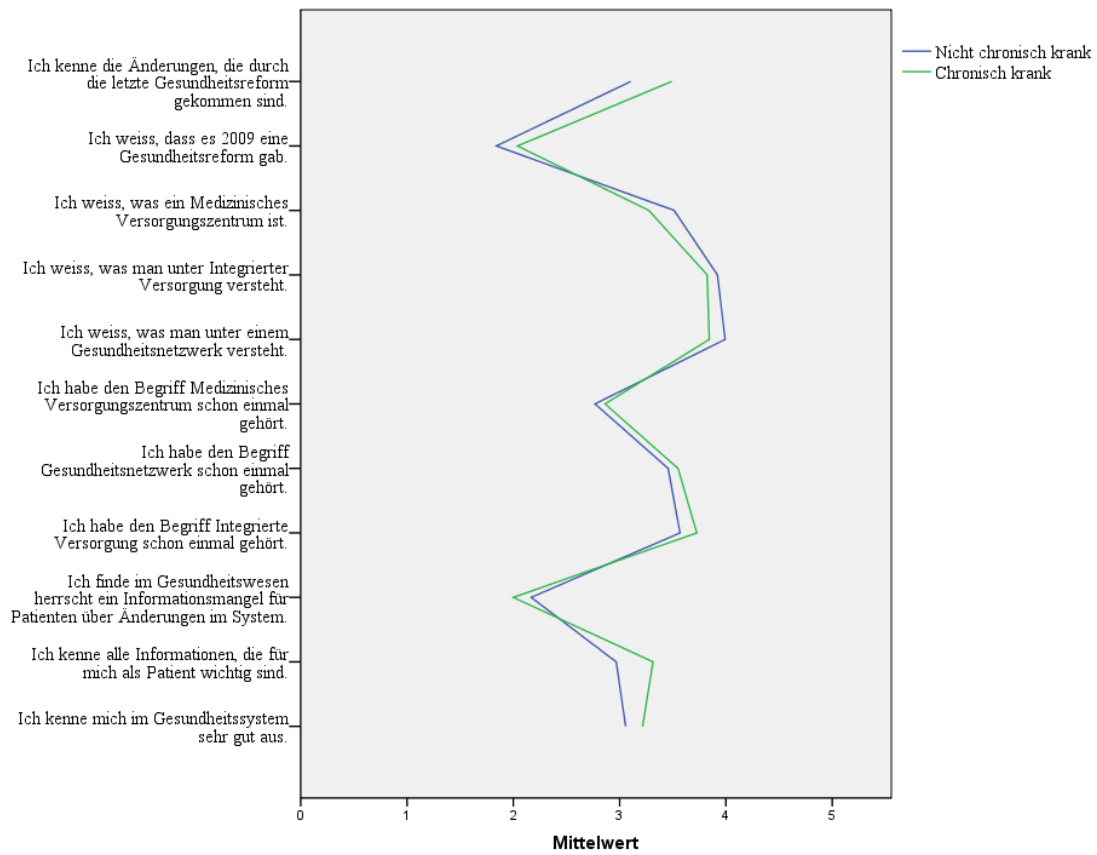
Abbildung 49: Einfluss der Versicherungsart auf den Wunsch nach Serviceangeboten



### ***Einfluss des Vorliegens einer chronischen Erkrankung auf die Befragungsergebnisse***

Die nachfolgenden Abbildungen 50 bis 52 zeigen, dass das Vorliegen einer chronischen Erkrankung kaum Einfluss auf die Bewertung der Informationsmöglichkeiten und des eigenen Informationsstandes haben. Chroniker schätzen ihren Informationsstand bezogen auf die Informationen, die für sie wichtig sind, jedoch leicht geringer ein (vgl. Abbildung 50). Zudem legen sie größeren Wert auf die Auswahl des Arztes, der sie behandelt sowie auf vorliegende Zertifizierungen von Gesundheitszentren bzw. MVZ (vgl. Abbildung 52).

Abbildung 50: Einfluss einer chronischen Erkrankung auf den Informationsstand



**Abbildung 51: Einfluss einer chronischen Erkrankung auf die Bewertung der Informationsmöglichkeiten**

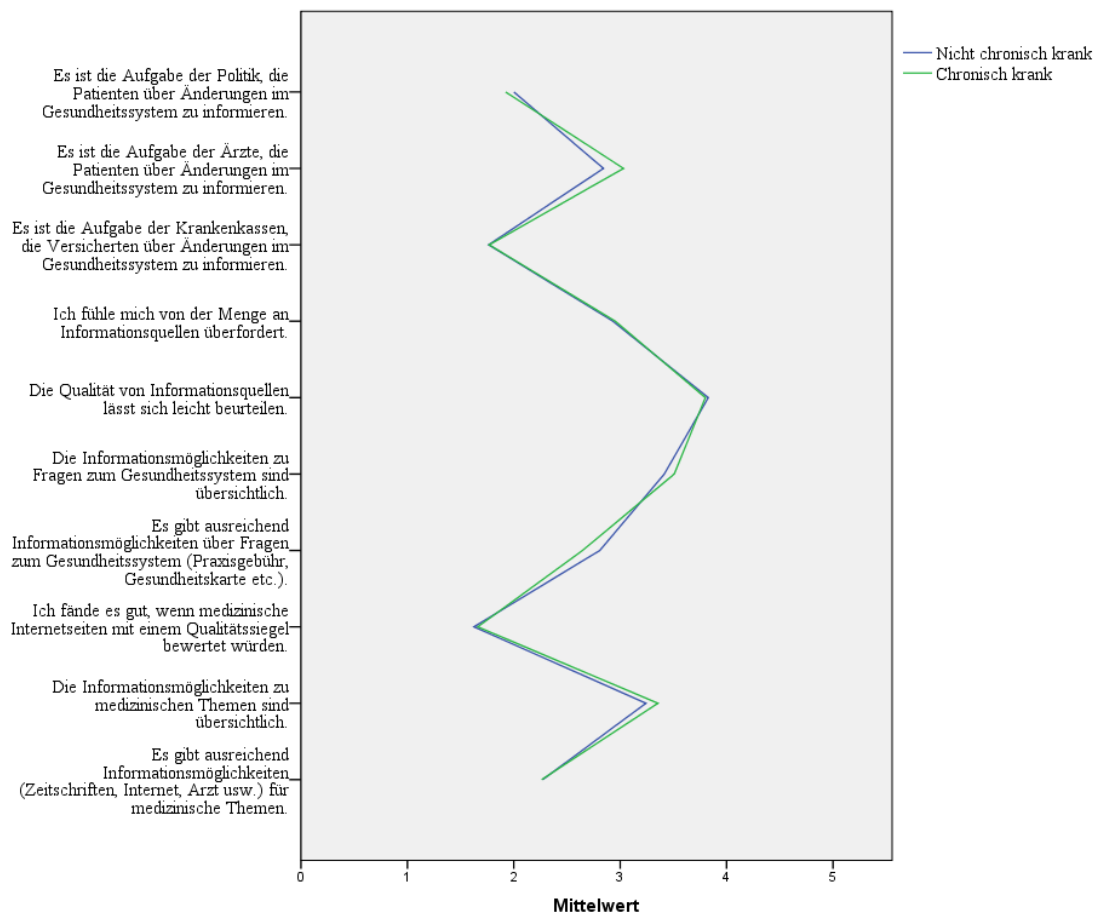
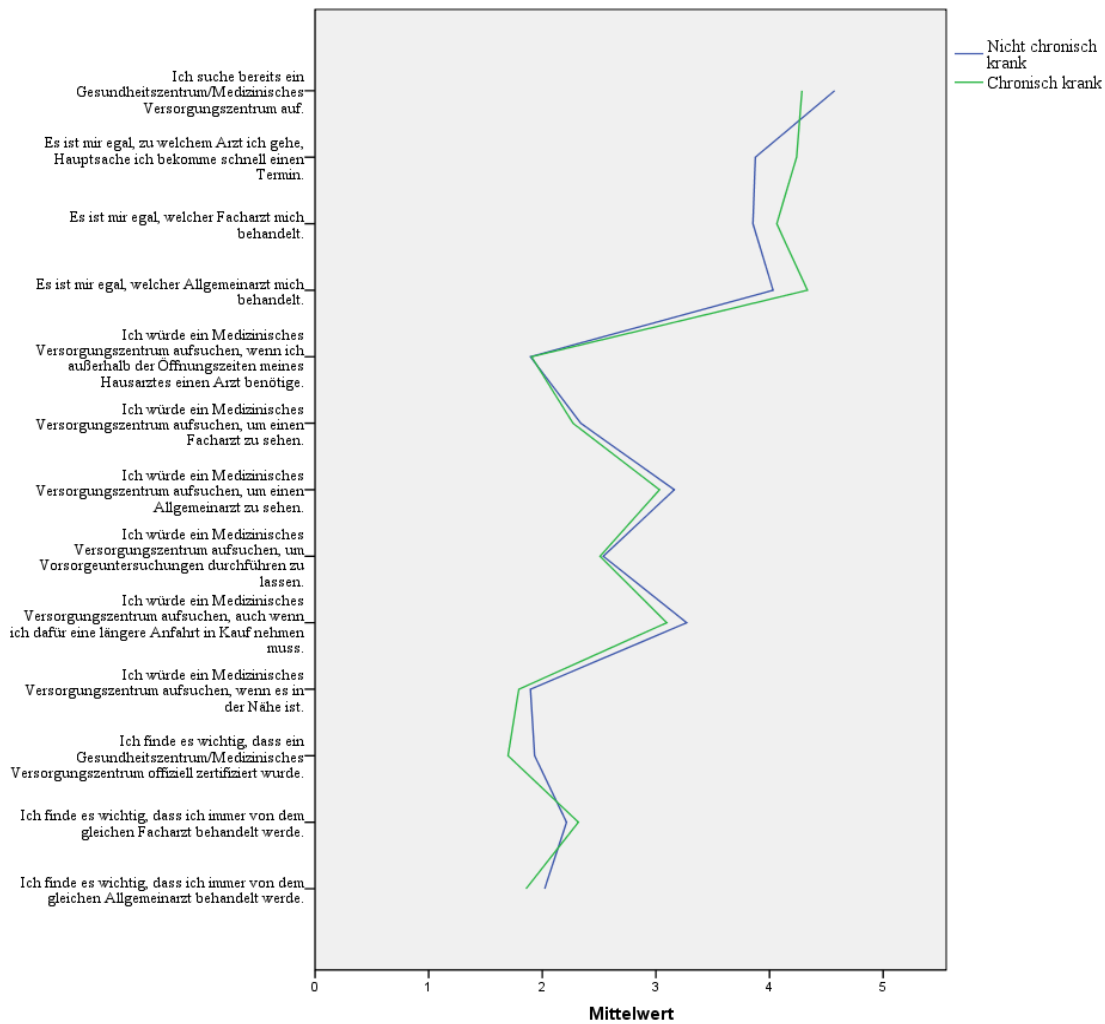


Abbildung 52: Einfluss einer chronischen Erkrankung auf die Einstellung zu MVZ



## 7.2 Ergebnisse der schriftlichen Befragung

### 7.2.1 Soziodemografische Daten der Teilnehmer und Qualität der Ergebnisse

Da es sich in der schriftlichen Befragung um eine kleine Grundgesamtheit von Patienten handelt (insgesamt 167 Teilnehmer), wurde aus Gründen des Datenschutzes auf die Abfrage demografischer Information verzichtet. Es wäre auf Basis dieser Daten nicht auszuschließen gewesen, dass eine Zuordnung der Antworten zu den einzelnen Patienten möglich ist.



Da es sich bei der betreffenden Behandlung um eine urologische Untersuchung handelt, sind alle Teilnehmer männlich. Die Altersspanne reicht von 50 bis 75 Jahren. Da es lediglich Ziel der Untersuchung war, die Reaktion von Patienten auf einen Service zu evaluieren, wenn diese die besondere Dienstleistung weder erwarten noch als selbstverständlich ansehen, kommt es nicht auf die Repräsentativität der Stichprobe an. Während der Ablauf der Behandlung und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Urologen und Klinikum klar dem Gedanken eines Netzwerkes folgen, war dies den Patienten weder unmittelbar einsichtig noch wurde es ihnen kommuniziert. Als Resultat ergab sich eine unvoreingenommene Beurteilung einer Netzwerkleistung. Anhand der Reaktionen der Patienten auf den erlebten Service können Rückschlüsse gezogen werden, inwiefern es sinnvoll ist, solche Leistungen im Rahmen eines Gesundheitsnetzwerkes explizit zu kommunizieren.

Da im Rahmen des Fragebogens weder demografische Daten noch Fragen zur Feststellung der Identität der Patienten abgefragt wurden, konnten die Teilnehmer von der absoluten Anonymität der Befragung ausgehen. Es kann folglich die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Beantwortung ehrlich erfolgt ist (Validität ist gegeben).

Im Rahmen der Studie wurden alle Patienten befragt, welche die entsprechenden Leistungen erhalten haben. Der Fragebogen wurde von allen Patienten ausgefüllt. Anschließend wurden die Daten in SPSS erfasst und statistisch ausgewertet.

### **7.2.2 Erste Ergebnisse der schriftlichen Befragung**

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Antworten auf die Frage, ob die Patienten es für gut befinden, dass ihr Urologe den **Termin zur Spezialuntersuchung** für sie vereinbart. Zugleich wurden die Teilnehmer gebeten, die Wichtigkeit dieses Services zu bewerten (Tabelle 59). Des Weiteren wurde gefragt, ob sie den Eindruck haben, aufgrund der Organisation des Termins durch den Arzt schneller einen Termin bekommen zu haben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 60 dargestellt. Die Patienten, welche diese Frage nicht beantwortet haben vermerkten am Rand des Fragebogens, dass sie dies nicht einschätzen können.

**Tabelle 58: Bewertung Terminvereinbarung für den Patienten durch den Arzt**

<b>Ich finde es gut, dass mein Urologe für mich den Termin zur Spezialuntersuchung HistoScanning vereinbart.</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Stimme sehr zu	136	81,4	83,4
Stimme etwas zu	24	14,4	14,7
Stimme eher nicht zu	1	0,6	0,6
Stimme gar nicht zu	2	1,2	1,2
<b>Gesamt</b>	<b>163</b>	<b>97,6</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	4	2,4	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 59: Wichtigkeit der Terminvereinbarung für den Patienten durch den Arzt**

<b>Es ist mir wichtig, dass mein Arzt Termine in Kliniken oder für Spezialuntersuchungen für mich vereinbart.</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Stimme sehr zu	111	66,5	67,7
Stimme etwas zu	43	25,7	26,2
Stimme eher nicht zu	5	3,0	3,0
Stimme gar nicht zu	5	3,0	3,0
<b>Gesamt</b>	<b>164</b>	<b>98,2</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	3	1,8	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 60: Bewertung der Beschleunigung der Terminvergabe durch den Arzt**

<b>Ich habe das Gefühl, dass ich schneller einen Termin zu dieser Spezialuntersuchung bekommen habe, da mein Urologe diesen Termin für mich vereinbart hat.</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Stimme sehr zu	93	55,7	60,8
Stimme etwas zu	43	25,7	28,1
Stimme eher nicht zu	10	6,0	6,5
Stimme gar nicht zu	7	4,2	4,6
<b>Gesamt</b>	<b>153</b>	<b>91,6</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	14	8,4	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

Als weiteren Service erhielten die Patienten ein **Informationsschreiben**, welches sowohl die Anfahrt als auch eine Beschreibung des Untersuchungsablaufs enthielt. Sie wurden gebeten, dieses nach Verständlichkeit und Wichtigkeit zu bewerten. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 61 und Tabelle 62. Zudem wurde gefragt, ob die Teilnehmer den Erhalt des **Schreibens an die Krankenkasse** zur Kostenübernahme begrüßen und sie das Gefühl haben, dass ihnen dadurch Arbeit erspart wird (Tabelle 63 und Tabelle 64).

**Tabelle 61: Verständlichkeit des Informationsschreibens**

<b>Das Anschreiben mit Wegbeschreibung und der Beschreibung des Untersuchungsverlaufs, das ich bei der Terminvereinbarung bekommen habe, ist verständlich.</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Stimme sehr zu	127	76,0	80,4
Stimme etwas zu	23	13,8	14,6
Stimme eher nicht zu	6	3,6	3,8
Stimme gar nicht zu	2	1,2	1,3
<b>Gesamt</b>	<b>158</b>	<b>94,6</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	8	4,8	
Schreiben nicht erhalten	1	0,6	
Gesamt fehlend	9	5,4	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 62: Wichtigkeit des Informationsschreibens**

Das Anschreiben mit Wegbeschreibung und der Beschreibung des Untersuchungsverlaufs, das ich bei der Terminvereinbarung bekommen habe, ist für mich wichtig.	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Stimme sehr zu	122	73,1	75,8
Stimme etwas zu	32	19,2	19,9
Stimme eher nicht zu	4	2,4	2,5
Stimme gar nicht zu	3	1,8	1,9
<b>Gesamt</b>	<b>161</b>	<b>96,4</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	5	3,0	
Schreiben nicht erhalten	1	0,6	
Gesamt fehlend	6	3,6	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 63: Bewertung des Antrags zur Kostenübernahme**

Ich finde es gut, dass ich nach der Behandlung die vorbereitete Kostenübernahme für die Krankenversicherung gleich mitbekomme.	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Stimme sehr zu	109	65,3	73,2
Stimme etwas zu	34	20,4	22,8
Stimme eher nicht zu	2	1,2	1,3
Stimme gar nicht zu	3	1,8	2,0
Es ist mir egal	1	0,6	0,7
<b>Gesamt</b>	<b>149</b>	<b>89,2</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	18	10,8	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 64: Arbeitersparnis durch den Antrag zur Kostenübernahme**

Es erspart mir Arbeit, dass ich nach der Behandlung die vorbereitete Kostenübernahme für die Krankenversicherung gleich mitbekomme.	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Stimme sehr zu	95	56,9	64,6
Stimme etwas zu	42	25,1	28,6
Stimme eher nicht zu	7	4,2	4,8
Stimme gar nicht zu	3	1,8	2,0
<b>Gesamt</b>	<b>147</b>	<b>88,0</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	20	12,0	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

Schließlich wurden die Patienten gebeten die **Datenweitergabe durch den Arzt** zu bewerten und anzugeben, wie wichtig ihnen diese Übermittlung ist (Tabelle 65 und Tabelle 66). Vorteil dieses Vorgehens ist, dass sich der untersuchende Arzt in der Klinik bereits ein Bild von dem Patienten machen kann und dieser seine Beschwerden nicht erneut schildern muss. Zuletzt wurde gefragt, inwieweit eine **intensivere Zusammenarbeit**

beit zwischen dem betreuenden Arzt und Kliniken bzw. Spezialambulanzen auch in anderen Fällen erwünscht wäre (Tabelle 67).

**Tabelle 65: Bewertung der Datenübermittlung**

<b>Ich finde es gut, dass der Arzt in der HistoScanning-Ambulanz meine Daten bereits von meinem Urologen bekommen hat, wenn ich zur Untersuchung komme.</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Stimme sehr zu	134	80,2	87,6
Stimme etwas zu	17	10,2	11,1
Stimme eher nicht zu	1	0,6	0,7
Stimme gar nicht zu	1	0,6	0,7
<b>Gesamt</b>	<b>153</b>	<b>91,6</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	11	6,6	
Daten waren noch nicht übermittelt	3	1,8	
Gesamt fehlend	14	8,4	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 66: Wichtigkeit der Datenübermittlung**

<b>Es ist mir wichtig, dass der Arzt in der HistoScanning-Ambulanz meine Daten bereits kennt, wenn ich zur Untersuchung komme.</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Stimme sehr zu	143	85,6	88,8
Stimme etwas zu	16	9,6	9,9
Stimme eher nicht zu	1	0,6	0,6
Stimme gar nicht zu	1	0,6	0,6
<b>Gesamt</b>	<b>161</b>	<b>96,4</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	6	3,6	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 67: Wunsch nach Zusammenarbeit zwischen Arzt und Klinik**

<b>Ich wünsche mir, dass mein Arzt auch für andere Untersuchungen eng mit Spezialambulanzen oder einer Klinik zusammenarbeitet.</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Stimme sehr zu	132	79,0	81,0
Stimme etwas zu	29	17,4	17,8
Stimme eher nicht zu	2	1,2	1,2
Stimme gar nicht zu	0	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>163</b>	<b>97,6</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	4	2,4	
<b>Gesamt</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>	

Die vorangehende Darstellung der Häufigkeitsverteilungen zeigt eine überaus positive Resonanz auf die angebotenen Serviceleistungen. Es ist jedoch wieder darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Teilnehmern nur um die spezielle Gruppe männlicher Patienten mittleren bis gehobenen Alters handelt. Dennoch ist es von Interesse, die Ergebnisse

genauer zu betrachten. Nachfolgend wird daher der Zusammenhang zwischen einer positiven Bewertung und der Wichtigkeit eines Services untersucht. Tabelle 68 zeigt, dass es den Patienten, welche die Terminvereinbarung durch ihren Urologen gut fanden, in der Regel auch wichtig ist, dass ihr Arzt die Terminvereinbarung für Operationen oder Spezialuntersuchungen übernimmt.

**Tabelle 68: Kreuztabelle Befürwortung und Wichtigkeit der Terminvereinbarung durch den Arzt**

Es ist mir wichtig, dass mein Arzt Termine in Kliniken oder für Spezialuntersuchungen für mich vereinbart. Ich finde es gut, dass mein Urologe für mich den Termin zur Spezialuntersuchung HistoScanning vereinbart.		Stimme sehr zu	Stimme etwas zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Gesamt
Stimme sehr zu	Anzahl	103	26	3	2	134
	% aller Teilnehmer	64,0%	16,1%	1,9%	1,2%	83,2%
Stimme etwas zu	Anzahl	6	15	1	2	24
	% aller Teilnehmer	3,7%	9,3%	0,6%	1,2%	14,9%
Stimme eher nicht zu	Anzahl	0	1	0	0	1
	% aller Teilnehmer	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,6%
Stimme gar nicht zu	Anzahl	0	1	0	1	2
	% aller Teilnehmer	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%	1,2%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>109</b>	<b>43</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>161</b>
	<b>% aller Teilnehmer</b>	<b>67,7%</b>	<b>26,7%</b>	<b>2,5%</b>	<b>3,1%</b>	<b>100,0%</b>

Es zeigt sich in den Ergebnissen der Tabelle 69, dass es den Teilnehmern, welche die Datenübermittlung gut fanden, zum Großteil auch wichtig war, dass der Urologe dies getan hat.

**Tabelle 69: Kreuztabelle Befürwortung und Wichtigkeit der Datenübermittlung**

Es ist mir wichtig, dass der Arzt in der Histo- Scanning-Ambulanz meine Daten bereits kennt, wenn ich zur Untersuchung komme.  Ich finde es gut, dass der Arzt in der HistoScanning-Ambulanz meine Daten bereits von meinem Urologen bekommen hat, wenn ich zur Untersuchung komme.		Stimme sehr zu	Stimme etwas zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Gesamt
		Stimme sehr zu	Anzahl	132	2	0
	% aller Teilnehmer	84,6%	1,3%	0,0%	0,0%	85,9%
Stimme etwas zu	Anzahl	5	11	1	0	17
	% aller Teilnehmer	3,2%	7,1%	0,6%	0,0%	10,9%
Stimme eher nicht zu	Anzahl	0	1	0	0	1
	% aller Teilnehmer	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,6%
Stimme gar nicht zu	Anzahl	0	0	0	1	1
	% aller Teilnehmer	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%
Daten waren noch nicht über- mittelt	Anzahl	3	0	0	0	3
	% aller Teilnehmer	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>140</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>156</b>
	<b>% aller Teilnehmer</b>	<b>89,7%</b>	<b>9,0%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,6%</b>	<b>100,0%</b>

### 7.3 Prüfung der Hypothesen

Ausgehend von den zuvor dargestellten Ergebnissen können nun die **Hypothesen** geprüft werden. Um zu untersuchen, ob die Hypothese H1 für die Teilnehmer der Befragung abgelehnt werden muss, oder ob eine Tendenz des Kundenverhaltens bei Patienten vermutet werden kann, muss zunächst festgelegt werden, anhand welcher Variablen dies geschehen kann. Dies ist Inhalt des folgenden Kapitels.

#### 7.3.1 Variablendefinition als Grundlage der Hypothesenprüfung

In Kapitel 2.4.3.1 wurde dargelegt, wann ein Patient im Rahmen dieser Arbeit als Kunde betrachtet wird. Im Rahmen der empirischen Untersuchung wurden folglich 2 Variablen berechnet, die die Eigenschaft des Patienten entsprechend den Ausführungen in Kapitel 2.4.3.1 charakterisieren – Patientenmündigkeit und Zahlungsbereitschaft.

##### 7.3.1.1 „Patientenmündigkeit“ als Variable zur Charakterisierung des Patienten als Kunden

Zur Berechnung der Variable „Patientenmündigkeit“ wurden 12 Fragen einbezogen (vgl. Tabelle 71, S. 277), hiervon sieben mit Bezug zur medizinischen Behandlung und

fünf bezogen auf Service bzw. Prozessabläufe. Um aus den relevanten Fragen eine Variable ableiten zu können, welche die entsprechende Eigenschaft eines Patienten ausdrückt, wurden den Antwortmöglichkeiten innerhalb jeder Frage Punktwerte zugeordnet. Die ersten beiden Fragen galten der Selbsteinschätzung der Patienten, mit der in Tabelle 70 zugeordneten Punktwertvergabe. Bei den übrigen Fragen handelt es sich um Skalenfragen, welche mit einer 5er Likert-Skala beantwortet wurden. Den Antwortmöglichkeiten wurden jeweils die folgenden Punktwerte zugeordnet: „Stimme voll zu“ = 100; „Stimme eher zu“ = 75; „Teils, teils“ = 50; „Stimme eher nicht zu“ = 25; „Stimme überhaupt nicht zu“ = 0.

**Tabelle 70: Punktwertzuordnung zur Selbsteinschätzung**

Frage bzw. Aussage	Punkt- wert
<b>Stellen Sie sich vor, Sie besuchen einen Arzt. Wie würden Sie sich selbst bezeichnen?</b>	
Ich sehe mich als Patient, der keinen Einfluss darauf hat wie der Arzt entscheidet.	0
Ich sehe mich als Patient, der ein wenig Einfluss auf die Dienstleistung des Arztes hat.	50
Ich sehe mich als Patient, der die Handlung/Entscheidungen des Arztes wesentlich beeinflussen kann.	100
<b>Welche Art der Zusammenarbeit erwarten Sie von Ihrem Arzt?</b>	
Ich vertraue darauf, dass mein Arzt alle Entscheidungen in meinem Sinne trifft.	0
Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden, überlasse die Auswahl aber meinem Arzt.	25
Unterschiedlich. Es kommt auf den speziellen Fall an.	50
Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden und mit ihm gemeinsam die Auswahl treffen.	75
Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden und entscheide selbst (außer im Notfall), was gemacht wird.	100

Die Fragen wurden anschließend entsprechend der Stärke ihrer Aussage gewichtet (vgl. Tabelle 71). Der Selbsteinschätzung der Patienten wurde das stärkste Gewicht zugeordnet, da die Einflussnahme auf den Arzt und die erwartete Zusammenarbeit die in den Kapiteln 2.5 und 2.4.3 dargestellte neue Rollendefinition charakterisieren. Die nächsthöhere Gewichtung wird den Aussagen zur Kritik an der medizinischen Leistungserstellung zugeteilt. Auf niedrigster Ebene werden der Aspekt des Arztwechsels als sehr extreme Reaktionshandlung sowie das Verhalten bei Unzufriedenheit mit Prozessabläufen angesetzt.



Tabelle 71: Gewichtung der Fragen zum Anspruchsverhalten

Frage	Gewichtung
Stellen Sie sich vor, Sie besuchen einen Arzt. Wie würden Sie sich selbst bezeichnen?	20
Welche Art der Zusammenarbeit erwarten Sie von Ihrem Arzt?	20
Wenn ich mir mehr Informationen zur Krankheit/Therapie wünsche, sage ich dies meinem Arzt.	7,5
Wenn ich der Meinung bin, dass der Arzt mich nicht gründlich genug untersucht, sage ich es ihm.	7,5
Wenn ich mit einer Entscheidung meines Arztes nicht zufrieden bin, sage ich es ihm direkt.	7,5
Wenn ich mit einer Entscheidung meines Arztes nicht zufrieden bin, hole ich mir eine zweite Meinung.	7,5
Wenn ich mit einer Entscheidung meines Arztes nicht zufrieden bin, suche ich mir sofort einen neuen Arzt.	5
Ich würde mich bei organisatorischen Fragen an einen neutralen Ansprechpartner wenden.	5
Ich würde mich bei medizinischen Fragen an einen neutralen Ansprechpartner wenden.	5
Wenn ich auf einen Termin zu lange warten muss, spreche ich die Arzthelferin darauf an, dass ich nicht zufrieden bin.	5
Wenn ich im Wartezimmer zu lange warten muss, spreche ich die Arzthelferin darauf an.	5
Wenn ich im Wartezimmer zu lange warten muss, spreche ich den Arzt darauf an.	5

Im Anschluss an die Gewichtung der Fragen wurde die Variable „Patientenmündigkeit“ anhand der folgenden Formel berechnet:

$$PM_i = (\sum_{n=1}^{12} ((PW_{ni}) * (G_n))) / 100$$

- PM: Patientenmündigkeit
- PW: Punktwert
- G: Gewichtung

mit  $i=1, \dots$ , Anzahl der Teilnehmer

Der Punktwert jeder Frage wird mit der entsprechenden Gewichtung multipliziert. Anschließend werden die Produkte summiert und durch 100 geteilt. Als Ergebnis erhält man für jeden Teilnehmer einen Wert zwischen 0 und 100. Je höher der Wert, desto

größer ist die Patientenmündigkeit des Probanden. Die Ergebnisse dieser Berechnung werden anschließend nach den klassischen mathematischen Regeln auf ganze Zahlen gerundet und zu Gruppen in 5er Schritten zusammen geschlossen.

### **7.3.1.2 „Zahlungsbereitschaft“ als Variable zur Charakterisierung des Patienten als Kunden**

Im Rahmen der Befragung wurden 7 Fragen gestellt, welche der Messung der **Zahlungsbereitschaft** dienen (vgl. Tabelle 72). Diese betreffen sowohl den Bereich medizinischer als auch Service-orientierter Leistungen. Die Fragen entsprechen der zuvor dargestellten 5er Likert-Skala mit identischer Einteilung der Punkte. Aus diesen wurde eine Variable berechnet, die Aufschluss über die Zahlungsbereitschaft der Teilnehmer geben soll (analog des Vorgehens zur Messung der Patientenmündigkeit). Die Gewichtung der einzelnen Fragen ist in Tabelle 72 abgebildet. Bezogen auf medizinische Leistungen bekommt die Zustimmung bereits eine Selbstzahlung durchgeführt zu haben das stärkste Gewicht. Der Bereitschaft, für eine Qualitätsverbesserung eine Zuzahlung zu leisten wird die zweithöchste Gewichtung zugeordnet, da diese Frage eine sehr starke Kundenperspektive zeigt. An dritter Stelle folgt die Bereitschaft einer Selbstzahlung medizinisch nicht zwingend notwendiger Behandlungen. Auf vierter und fünfter Ebene wird die Bereitschaft zur vollen bzw. teilweisen Eigenleistung für medizinisch notwendige Leistungen eingestuft. Da Kunden sehr hohe Ansprüche an Serviceleistungen haben, wurde den beiden Fragen zur Kostenübernahme in nicht medizinischen Bereichen eine ebenso hohe Aussagekraft zugesprochen wie der Bereitschaft, für medizinisch nicht zwingend notwendige Leistungen selbst zu zahlen.

Tabelle 72: Gewichtung der Fragen zur Zahlungsbereitschaft.

Frage	Gewichtung
Wenn eine Leistung medizinisch notwendig ist und meine Kasse diese nicht bezahlt, würde ich sie auch selbst bezahlen.	7
Wenn eine Leistung medizinisch notwendig ist, meine Kasse aber nicht bereit ist voll zu zahlen, würde ich einen Teilbetrag selbst zahlen.	3
Ich würde eine Zuzahlung leisten, wenn die Behandlung dadurch qualitativ besser wird.	20
Ich bin bereit, für Leistungen die medizinisch nicht zwingend notwendig sind selbst zu zahlen.	15
Ich habe schon einmal selbst dafür bezahlt, eine alternative Behandlung zu erhalten (z. B. Homöopathische Behandlung, zusätzlichen Untersuchungen)	25
Für die Beratung durch einen neutralen Ansprechpartner würde ich auch etwas bezahlen.	15
Ich wäre bereit, anfallende Kosten für Serviceleistungen die ich mir wünsche selbst zu tragen.	15

Die Berechnung der Ergebniswerte der Variable „Zahlungsbereitschaft“ entspricht der nachfolgenden Formel, analog zur Berechnung der Variable „Patientenmündigkeit“:

$$ZB_i = (\sum_{n=1}^7 ((PW_{ni}) * (G_n))) / 100$$

mit  $i=1, \dots$ , Anzahl der Teilnehmer

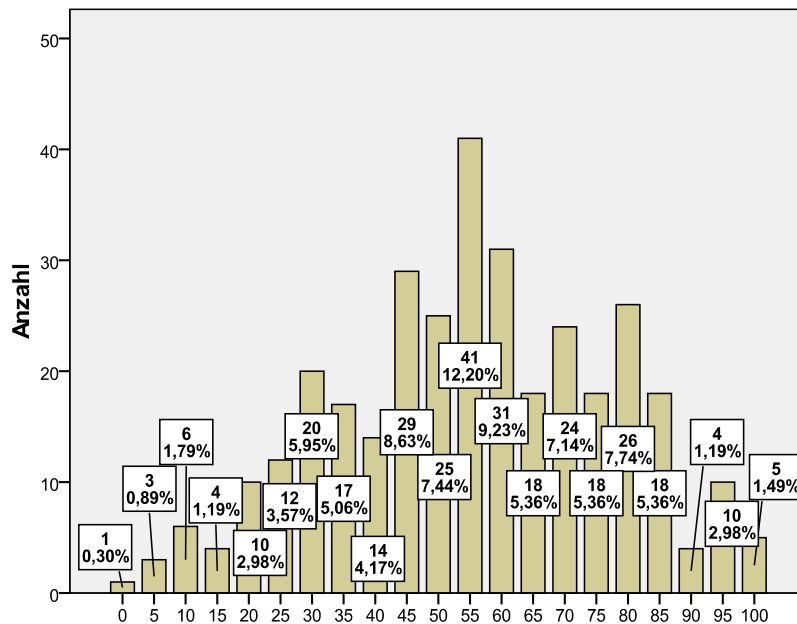
- ZB: Zahlungsbereitschaft
- PW: Punktwert
- G: Gewichtung

### 7.3.2 Prüfung der einzelnen Hypothesen

Zur Prüfung der Hypothese H1 gilt es zunächst, die Ergebnisse der beiden Variablen zu messen. Dies geschieht wieder unter Ausschluss der Ärzte, da diese unter Kollegen grundsätzlich ein anderes Verhalten zeigen als Patienten gegenüber Ärzten.

Bei der Auswertung der Variablen „Zahlungsbereitschaft“ ergibt sich die in Abbildung 53 dargestellte Verteilung.

Abbildung 53: Ausprägung der Zahlungsbereitschaft



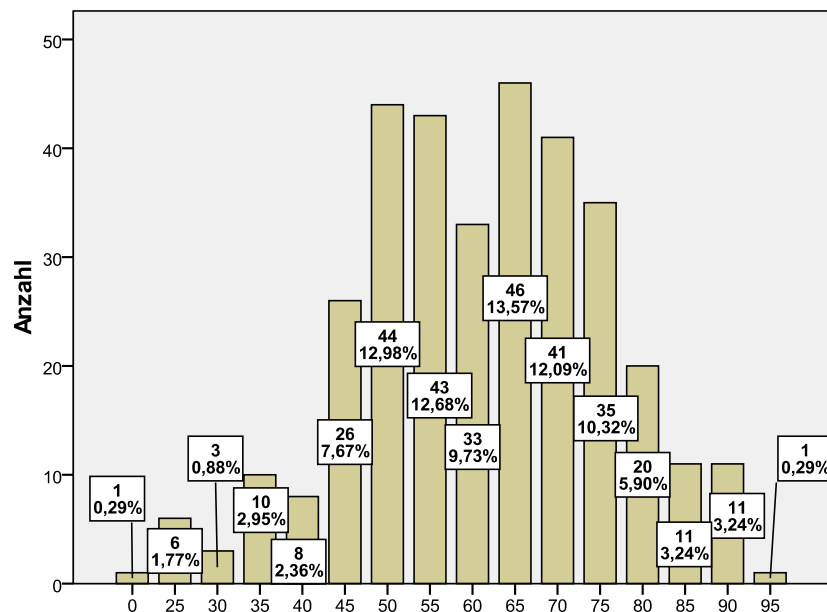
Die rechtsschiefe Lage der Kurve zeigt, dass unter den Teilnehmern durchaus eine **Tendenz zur Zahlungsbereitschaft** besteht. Die Spitzen der Verteilung liegen bei 30, 55 und 80. Für die weiteren Analysen unter Verwendung dieser Variablen ist jedoch, wie in Kapitel 7.1.2 bereits angesprochen, zu bedenken, dass der Anteil an Teilnehmern mit höherem Bildungsabschluss nicht der Bevölkerungsverteilung entspricht. Eine höhere Bildung kann durchaus Auswirkungen auf das Einkommen und folglich auch auf die Bereitschaft zur Selbstleistung haben.<sup>1030</sup>

Die Ergebnisse der Variablenberechnung werden wie folgt interpretiert. Patienten, welche einen Wert von über 75 Punkten erzielt haben, werden als bewusste Kunden angesehen. Sie haben realisiert, dass sie die Qualität und den Umfang der Behandlung durch Selbstzahlung von z. B. IGeL-Leistungen durchaus erhöhen können. Teilnehmer mit Werten zwischen 50 und 75 entwickeln eine Zahlungsbereitschaft, sind tendenziell jedoch noch etwas zurückhaltend. Im Bereich von 25 bis 50 Punkten werden Leistungen in Ausnahmen selbst bezahlt, wobei diese jedoch wohl überlegt getätigt werden. Patienten unterhalb der 25er Punktegrenze lehnen eine Eigenleistung in monetären Größen ab.

<sup>1030</sup> Vergleiche hierzu die weitere Untersuchung des Einflusses soziodemografischer Daten auf die Variablen Patientenmündigkeit und Zahlungsbereitschaft in Kapitel 7.4.

Abbildung 54 zeigt die Ergebnisse der Variablen „**Patientenmündigkeit**“ der Teilnehmer. Auch diese Verteilung zeigt eine Verlagerung nach rechts. Es zeigt sich ganz deutlich, dass die Mehrheit der Patienten sich selbst als mündig betrachtet und durchaus Ansprüche geltend macht.

**Abbildung 54: Ausprägung der Patientenmündigkeit**



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl bezogen auf die Zahlungsbereitschaft als auch im Bereich der Patientenmündigkeit eine deutliche **Tendenz zu kundenspezifischem Verhalten** zu erkennen ist. Die **Hypothese H1** „Patienten verhalten sich zunehmend wie Kunden“ darf folglich bezogen auf die Teilnehmer dieser empirischen Untersuchung nicht abgelehnt werden. Welchen Einfluss die Ausprägung des Kundenverhaltens auf andere Parameter hat, wird im nachfolgenden Kapitel untersucht.

**Hypothese H2** besagt, dass sich Patienten eine **aktive Beteiligung** am Prozess der Leistungserstellung wünschen. Diese Aussage betrifft einen Teilbereich der Patientenmündigkeit und wurde somit durch die vorangehende Analyse für die Stichprobe der empirischen Untersuchung mit bestätigt. Differenziert betrachtet wird der Wahrheitsgehalt für die Teilnehmer der Befragung zudem aus den in

dargestellten Ergebnissen nachgewiesen. Dort zeigt sich, dass 98,5% der Patienten über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden möchten. Immerhin

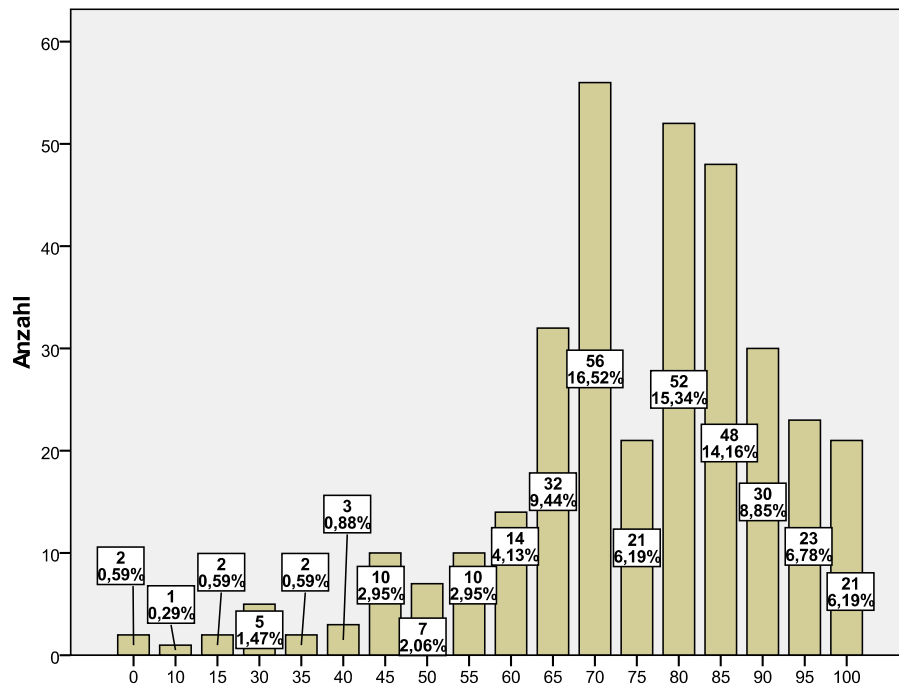
noch 88,7% möchten die Entscheidung über die durchgeführte Leistung zumindest mittreffen.

Zur Prüfung der **Hypothese H3** werden die in nachfolgender Abbildung 55 dargestellten Fragen analysiert. Die Punkteverteilung erfolgte analog der vorangehenden Vorgehensweise. Die Fragen wurden alle gleich gewichtet. Die in Abbildung 56 (S. 283) visualisierten Ergebnisse bestätigen den hohen Wunsch nach zusätzlichen **Serviceleistungen**. Die Hypothese H3, dass sich Patienten ergänzend zu einer qualitativ hochwertigen, individualisierten Behandlung umfangreiche Serviceleistungen wünschen, kann bezogen auf die Teilnehmer der Untersuchung folglich auch bestätigt werden.

**Abbildung 55: Fragen zur Feststellung des Bedarfs an Serviceleistungen**

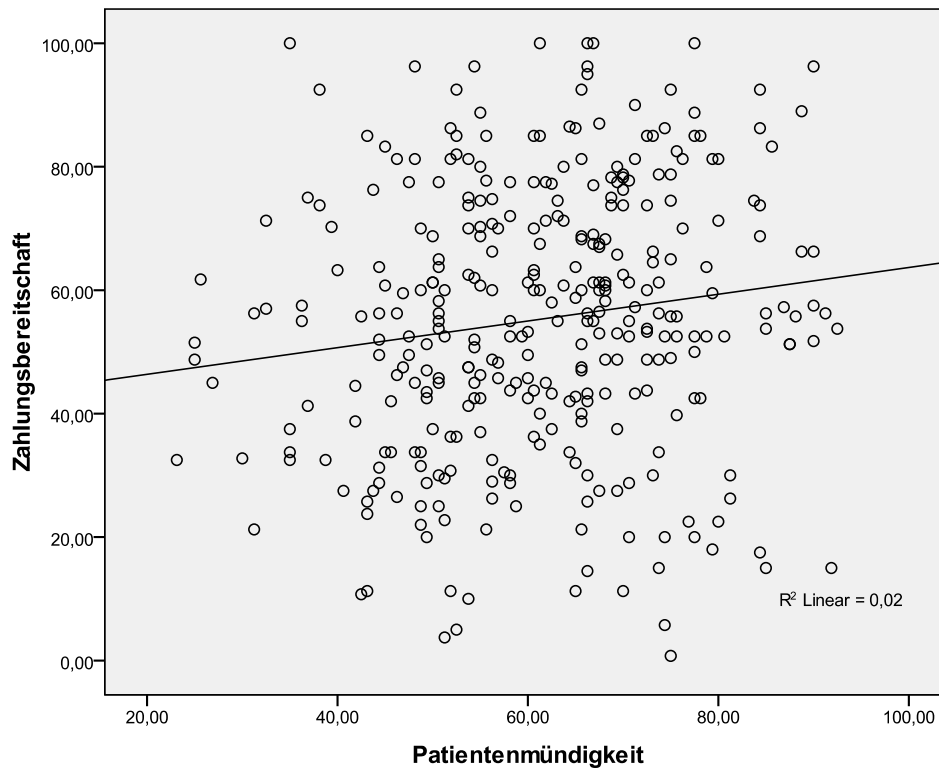
- Ein neutraler Ansprechpartner...
  - ⇒ ... ist für organisatorische Fragen wichtig.
  - ⇒ ... ist für medizinische Fragen wichtig.
- Ich würde mich bei organisatorischen Fragen an diesen neutralen Ansprechpartner wenden.
- Ich würde mich bei medizinischen Fragen an diesen neutralen Ansprechpartner wenden.
- Patienten-Beratungsstellen sind wichtig.
- Ich finde es gut, wenn...
  - ⇒ ... Ärzte zusammenarbeiten, um die Terminvergabe bei einer Überweisung zu beschleunigen.
  - ⇒ ... Ärzte meine Behandlungsdaten für den aktuellen Fall weiterleiten, damit der Arzt/die Klinik mich bereits kennt, wenn ich überwiesen werde.
- Ich wünsche mir verlängerte Öffnungszeiten der Arztpraxis, um auch vor oder nach der Arbeit zum Arzt gehen zu können.
- Ich finde es gut, wenn mein Arzt bei einer Überweisung in ein Krankenhaus oder zu einem Facharzt über sein Computersystem gleich einen Termin für mich vereinbaren kann.

Abbildung 56: Bedarf an Serviceleistungen



Aufbauend auf der Berechnung der beiden Variablen Zahlungsbereitschaft und Patientmündigkeit, welche den Kundencharakter subsumieren, wurde der **Zusammenhang** zwischen diesen beiden Variablen untersucht. Das Ergebnis zeigt Abbildung 57. **Hypothese H4** besagt, dass die Bereitschaft der Patienten für qualitativ hochwertige Leistungen selbst zu zahlen und sich aktiv an der Erhaltung ihrer Gesundheit zu beteiligen mit dem Selbstverständnis der Patienten als Kunden steigt. Der Trend, dass mit einem steigenden Selbstbewusstsein der Patienten auch die Zahlungsbereitschaft zunimmt, zeigt sich in der steigenden Anpassungslinie in der Grafik. Die Hypothese kann folglich für die Teilnehmer der Befragung nicht abgelehnt werden. Die Steigung der Anpassungslinie in Abbildung 57 ist jedoch nicht sehr ausgeprägt.

Abbildung 57: Zusammenhang zwischen Zahlungsbereitschaft und Patientenmündigkeit



Transparente Informationsflüsse und eine gute Qualität sind wichtige Entscheidungskriterien bei der Wahl eines Leistungserbringers. **Hypothese H5** besagt, dass Patienten das intransparente und qualitativ nicht gesicherte Informationsangebot im Gesundheitswesen als Mangel erkennen und vermehrt **Qualitätsnachweise für Informationen** fordern.

Zur Feststellung des Status quo der Informationsangebote werden die in Tabelle 73 aufgezählten Aussagen mit entsprechend angegebener Gewichtung evaluiert. Fragen zu medizinischen Themen und der allgemeinen Beurteilung von Qualität werden entsprechend der Relevanz für die Entscheidungsfindung stärker gewichtet als Fragen zum Gesundheitssystem. Die Punktwertzuordnung erfolgt anhand der zuvor verwendeten Zuordnung zur 5er Likert-Skala. Für Aussagen, welche in Bezug zur Hypothese negativ formuliert sind, wird die Verteilung entsprechend umgekehrt.

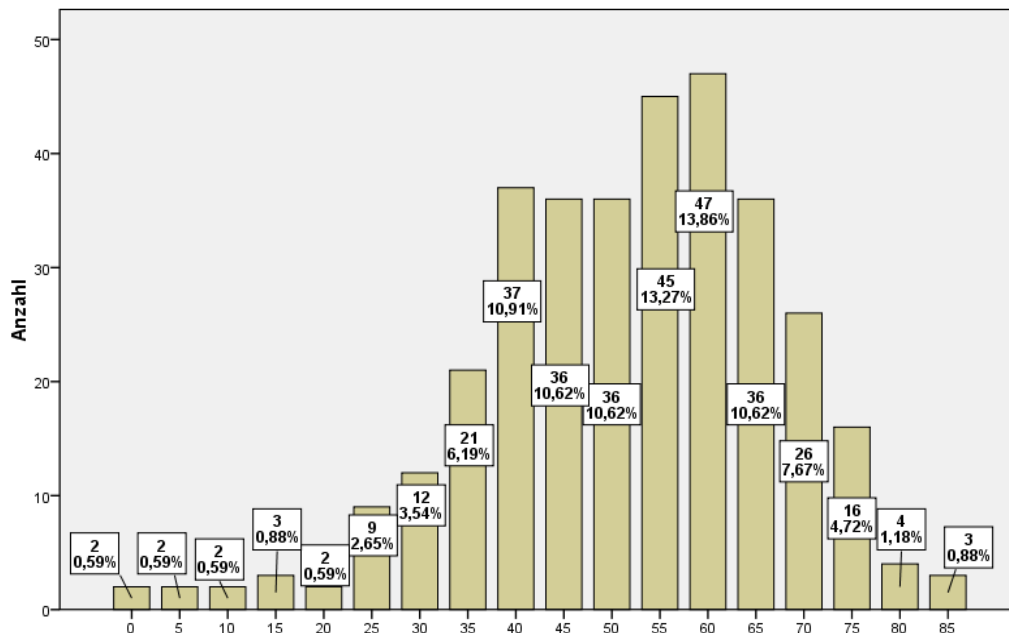


**Tabelle 73: Fragen zum Status quo des Informationsangebotes**

Frage	Gewichtung
Ich kenne mich im Gesundheitssystem sehr gut aus.	4
Ich finde im Gesundheitswesen herrscht ein Informationsmangel für Patienten über Änderungen im System.	4
Ich habe den Begriff Integrierte Versorgung schon einmal gehört.	4
Ich habe den Begriff Gesundheitsnetzwerk schon einmal gehört.	4
Ich habe den Begriff Medizinisches Versorgungszentrum schon einmal gehört.	4
Ich weiß, dass es 2009 eine Gesundheitsreform gab.	4
Ich kenne die Änderungen, die durch die letzte Gesundheitsreform gekommen sind.	4
Es gibt ausreichend Informationsmöglichkeiten über Fragen zum Gesundheitssystem (Praxisgebühr, Gesundheitskarte etc.)	4
Die Informationsmöglichkeiten zu Fragen zum Gesundheitssystem sind übersichtlich.	4
Ich kenne alle Informationen, die für mich als Patient wichtig sind.	20
Es gibt ausreichend Informationsmöglichkeiten (Zeitschriften, Arzt, usw.) für medizinische Themen (Krankheiten, Therapien, etc.)	10
Die Informationsmöglichkeiten zu medizinischen Themen sind übersichtlich.	10
Die Qualität von Informationsquellen lässt sich leicht beurteilen.	10
Ich fühle mich von der Menge an Informationsquellen überfordert.	10
Es gibt zu wenige Informationen über Patienten-Beratungsstellen.	4

Die Berechnung der Variable erfolgt erneut über die Gewichtungformel. Abbildung 58 bildet die Ergebnisse ab. **Je höher der Wert, desto größer ist der empfundene Informationsmangel bzw. der Qualitätsmangel der Informationen zum Gesundheitswesen.**

Abbildung 58: Wahrnehmung des Informationsmangels im Gesundheitswesen



Ergänzend zur Wahrnehmung des Informationsmangels wird der Wunsch nach der Implementierung von **Qualitätsnachweisen** überprüft. Die nachfolgenden Fragen wurden zur Variablenberechnung gleich gewichtet.

Abbildung 59: Fragen zur Forderung von Qualitätsnachweisen

- Ich fände es gut, wenn medizinische Internetseiten mit einem Qualitätssiegel bewertet würden.
- Patienten-Beratungsstellen sollten auf Qualität geprüft und die Ergebnisse regelmäßig veröffentlicht werden.
- Ich würde das Internet als Informationsquelle stärker nutzen, wenn es eine Qualitätsbewertung von Internetseiten geben würde.
- Ich finde es wichtig, dass ein Gesundheitszentrum/Medizinisches Versorgungszentrum offiziell zertifiziert wurde.
- Wenn es die Möglichkeit gibt, Patientendaten über neue Kommunikationsmedien (z. B. E-Mail, Internet, Gesundheitskarten) zu übertragen oder zu speichern, erwarte ich einen Nachweis, dass dies unter höchsten Sicherheitsvorkehrungen geschieht.

Wie Abbildung 60 zeigt, besteht ein deutlicher Wunsch nach Qualitätsnachweisen und Zertifizierungen in Bezug auf das Informationsangebot im Gesundheitswesen. Aus beiden Variablen, der Wahrnehmung des Informationsmangels und dem Bedarf an Qualitätsprüfung lässt sich die Hypothese H5 für die Stichprobe der empirischen Untersuchung bestätigen. Es zeigt sich in Abbildung 61, dass die Forderung nach Qualitäts-

nachweisen tendenziell mit steigender Wahrnehmung des Informationsmangels zunimmt.

Abbildung 60: Wunsch nach Qualitätsnachweisen

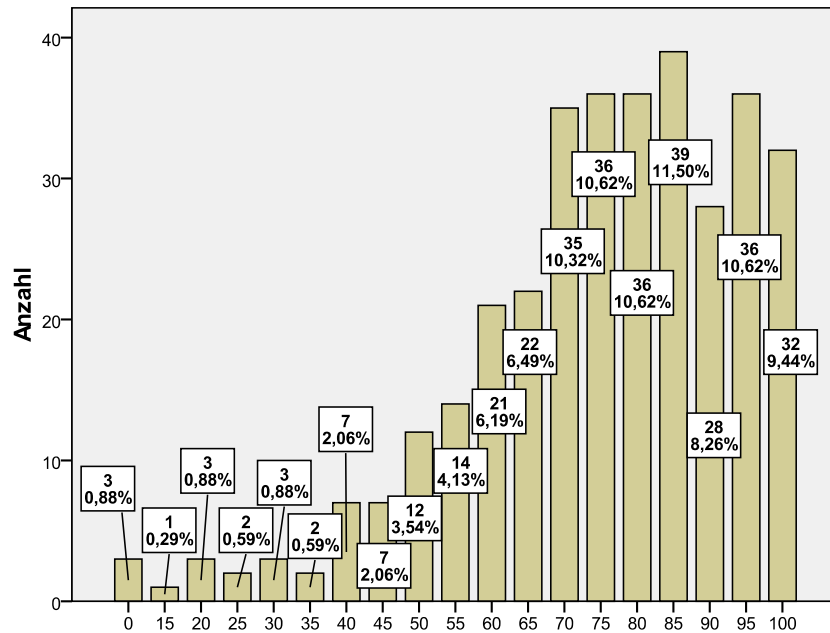
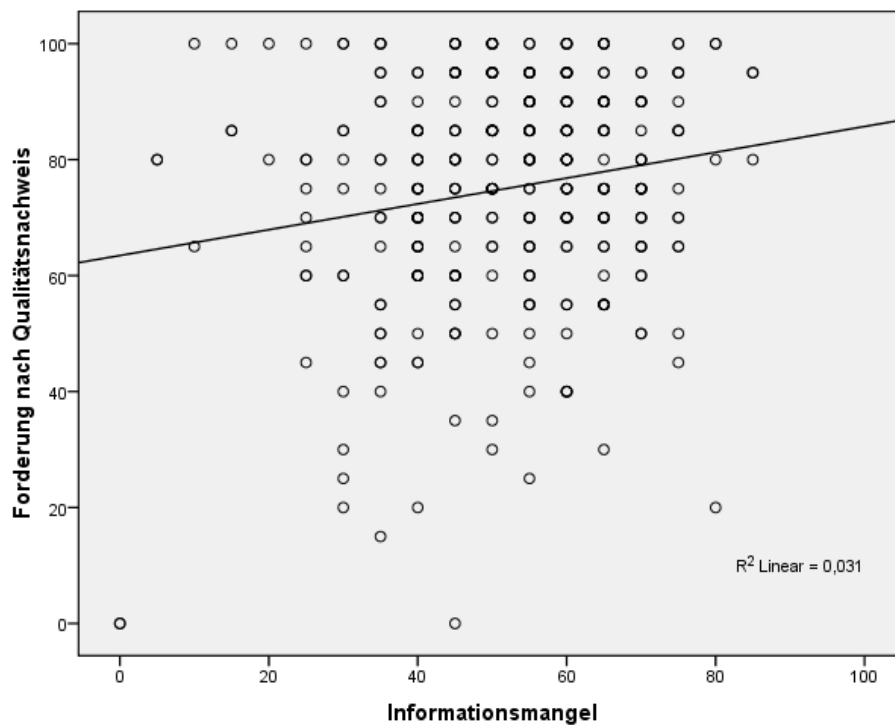


Abbildung 61: Zusammenhang zwischen Informationsmangel und Forderung nach Qualitätsnachweisen



Die nächste zu prüfende **Hypothese H6** befasst sich mit der Offenheit der Patienten gegenüber **neuen Kommunikationstechnologien** wie z. B. Internet und E-Mail in Bezug

zur Anwendung im Gesundheitswesen. Die in Tabelle 74 aufgelisteten Fragen wurden mit angegebener Gewichtung berücksichtigt.

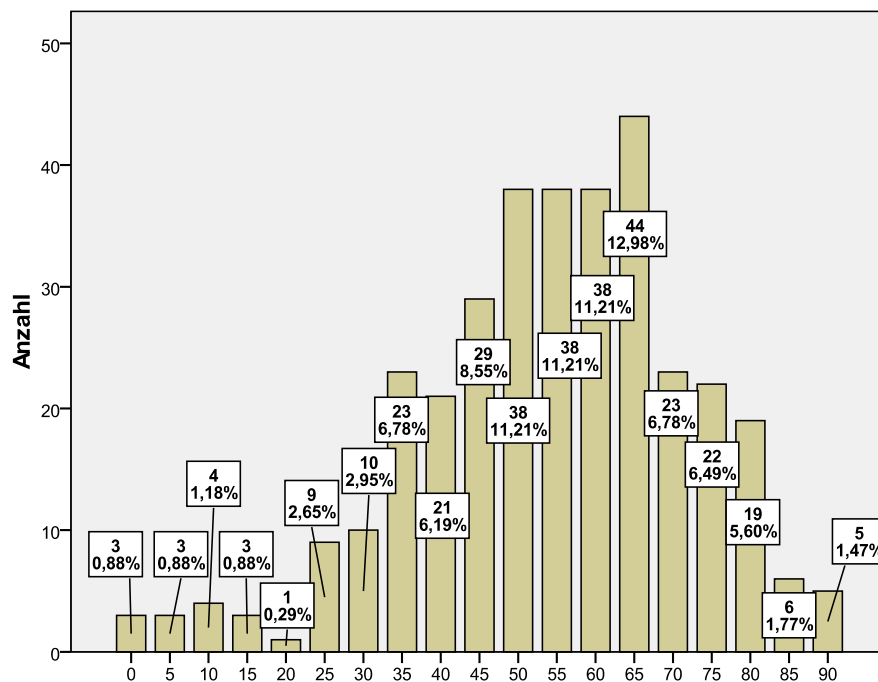
**Tabelle 74: Fragen zur Messung der Einstellung zu neuen Kommunikationstechnologien**

<b>Frage</b>	<b>Gewichtung</b>
Ein neutraler Ansprechpartner sollte per E-Mail erreichbar sein.	5
Ein neutraler Ansprechpartner sollte in einem Forum im Internet erreichbar sein.	5
Ich wünsche mir mehr Informationen zu Patienten-Beratungsstellen im Internet.	5
Häufigkeit der Nutzung des Internet um nach Informationen zu medizinische Themen (Krankheiten/Therapien) zu suchen.	5
Häufigkeit der Nutzung des Internet um medizinische Themen in Foren/Chatrooms/Communities zu diskutieren.	5
Häufigkeit der Bewertung von aufgesuchten Ärzten in Foren im Internet.	5
Häufigkeit der Nutzung des Internet zur Information über aktuelle Änderungen im Gesundheitssystem.	5
Ich würde das Internet zur Bewertung von Ärzten nutzen, wenn mir jemand erklärt wo und wie ich es tun kann.	5
Ich finde es wichtig, dass Arztpraxen eine Internetseite haben auf der sie sich vorstellen.	5
Ich nutze das Internet, um nach einem geeigneten Facharzt zu suchen, wenn ich einen benötige.	5
Ich möchte Termine bei meinem Arzt selbstständig im Internet festlegen können.	10
Ich möchte mit meinem Arzt auch per E-Mail kommunizieren können.	10
Ich möchte Medikamentenrezepte, die ich regelmäßig bekomme, per E-Mail bestellen können.	10
Ich möchte an Vorsorgeuntersuchungen per SMS erinnert werden.	5
Ich möchte an Vorsorgeuntersuchungen per E-Mail erinnert werden.	5
Ich möchte eine Terminbestätigung per E-Mail erhalten.	5
Ich möchte eine Terminbestätigung per SMS erhalten.	5

Mit Ausnahme der drei Fragen, welche in direktem Bezug zur Arzt-Patienten-Interaktion stehen, wurden alle Fragen gleich gewichtet. Die Punktwertvergabe entspricht soweit gegeben der obigen Zuordnung zur 5er Likert-Skala. Bei Angaben zur Häufigkeit der Internetnutzung wurde die folgende Zuteilung gewählt: „Regelmäßig“ = 100, „Selten“ = 50, „Nie“ = 0. Die Formel zur Berechnung der Variable entspricht den vorangegangenen Formeln.

Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Bereitschaft zur Nutzung neuer IuK-Technologien im Gesundheitswesen (Abbildung 62). Die Hypothese H6 „Patienten sind offen für neue Kommunikationstechnologien wie z. B. eGA, Internet und E-Mail, um die Kommunikation mit dem Arzt auszubauen“ darf folglich für die vorliegende Untersuchung nicht abgelehnt werden.

Abbildung 62: Offenheit zur Nutzung neuer IuK-Technologien im Gesundheitswesen



Zuletzt ist die **Hypothese H7** zu prüfen, welche aussagt, dass Patienten die **verbesserte Zusammenarbeit** zwischen den einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung als Mehrwert im Service zu schätzen wissen. Um diese Aussage zu überprüfen, wird die zweite Studie herangezogen. Die betrachteten Fragen zeigt Abbildung 63. Sie wurden gleich gewichtet. Die Punktwerte wurden wie folgt zugeteilt: „Stimme sehr zu“ = 100,

„Stimme etwas zu“ = 75, „Stimme eher nicht zu“ = 25, „Stimme gar nicht zu“ = 0. Die Formel zur Berechnung der Wertschätzung lautet:

$$W_i = (\sum_{n=1}^6 (PW_{ni})) / 6 \quad \text{mit } i = \text{Anzahl der Teilnehmer}$$

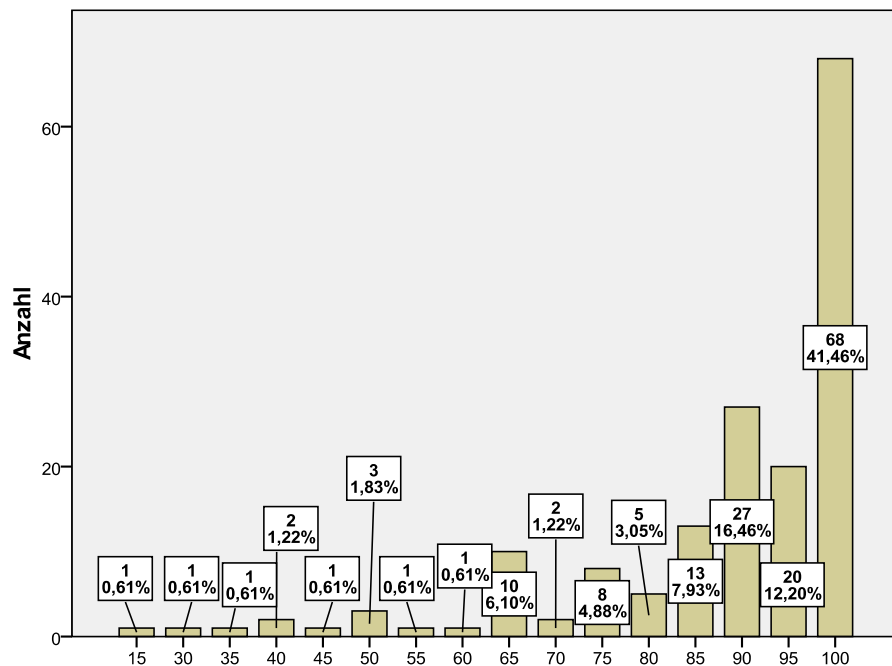
- |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• W: Wertschätzung</li><li>• PW: Punktwert</li></ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|

**Abbildung 63: Fragen zur Wertschätzung der Zusammenarbeit**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ich finde es gut, dass mein Urologe für mich den Termin zur Spezialuntersuchung HistoScanning vereinbart.</li><li>• Ich habe das Gefühl, dass ich schneller einen Termin zu dieser Spezialuntersuchung bekommen habe, da mein Urologe diesen Termin für mich vereinbart hat.</li><li>• Es ist mir wichtig, dass mein Arzt Termine in Kliniken oder für Spezialuntersuchungen für mich vereinbart.</li><li>• Ich finde es gut, dass der Arzt in der HistoScanning-Ambulanz meine Daten bereits von meinem Urologen bekommen hat, wenn ich zur Untersuchung komme.</li><li>• Es ist mir wichtig, dass der Arzt in der HistoScanning-Ambulanz meine Daten bereits kennt, wenn ich zur Untersuchung komme.</li><li>• Ich wünsche mir, dass mein Arzt auch für andere Untersuchungen eng mit Spezialambulanzen oder einer Klinik zusammenarbeitet.</li></ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Abbildung 64 zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen eindeutig als Mehrwert im Service empfunden wird. Die Hypothese H7 kann für die Teilnehmer der Befragung folglich auch bestätigt werden.

Abbildung 64: Wertschätzung der Zusammenarbeit



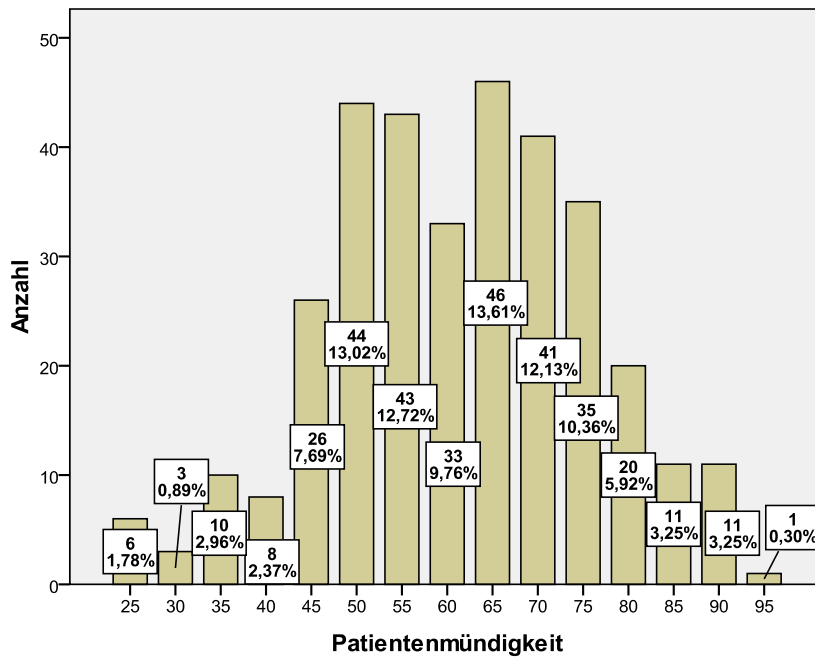
## 7.4 Analyse der Kundenvariablen „Patientenmündigkeit“ und „Zahlungsbereitschaft“

Aufbauend auf der vorangegangenen Analyse des Kundenverhaltens ist der Zusammenhang zwischen verschiedenen demografischen Daten und den beiden essenziell charakterisierenden Variablen „Patientenmündigkeit“ und „Zahlungsbereitschaft“ von Interesse. Entsprechend werden die beiden Variablen nachfolgend einzeln analysiert.

### 7.4.1 Analyse der Variable „Patientenmündigkeit“

Zunächst wird die Verteilung der Ergebnisse der Variable „Patientenmündigkeit“ detaillierter betrachtet. Abbildung 65 zeigt, dass es keine Teilnehmer gibt, die einen Wert unterhalb von 25 erzielt haben. Dies bedeutet, dass es keine unmündigen Probanden gibt. Die Mehrheit der Befragten erzielte Werte über 50. Es kann folglich die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich die Rolle des Patienten als anspruchsvoller Kunde deutlich abzeichnet.

Abbildung 65: Patientenmündigkeit der Teilnehmer



Die Patientenmündigkeit nimmt mit steigendem **Alter** zu (Abbildung 66). Patienten zwischen 40 und 60 Jahren treten eher souveräner auf. Dies könnte von der Lebensphase der Teilnehmer abhängen, da Menschen in dieser Altersspanne oftmals den Höhepunkt ihrer Karriere erreichen und bereits über einen umfangreichen Erfahrungsschatz verfügen. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen zeigt sich auch in der Korrelation (Tabelle 75), welche bei einer Teilnehmerzahl von 339 mit 0,238 einen relativ hohen, signifikanten Wert annimmt.



Abbildung 66: Zusammenhang zwischen Alter und Patientenmündigkeit

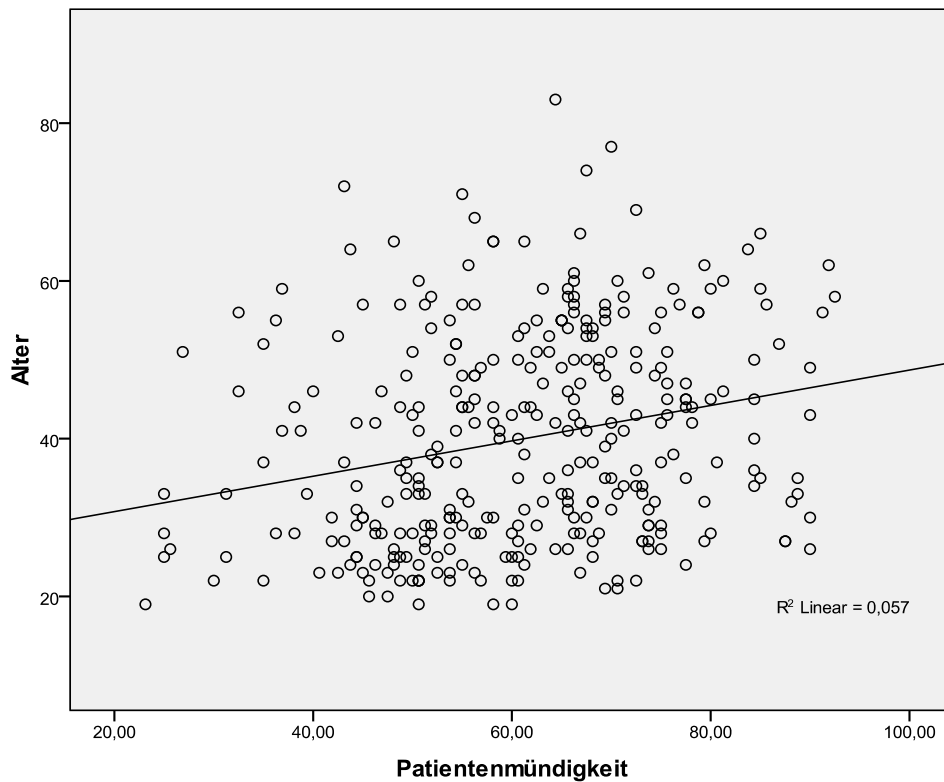


Tabelle 75: Korrelation zwischen Alter und Patientenmündigkeit

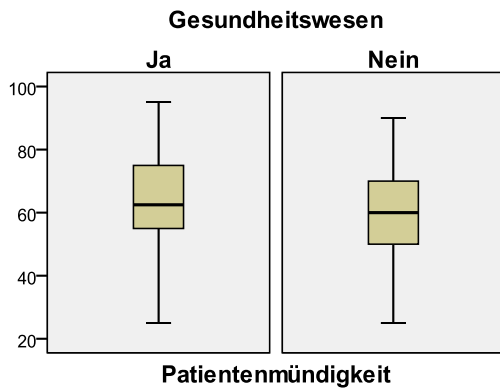
		Alter	Patientenmündigkeit
Alter	Korrelation nach Pearson	1	0,238
	N	329	329
Patientenmündigkeit	Korrelation nach Pearson	0,238	1
	N	329	339

Neben dem Alter wurde auch der Einfluss einer **Tätigkeit im Gesundheitswesen** sowie des **Geschlechts** auf die Patientenmündigkeit untersucht. Die Ergebnisse werden in Boxplots dargestellt. Hierbei bildet die Box den Bereich ab, in welchem 50% der Daten liegen. Die Linie innerhalb der Box zeigt den Wert des Medians. Der Median bezeichnet den Wert, bei dem 50% der Daten jeweils oberhalb und unterhalb davon liegen. Die Linien über- und unterhalb der Box geben die Spannweite der restlichen Werte an (Ausreißer werden in Punkten dargestellt).<sup>1031</sup> Wie zu erwarten treten im Gesundheitswesen

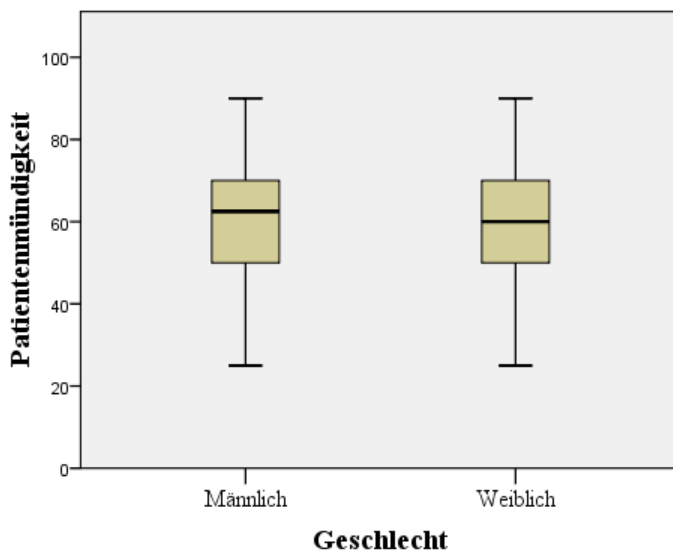
<sup>1031</sup> Vgl. Diekmann, A. (2007), S. 686-687.

tätige Probanden etwas selbstbewusster auf (siehe Abbildung 67). Die Differenz ist jedoch sehr marginal. Auch der Unterschied bei geschlechtsspezifischer Betrachtung ist kaum zu erkennen, wie Abbildung 68 zeigt.

**Abbildung 67: Boxplots Patientenmündigkeit und Tätigkeit im Gesundheitswesen**

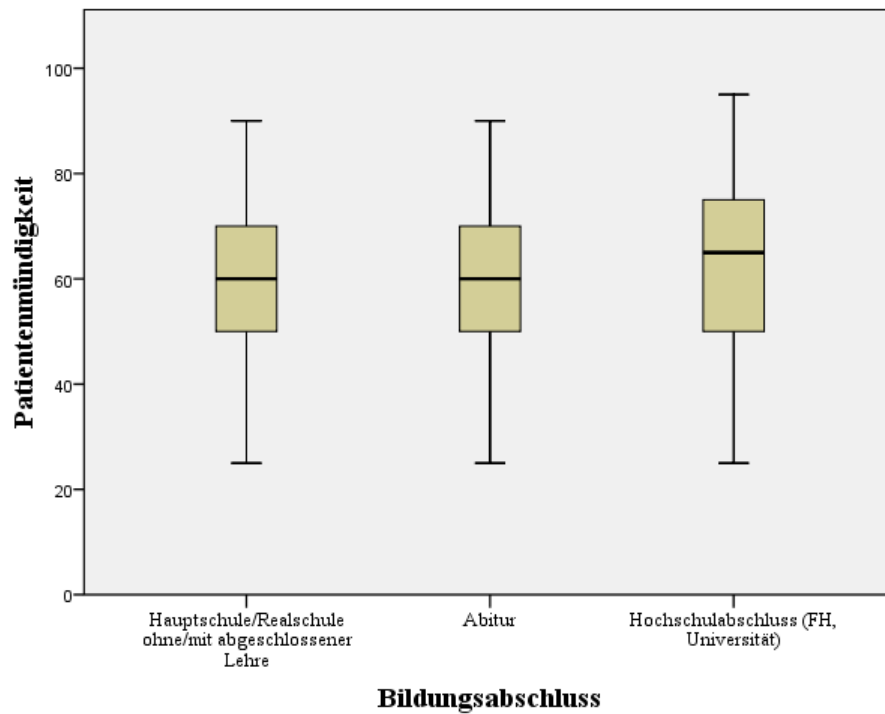


**Abbildung 68: Boxplots Patientenmündigkeit nach Geschlecht**



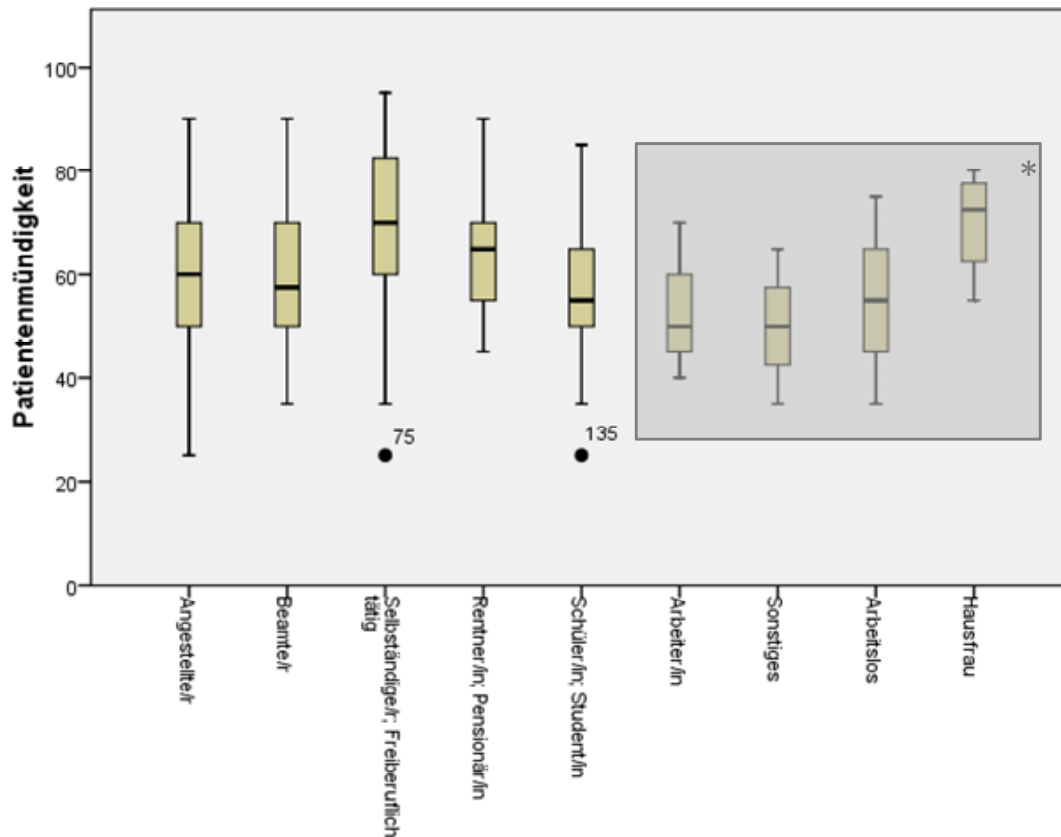
Analog zur Entwicklung der Patientenmündigkeit mit steigendem Alter zeigt sich auch ein steigendes Selbstbewusstsein in Verbindung mit höherem **Bildungsniveau** (vgl. Abbildung 69).

Abbildung 69: Boxplots Patientenmündigkeit und Ausbildung



Besonders auffällig ist die Souveränität der Selbstständigen und Freiberufler (vgl. Abbildung 70). Dies könnte damit zusammenhängen, dass sie in ihrer täglichen Arbeit eigenständige Entscheidungen treffen müssen und es vermutlich eher gewohnt sind, bestimmt aufzutreten.

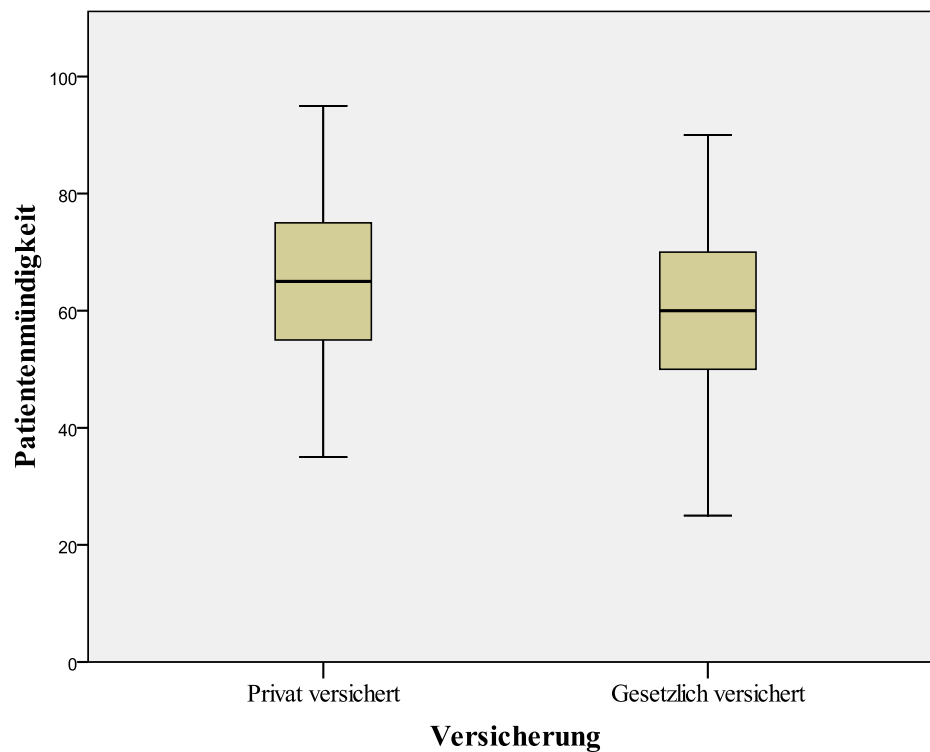
Abbildung 70: Boxplots Beruf und Patientenmündigkeit



\* Arbeiter, Arbeitslose, Hausfrauen und Sonstige Berufe sind wegen geringer Fallzahl statistisch nicht zuverlässig interpretierbar.

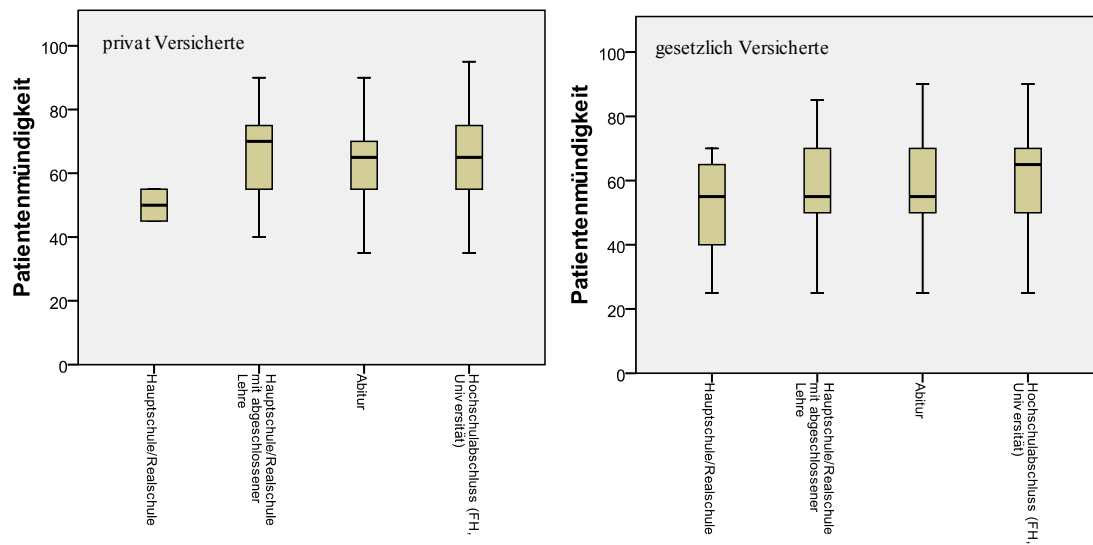
Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Patientenmündigkeit und **Krankenversicherung**, so wird ersichtlich, dass privat Versicherte über ein leicht verstärktes Selbstbewusstsein verfügen (vgl. Abbildung 71).

Abbildung 71: Boxplot Patientenmündigkeit nach Versicherungsart



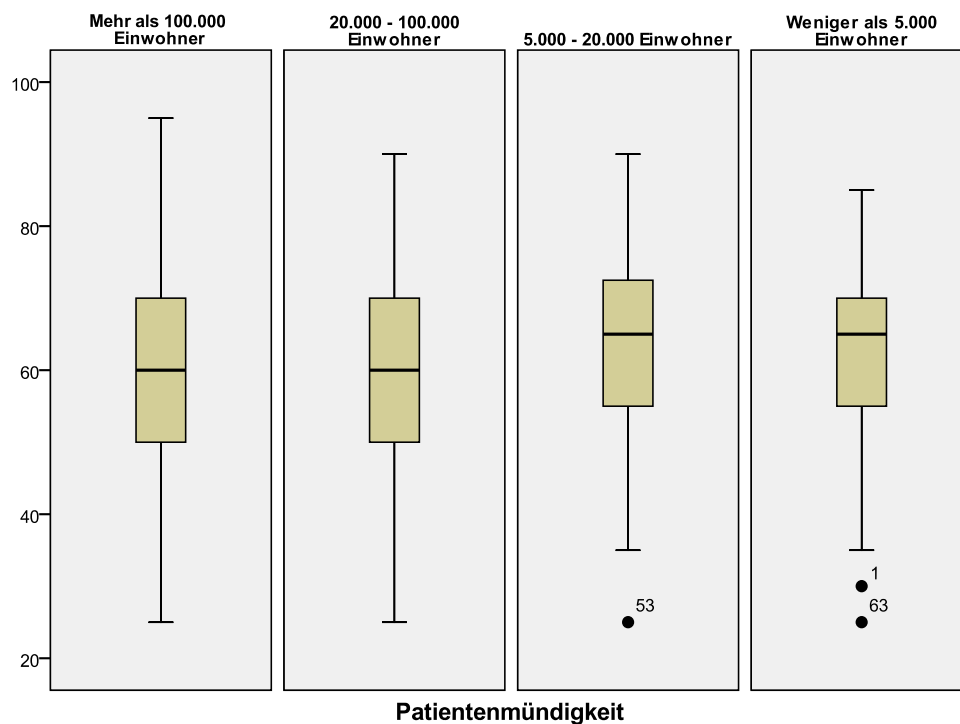
Zunächst mag verwunderlich sein, dass der Unterschied zwischen gesetzlich und privat Versicherten nicht signifikanter ausfällt, da zum Eintritt in eine private Versicherung ein höheres Einkommen gefordert wird. Dieses wird in der Regel mit einem stärkeren Selbstbewusstsein assoziiert. Der Frage wurde daher in einer etwas tieferen Analyse nachgegangen. Die nachfolgenden Grafiken (Abbildung 72) zeigen tatsächlich eine deutliche Varianz im Verhalten hinsichtlich der Patientenmündigkeit zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Der insgesamt leicht höhere Wert der privat Versicherten resultiert einzig aus dem signifikant höheren Selbstbewusstsein der Selbstständigen mit Haupt-/Realschulabschluss und abgeschlossener Lehre. Nimmt man diese Gruppe aus der Betrachtung heraus, würde ein fast identisches Resultat zwischen privat und gesetzlich Versicherten vorliegen. Dies ist angesichts des sehr hohen Anteils an Teilnehmern mit höherem Bildungsabschluss in beiden Versicherungsarten nicht überraschend.

Abbildung 72: Vergleich Patientenmündigkeit nach Versicherung und Bildungsabschluss



Die **Größe des Wohnortes** zeigt Unterschiede in der Streuung der Ergebnisse (Abbildung 73).

Abbildung 73: Boxplots Patientenmündigkeit nach Größe des Wohnortes



### 7.4.2 Analyse der Variable „Zahlungsbereitschaft“

Analog zu der Analyse der Zusammenhänge zwischen Patientenmündigkeit und den soziodemografischen Daten wird nachfolgend auch die Variable „Zahlungsbereitschaft“ untersucht. Abbildung 74 zeigt, dass bei der Zahlungsbereitschaft eine deutlich breitere Verteilung vorliegt als bei der Patientenmündigkeit. Dennoch liegt die Mehrzahl auch hier auf einer Tendenz zur höheren Ausprägung. Der Einfluss des **Alters** auf die Zahlungsbereitschaft ist sehr gering (Abbildung 75).

Abbildung 74: Zahlungsbereitschaft der Teilnehmer

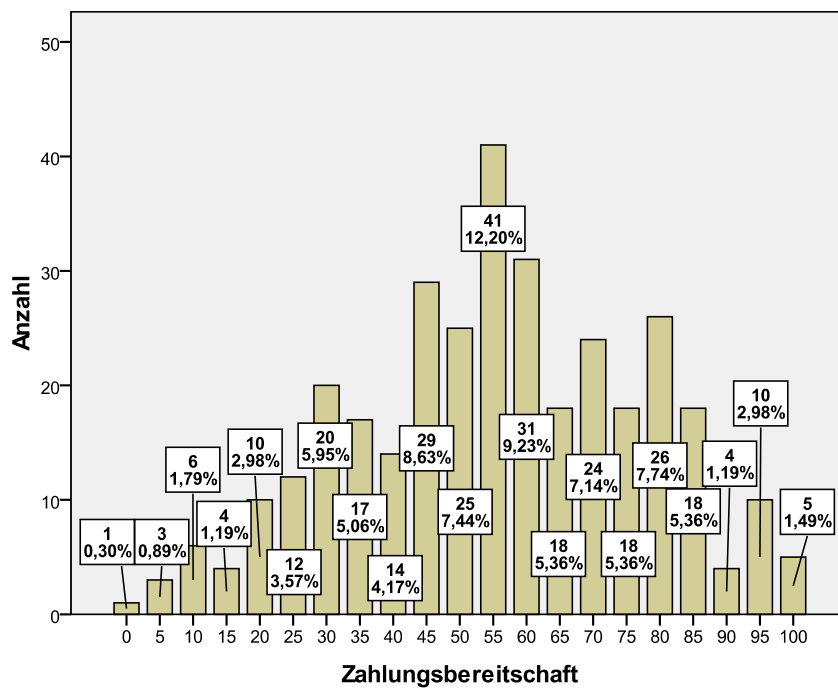
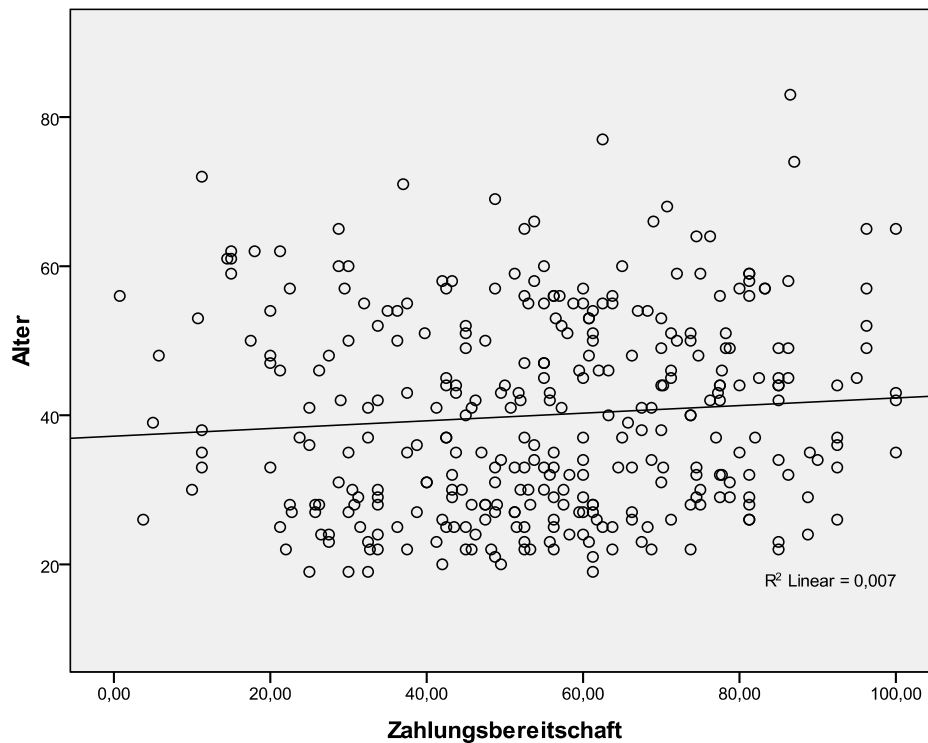


Abbildung 75: Zusammenhang zwischen Alter und Zahlungsbereitschaft



Die Zahlungsbereitschaft wird wie zu erwarten durch andere demografische Faktoren beeinflusst als die Patientenmündigkeit. So führt eine **Tätigkeit im Gesundheitswesen** nicht zu großen Abweichungen dieser Variable (Abbildung 76). Beim **Geschlecht** zeigen Frauen ein leicht höheres Engagement (Abbildung 77). In Zusammenhang mit dem Einkommen steigt die Bereitschaft der Eigenleistung mit der **Höhe des Bildungsabschlusses** leicht an (Abbildung 78). Dies liegt vermutlich am steigenden Einkommen in Abhängigkeit der Bildung, auch wenn der Unterschied nicht so hoch ist wie erwartet.

Abbildung 76: Zahlungsbereitschaft und Tätigkeit im Gesundheitswesen

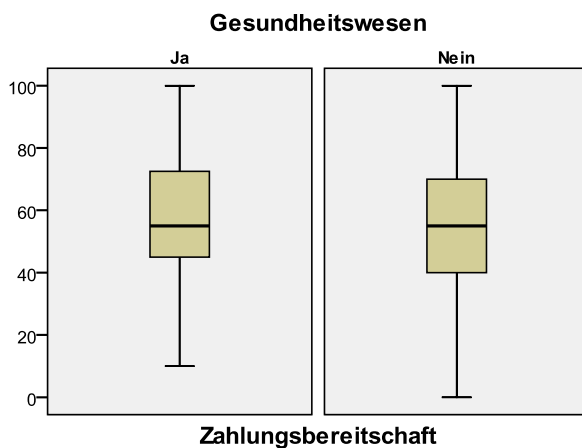




Abbildung 77: Zahlungsbereitschaft nach Geschlecht

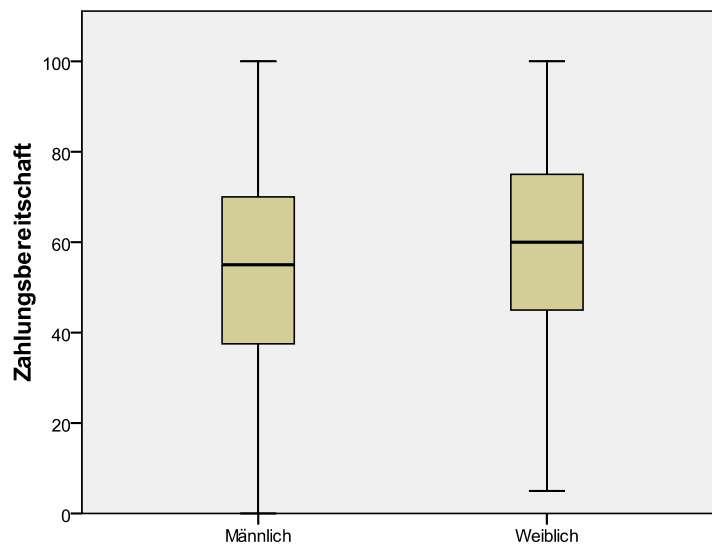


Abbildung 78: Zusammenhang Zahlungsbereitschaft und Bildung

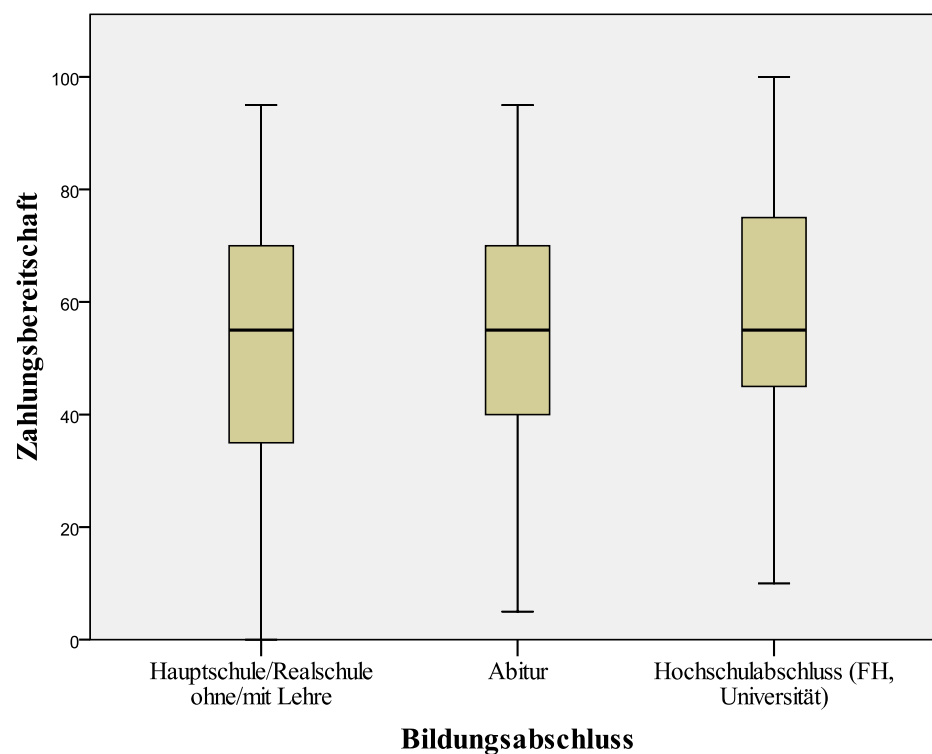
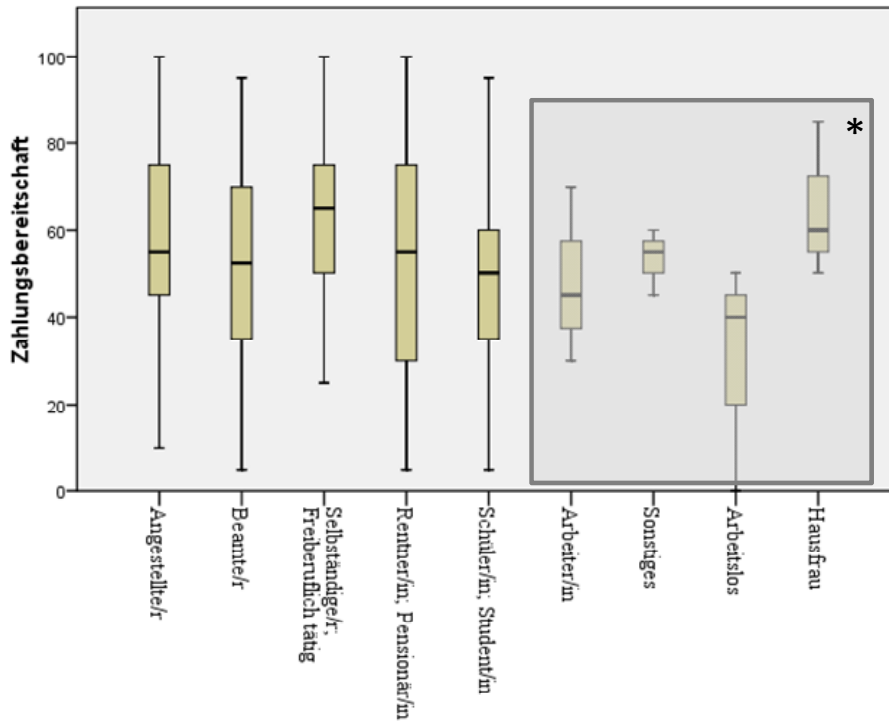


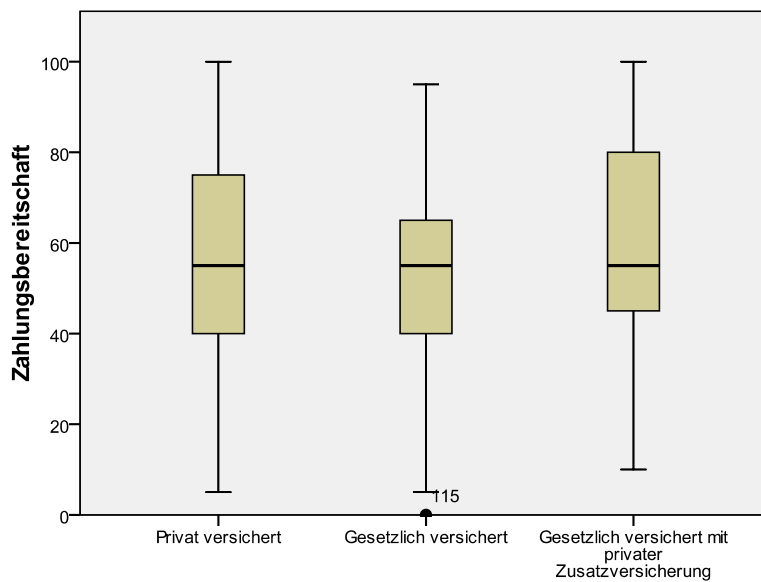
Abbildung 79 zeigt den Zusammenhang zwischen Zahlungsbereitschaft und **Beruf**. Auch hier ist zu bedenken, dass die Anzahl der Arbeiter, Arbeitslosen und Hausfrauen sehr gering ist (vgl. Tabelle 18). Der Median liegt bei Selbstständigen deutlich höher als in den restlichen Berufsgruppen. Überraschenderweise scheint die **Art der Versicherung** kaum Einfluss auf die Zahlungsbereitschaft zu haben (Abbildung 80).

Abbildung 79: Zahlungsbereitschaft und Beruf



\* Arbeiter, Arbeitslose, Hausfrauen und Sonstige Berufe sind wegen geringer Fallzahl statistisch nicht zuverlässig interpretierbar.

Abbildung 80: Zahlungsbereitschaft nach Versicherungsart



## 7.5 Clusteranalyse zur Patientensegmentierung und Entwicklung der Patiententypologie

### 7.5.1 Definition der Cluster zur Erstellung von Patientensegmenten

Nach der Definition zweier Variablen zur Beschreibung des Kundenverhaltens<sup>1032</sup> ist es von Interesse, den **Zusammenhang zwischen dem Kundenverständnis und dem Verhalten von Patienten** zu untersuchen. Das Verfahren der Clusteranalyse ermöglicht es, Teilnehmer einer Befragung anhand bestimmter Merkmale in Untergruppen einzuteilen, sodass die einzelnen Mitglieder innerhalb einer Untergruppe in Bezug auf diese Merkmale möglichst ähnlich ausgeprägt sind.<sup>1033</sup> Auf Basis dieser Informationen kann dann eine detaillierte Kundentypologie erstellt werden.<sup>1034</sup> Ziel der Analyse ist folglich die Marktsegmentierung und die darauf aufbauende Ausarbeitung einer Patiententypologie.<sup>1035</sup>

Zur Durchführung der Clusteranalyse gibt es unterschiedliche **Methoden**. So wird zwischen dependenzanalytischen und interdependenzanalytischen (keine differenzierte Betrachtung abhängiger und unabhängiger Variablen) Vorgehensweisen unterschieden. Letztere können weiter unterteilt werden in die Akzeptanz von Clusterüberschneidungen und die strikte Trennung der einzelnen Segmente.<sup>1036</sup> Für die Zielsetzung der Marktsegmentierung eignet sich die interdependenzanalytische, nicht überlappende Clusteranalyse.

Im Rahmen der **Clusteranalyse** sollte die Zahl der aktiven Clustervariablen möglichst gering gehalten werden, sodass viele Variablen bleiben, um die Segmente zu beschreiben und dadurch eine möglichst hohe Informationstiefe erreicht wird.<sup>1037</sup> Als Merkmale

---

<sup>1032</sup> Vgl. Kapitel 7.3.

<sup>1033</sup> Vgl. Jensen, O. (2008), S. 337; vgl. auch Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2005), S. 463.

<sup>1034</sup> Vgl. Kahle, U.; Hasler, W. (2001), S. 228-229.

<sup>1035</sup> Vgl. Kapitel 6.1.

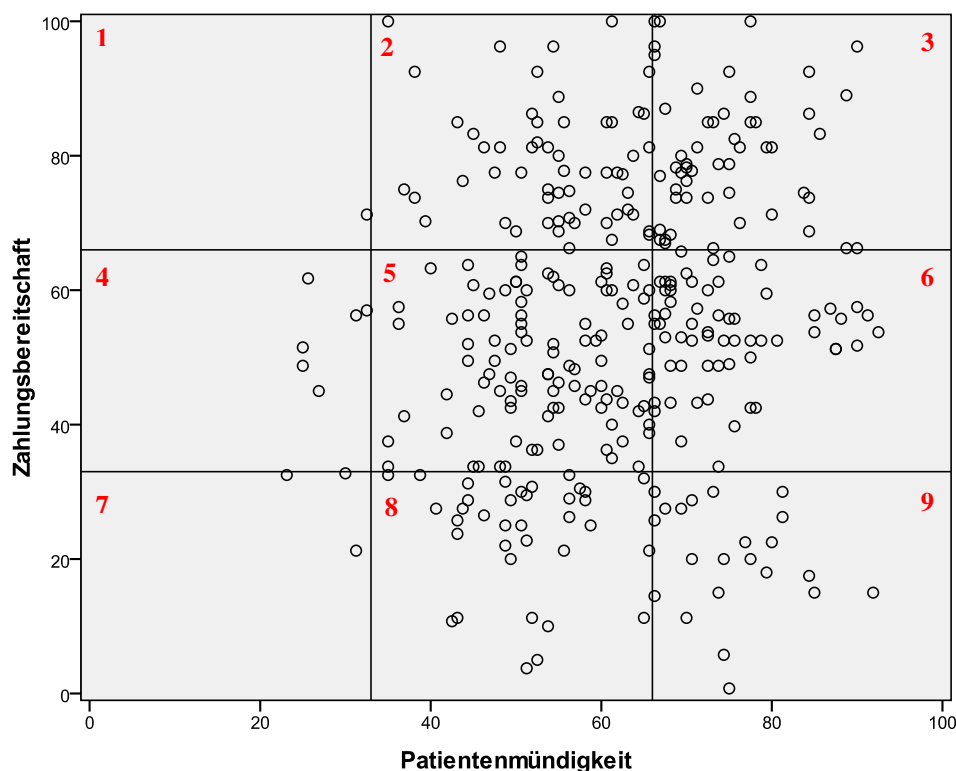
<sup>1036</sup> Vgl. Jensen, O. (2008), S. 339–340.

<sup>1037</sup> Vgl. Jensen, O. (2008), S. 359–360.

werden entsprechend die Variablen „Patientenmündigkeit“ und „Zahlungsbereitschaft“ ausgewählt.

Um ein besseres Verständnis für die Daten zu erhalten, wurden die Cluster zunächst **manuell** gebildet. Die erreichbare Punktwertspanne wurde hierzu in drei gleich große Blöcke je Variable zerlegt. Daraus entstanden neun Quader, welche in Abbildung 81 dargestellt sind.

**Abbildung 81: Einteilung der Teilnehmer in Kundengruppen**



Die Anzahl der Teilnehmer je Cluster zeigt Tabelle 76. Drei Teilnehmer wurden nicht zugeordnet, da sie in einigen der zugrunde liegenden Variablen keine Aussagen trafen. Die Quadrate 1, 4 und 7 beschreiben Probanden mit sehr niedriger Mündigkeit bei variierender Zahlungsbereitschaft. Sie verzeichnen so wenige Teilnehmer, dass sie in der weiteren Analyse vernachlässigt werden können. Die meisten Teilnehmer sind in den Bereichen 2, 3, 5 und 6 enthalten. Die Bereiche 8 und 9 enthalten eine mittlere Anzahl an Befragten. Der Schwerpunkt auf die 4 Blöcke rechts oben zeigt, dass Patienten durchaus Kundeneigenschaften zeigen.

Tabelle 76: Anzahl der Teilnehmer je Kundengruppe

Cluster	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
1	1	0,3	0,3
2	57	16,8	17,0
3	52	15,3	15,5
4	6	1,8	1,8
5	98	28,9	29,2
6	61	18,0	18,2
7	3	0,9	0,9
8	36	10,6	10,7
9	22	6,5	6,5
<b>Gesamt</b>	<b>336</b>	<b>99,1</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	3	0,9	
<b>Gesamt</b>	<b>339</b>	<b>100,0</b>	

Die verbleibenden 6 Cluster wurden dann auf Unterschiede in den demografischen Daten und den weiteren Variablen der Befragung untersucht, um festzustellen inwieweit eine Unterteilung in 6 Bereiche sinnvoll ist. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass diese Einteilung durchaus als sinnvoller Startpunkt für die computerbasierte Clusteranalyse anzusehen ist. Im Anschluss wurde eine **Clusterzentrenanalyse** mit Hilfe des Programms SPSS 17.0 durchgeführt. Als Vorgabe wurde die Unterteilung in 9, 6, 5 und 4 Cluster gewählt. Analog des Vorgehens der selbst durchgeführten Clusteranalyse wurden auch bei diesen beiden Unterteilungen die Eigenschaften der einzelnen Cluster analysiert, um eine Entscheidung über die endgültige Typisierung treffen zu können. Es zeigte sich, dass die Unterteilung in 6 Cluster am geeignetsten erscheint, da die einzelnen Cluster in den aktiven Variablen differieren, aber nicht zu fein gegliedert sind, um sich in den beschreibenden Eigenschaften unterscheiden zu lassen. Entsprechend wurde diese Einteilung zur Typisierung der Patientengruppen verwendet. Das Ergebnis zeigt Abbildung 82.<sup>1038</sup> Tabelle 77 (S. 306) zeigt die Anzahl der Teilnehmer je Cluster. Jedes Cluster entspricht dabei folglich einem Kundensegment bzw. Patientensegment.

<sup>1038</sup> Die Ergebnisse der Einteilung in 9, 5 und 4 Cluster finden sich in Anhang I.

Abbildung 82: Ergebnis der Clustereinteilung in 6 Cluster

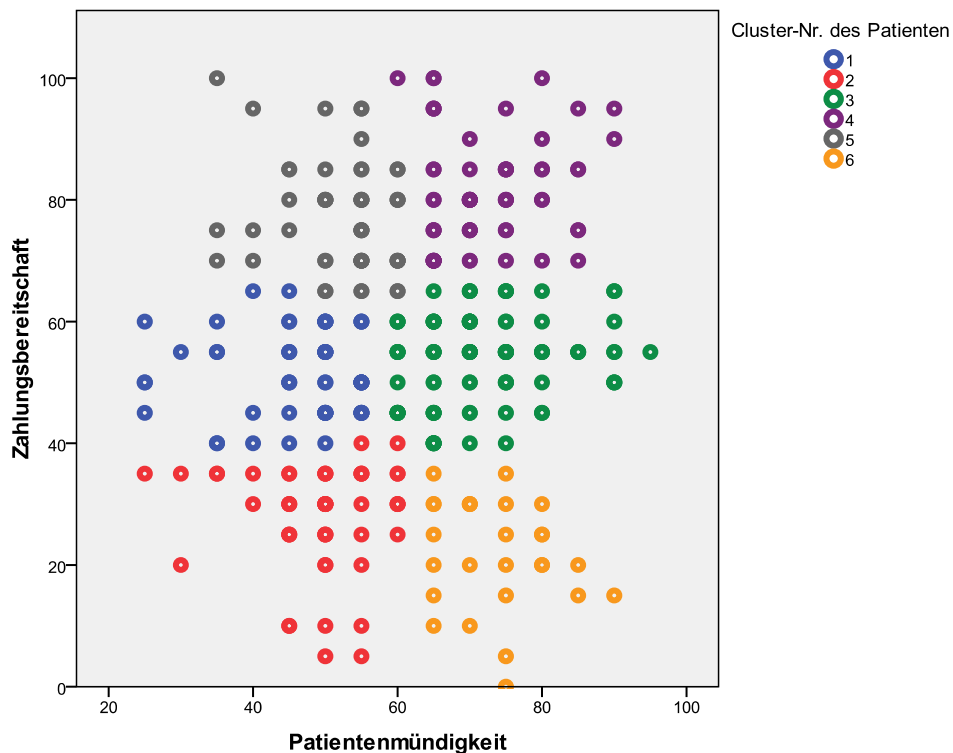


Tabelle 77: Anzahl der Teilnehmer je Cluster

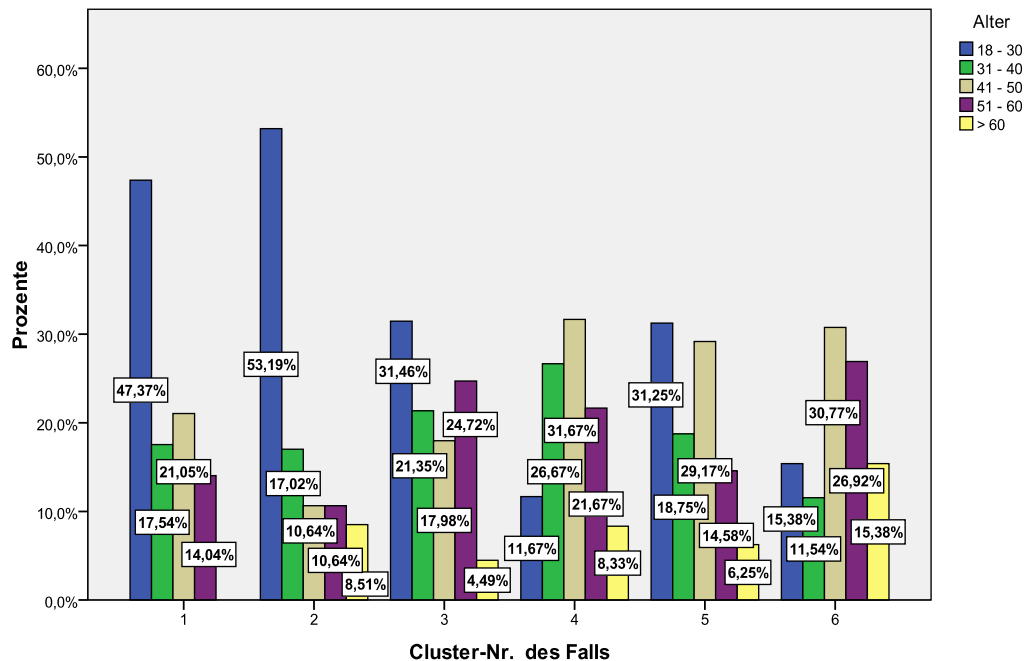
Cluster	Anzahl Teilnehmer	Prozent	Gültige Prozente
1	57	16,8	17,0
2	48	14,2	14,3
3	93	27,4	27,7
4	60	17,7	17,9
5	51	15,0	15,2
6	27	8,0	8,0
<b>Gesamt</b>	<b>336</b>	<b>99,1</b>	<b>100,0</b>
Systembedingt fehlend	3	0,9	
<b>Gesamt</b>	<b>339</b>	<b>100,0</b>	

### 7.5.2 Analyse prägender Variablen nach Patientensegment

Zunächst werden die **soziodemografischen Faktoren** der einzelnen Cluster verglichen, um herauszufinden, ob sich einzelne Gruppen voneinander abgrenzen. Abbildung 83 zeigt die Altersverteilung. Auffällig ist der hohe Anteil sehr junger Patienten in Cluster 1 und 2. Dies ist jedoch insofern zu erwarten, als dass jungen Patienten oft die Erfahrung fehlt, um dem Arzt gegenüber wirklich dominant aufzutreten. Cluster 4 zeichnet

sich durch Patienten mittleren Alters aus, Gruppe 6 findet sich im Bereich des mittleren bis gehobenen Alters.

Abbildung 83: Verteilung der Cluster auf die Altersgruppen



Die Analyse der Geschlechterverteilung (Abbildung 84) zeigt einen auffällig hohen Anteil an Frauen in Cluster 4 und einen deutlichen Schwerpunkt auf Männern in Gruppe 6. Dieses Cluster zeigt auch einen starken Anteil an Befragten mit Haupt- bzw. Realschulabschluss (Abbildung 85) und Rentnern (Abbildung 86), neben dem Schwerpunkt von Angestellten mit Hochschulabschluss in allen Clustern. Durch die hohe Zahl an Befragten mit Hochschulabschluss (vgl. Tabelle 17, S. 234) ist diese Gruppe in allen Clustern stark vertreten. Es ist hier folglich nicht die absolute Anzahl an Teilnehmern je Bildungsabschluss, sondern das Verhältnis zwischen den einzelnen Bildungsarten innerhalb eines Clusters zu betrachten.

Abbildung 84: Verteilung der Cluster nach Geschlecht

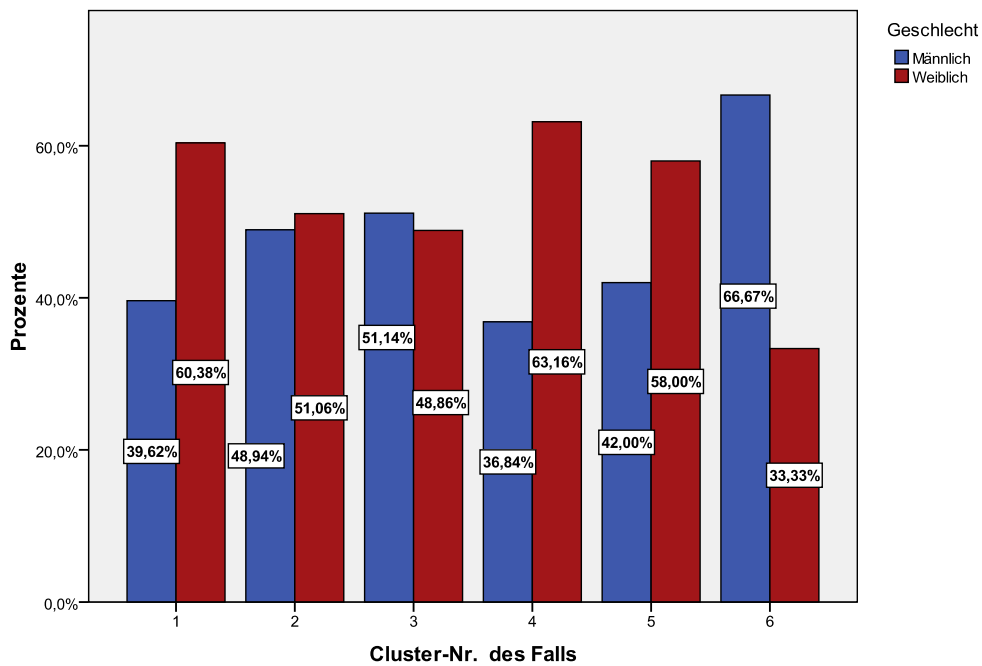


Abbildung 85: Zusammensetzung der Cluster nach Bildung

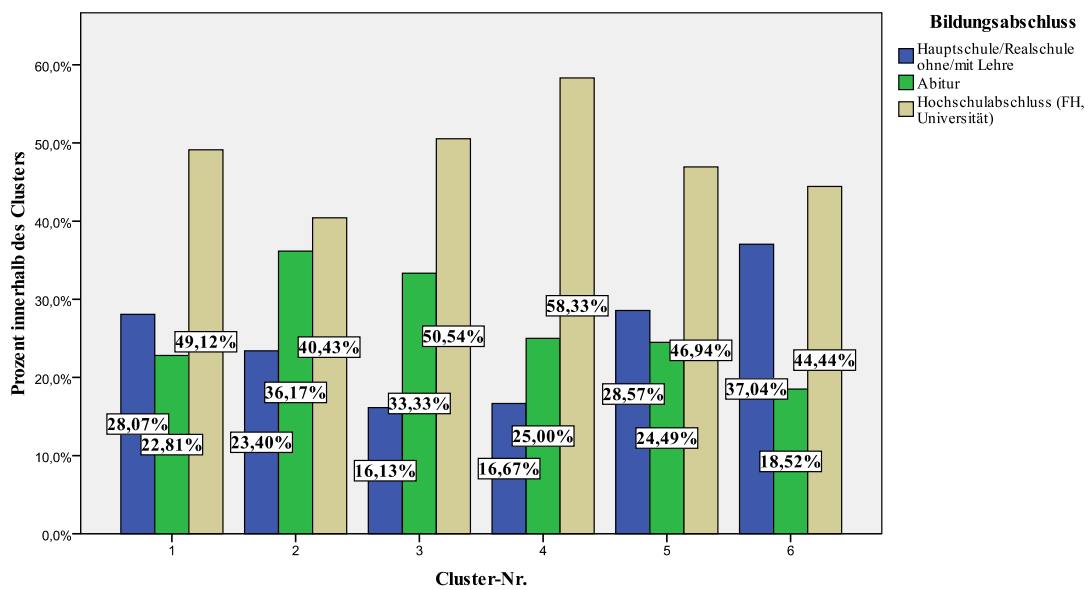
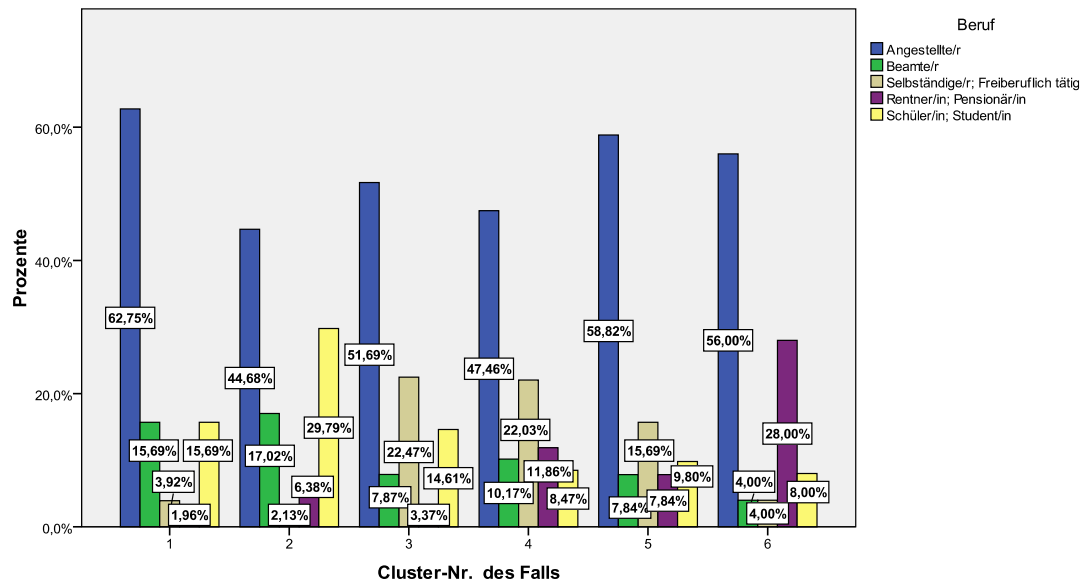




Abbildung 86: Zusammensetzung der Cluster nach Beruf



Teilnehmer, welche im Gesundheitswesen arbeiten, sind besonders stark in den Feldern 1 und 4 vertreten (Abbildung 87), wobei in Cluster 1 die medizinischen Berufe (ohne Ärzte) und in Cluster 4 die im nicht medizinischen Bereich Tätigen überwiegen (Abbildung 88). Privat Versicherte sind besonders in Feld 4 vertreten (Abbildung 89). Des Weiteren wird die Größe des Wohnortes verglichen (Abbildung 90). Hier zeigen sich ebenso leichte Unterschiede zwischen den einzelnen Clustern. Als letzte soziodemografische Variable wird das Vorliegen einer chronischen Erkrankung betrachtet (Abbildung 91). Es fällt auf, dass der Anteil chronisch Kranker in Cluster 6 am höchsten ist.

Abbildung 87: Zusammensetzung der Cluster nach Tätigkeit im Gesundheitswesen

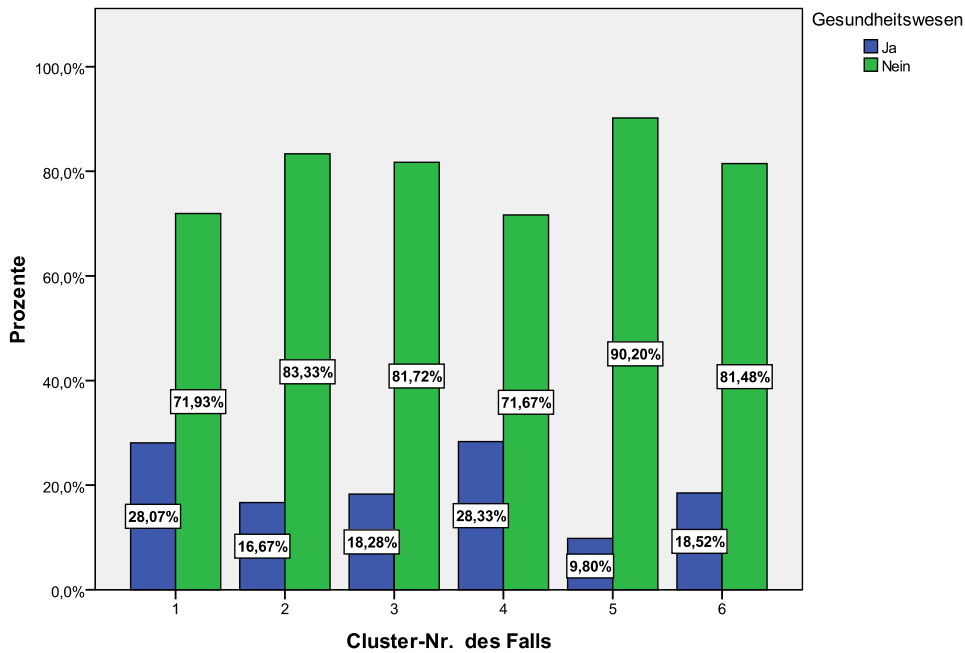


Abbildung 88: Zusammensetzung der Cluster innerhalb der im Gesundheitswesen Tätigen

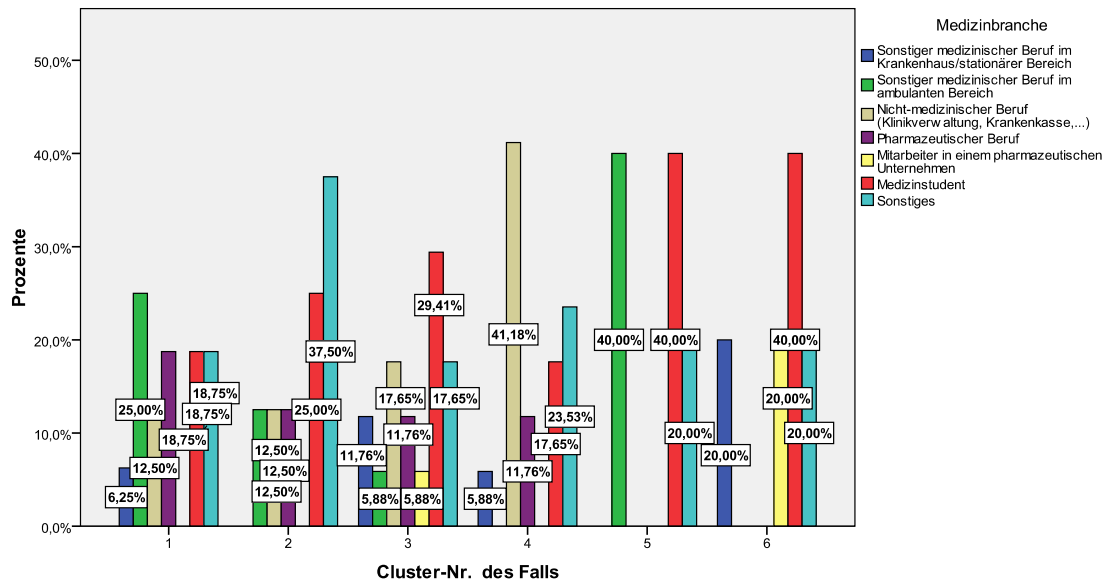


Abbildung 89: Zusammensetzung der Cluster nach Versicherung

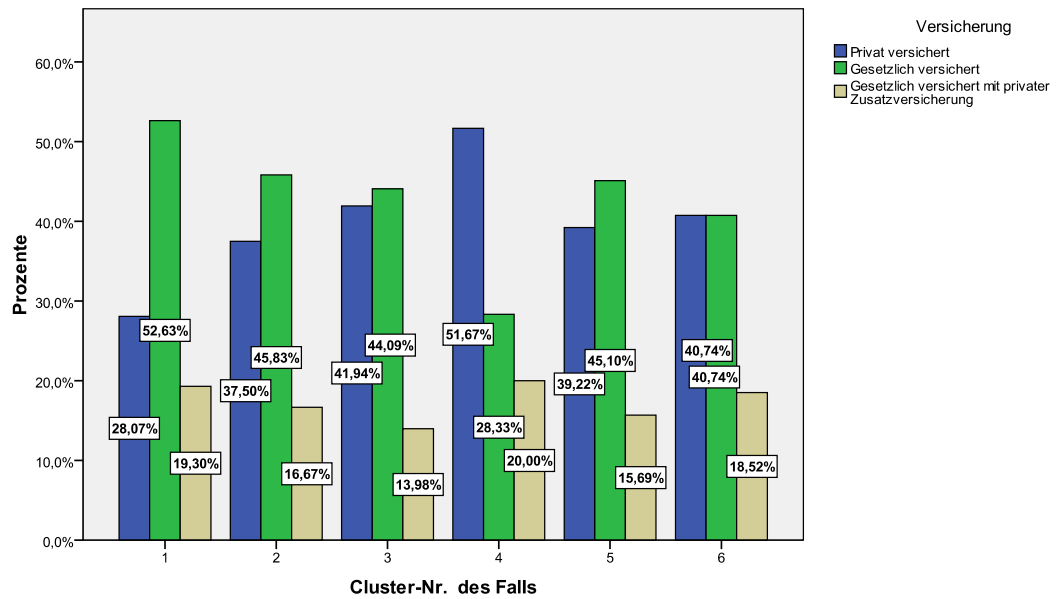


Abbildung 90: Zusammensetzung der Cluster nach Größe des Wohnortes

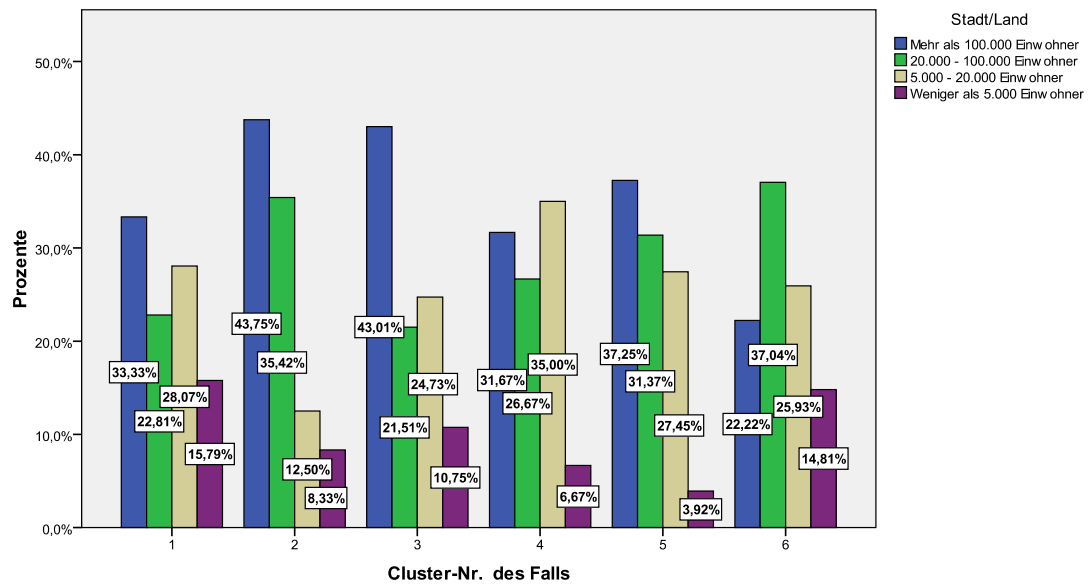
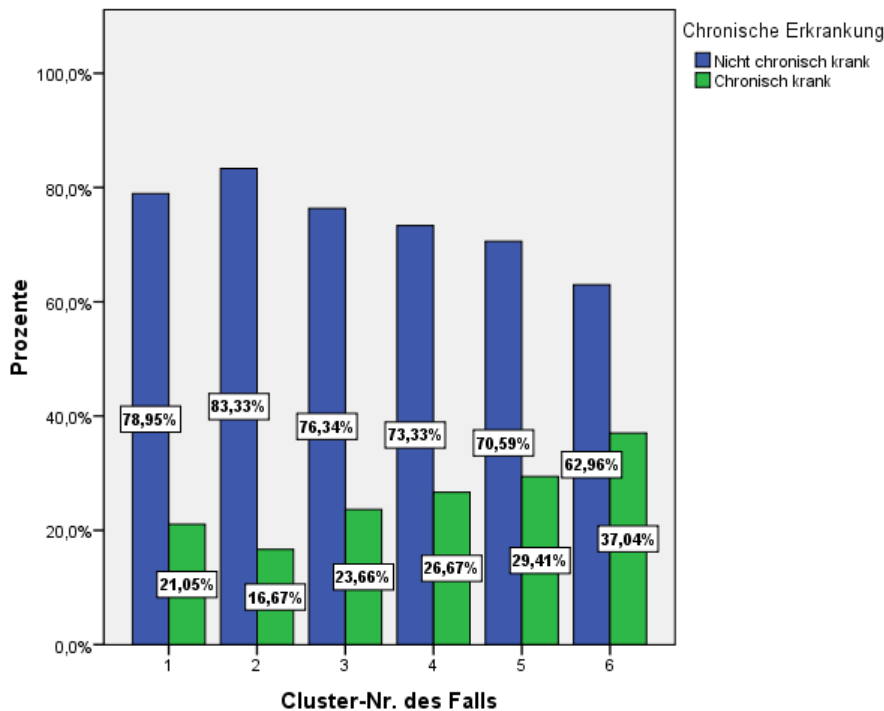


Abbildung 91: Zusammensetzung der Cluster nach Vorliegen einer chronischen Erkrankung



Neben der Zusammensetzung der einzelnen Cluster nach soziodemografischen Daten ist von Interesse, ob sich die Gruppierungen durch besondere Ausprägungen anderer Variablen auszeichnen. So zeigt sich z. B. in Abbildung 92 in Cluster 3, 4 und 6 ein hoher Serviceanspruch. Dieser scheint folglich wie zu erwarten mit der Patientenmündigkeit in Zusammenhang zu stehen. Die Gruppen 3 und 4 stehen für eine erhöhte Akzeptanz neuer IuK-Technologien im Gesundheitswesen (Abbildung 93). Hier ist die Überprüfung von Interesse, ob es sich um Patienten handelt, die allgemein eine höhere Nutzung von Medien wie E-Mail und Internet verzeichnen. Abbildung 94 gibt hierüber Aufschluss. Es zeigt sich, dass die Teilnehmer der Cluster 3 und 4 tatsächlich häufiger und in unterschiedlichen Bereichen auf das Internet zurückgreifen. Für die Vertreter der Gruppe 6 trifft dies nur in sehr wenigen Punkten (Informationssuche über verschiedene Homepages) zu. Abbildung 95 und Abbildung 96 zeigen den Umgang mit dem Internet in Bezug zu medizinischen Themen.

Abbildung 92: Ausprägung des Servicebedarfs je Cluster

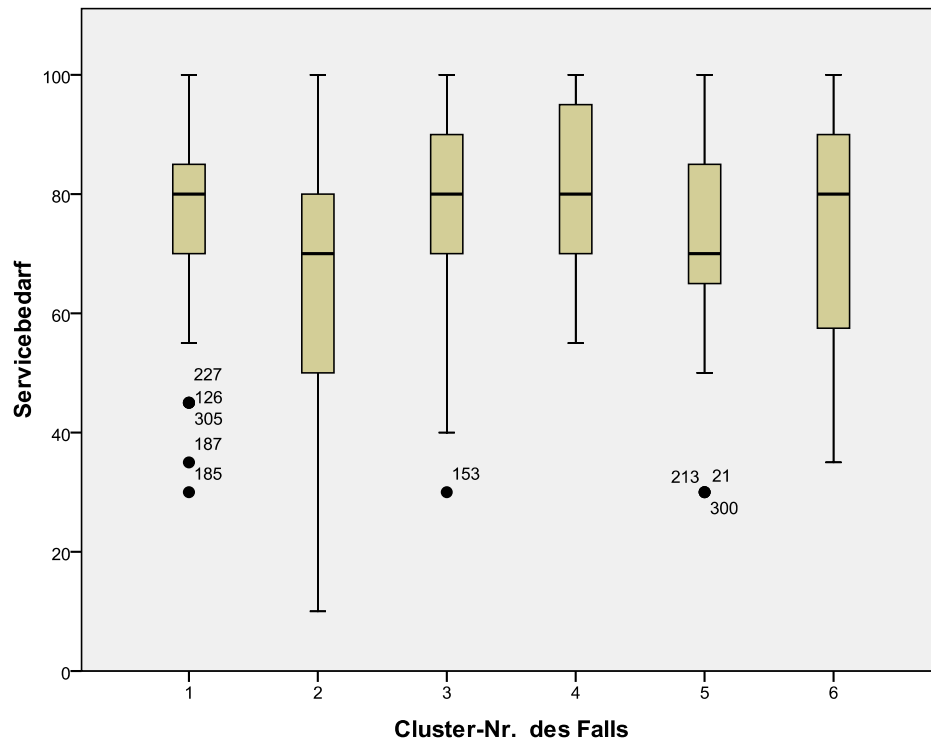


Abbildung 93: Akzeptanz neuer IuK-Technologien im Gesundheitswesen je Cluster

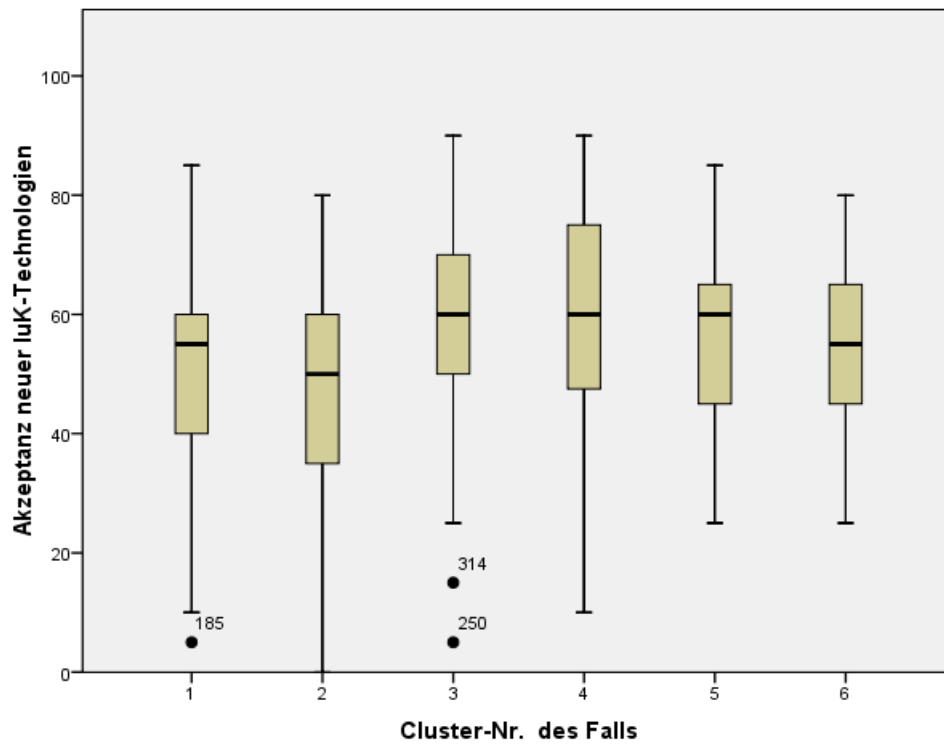


Abbildung 94: Mittelwerte der Nutzungshäufigkeit des Internets je Cluster

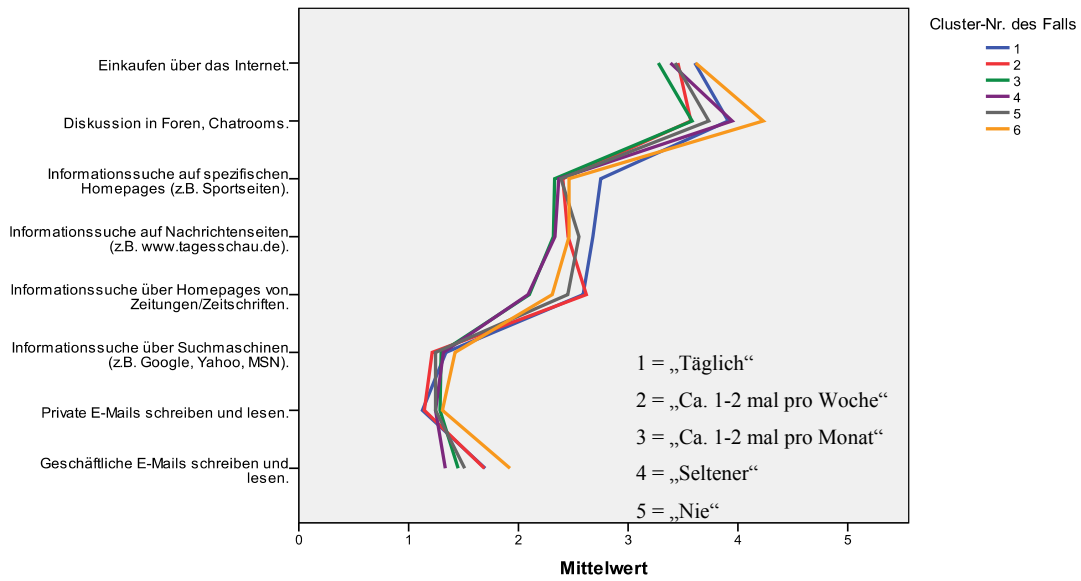


Abbildung 95: Mittelwerte der Internetnutzung mit Bezug zum Gesundheitswesen

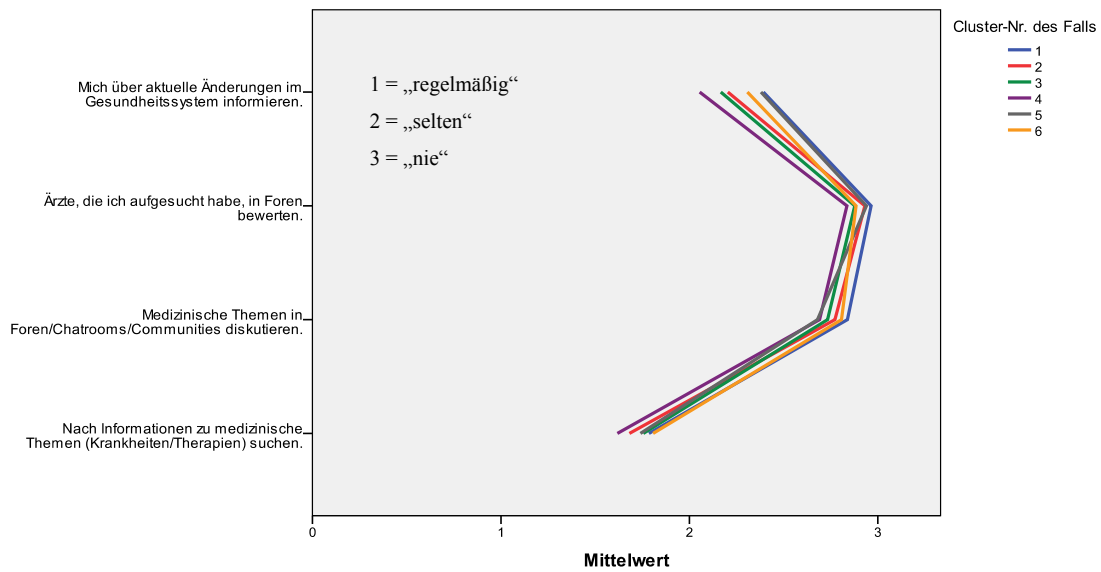
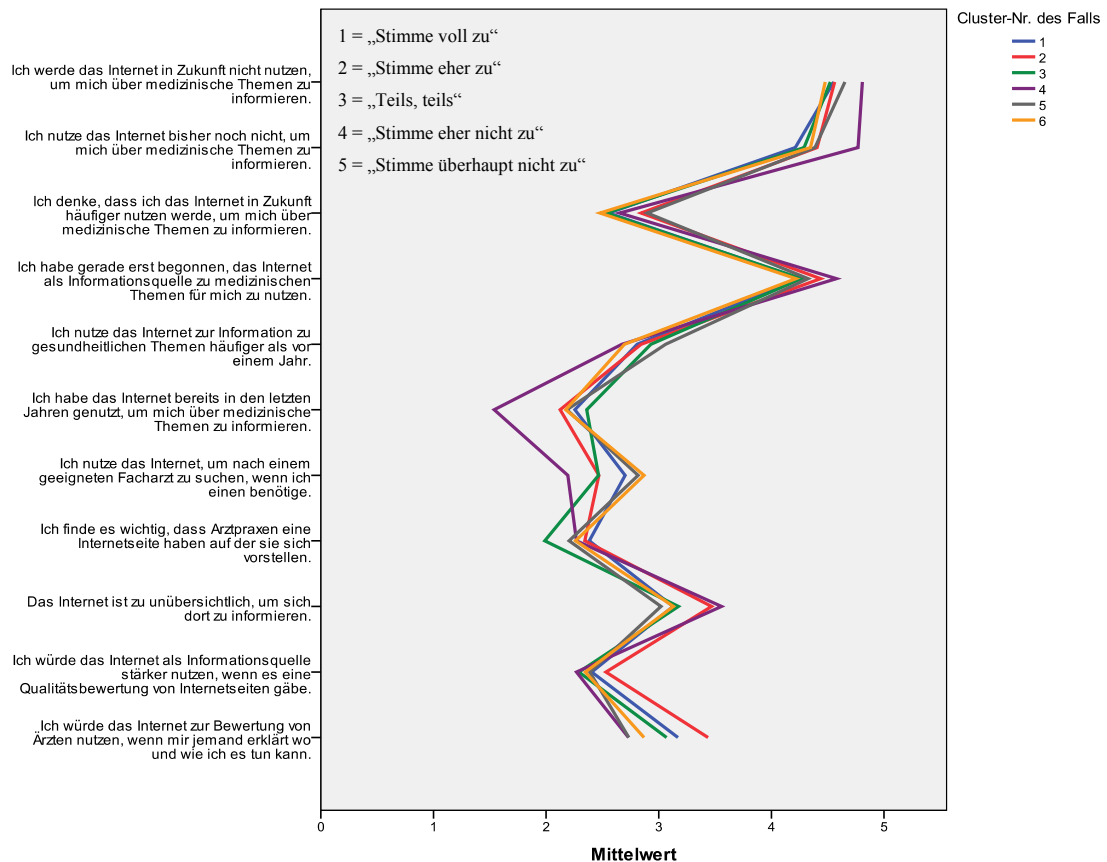


Abbildung 96: Mittelwerte zur Vertrautheit mit dem Internet je Cluster



In Verbindung mit selbstbewusstem Auftreten ist auch die Selbsteinschätzung des Informationsstands bezogen auf medizinische und gesundheitsbezogene Themen von Interesse. Abbildung 97 gibt hierüber Aufschluss. Dabei ist auf die Definition dieser Variablen zu achten, da ein höherer Wert einen niedrigeren Kenntnisstand ausweist. Die Forderung nach der Erbringung von Qualitätsnachweisen ist nicht nur Ausdruck anspruchsvollen Verhaltens. Sie zeigt auch eine kritische oder zumindest hinterfragende Haltung gegenüber den Leistungsanbietern. Unterschiedliche Ausprägungen der Cluster in diesem Bereich werden in Abbildung 98 dargestellt.

Abbildung 97: Höhe des Informationsstands je Cluster

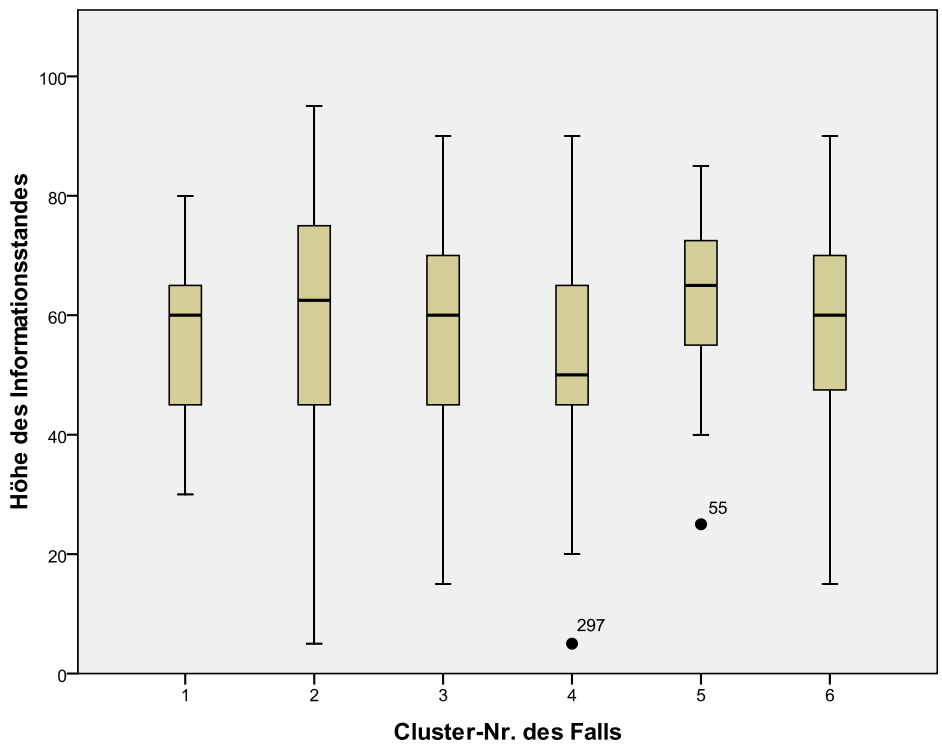
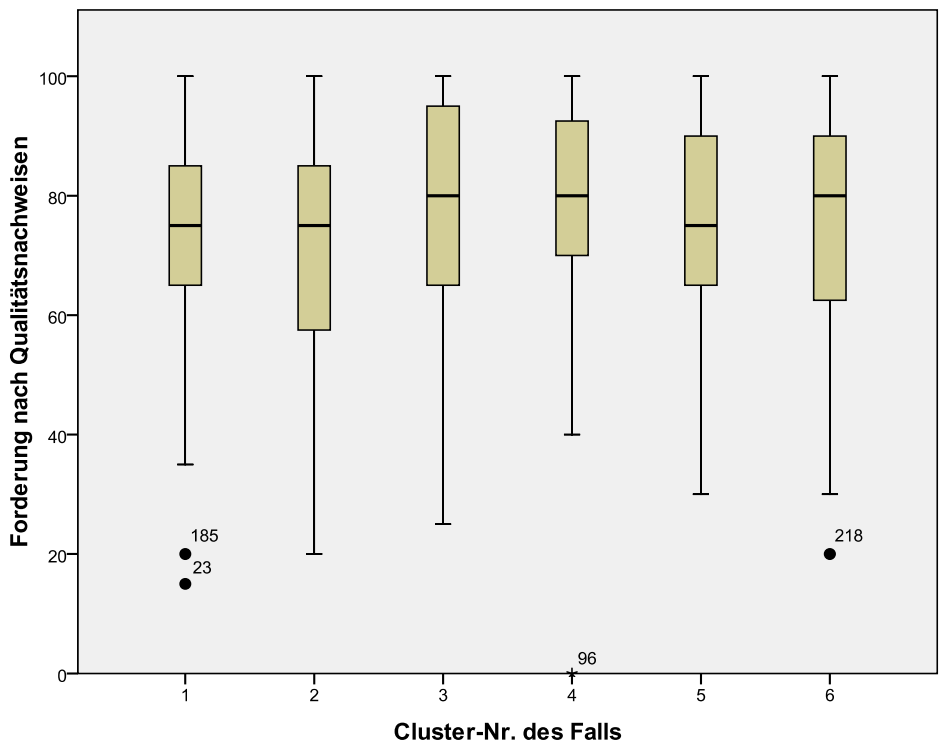


Abbildung 98: Forderung von Qualitätsnachweisen je Cluster





Weitere Variablen, welche zur Typisierung der Patienten herangezogen werden, sind die Befürwortung der Speicherung von Daten auf einer eGK (Abbildung 99) sowie die Informationsquellen, auf die bei medizinischen Fragen (Abbildung 101) und Fragen zum Gesundheitssystem (Abbildung 100) zurückgegriffen wird. Des Weiteren werden der Hausarztbezug der Patienten (Abbildung 102), die Häufigkeit der Arztbesuche beim Hausarzt (Abbildung 103) und Facharzt (Abbildung 104) sowie die Gründe für Arztbesuche (Abbildung 105) untersucht. Betrachtet werden abschließend noch die Befürwortung von ärztlicher Zusammenarbeit (Abbildung 106) und die Aufgeschlossenheit der Patienten gegenüber MVZ (Abbildung 107). Zuletzt werden die Bewertung des eigenen Informationsstands sowie die Informationsmöglichkeiten im Gesundheitswesen bewertet (Abbildung 108).

Abbildung 99: Erwünschte Datenspeicherung auf der Gesundheitskarte

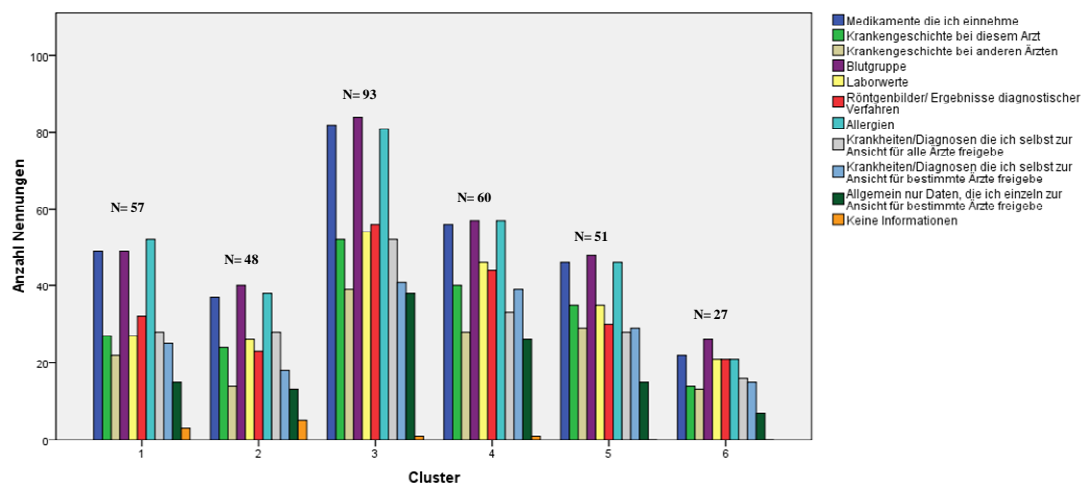


Abbildung 100: Regelmäßige Informationsquellen für Fragen zum Gesundheitssystem

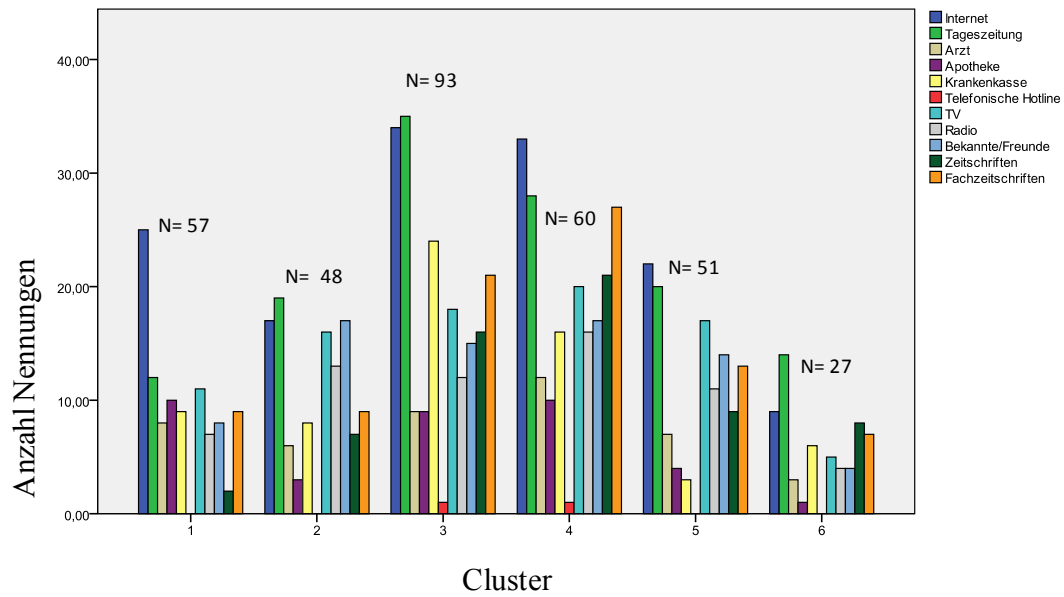


Abbildung 101: Regelmäßige Informationsquellen für medizinische Fragen

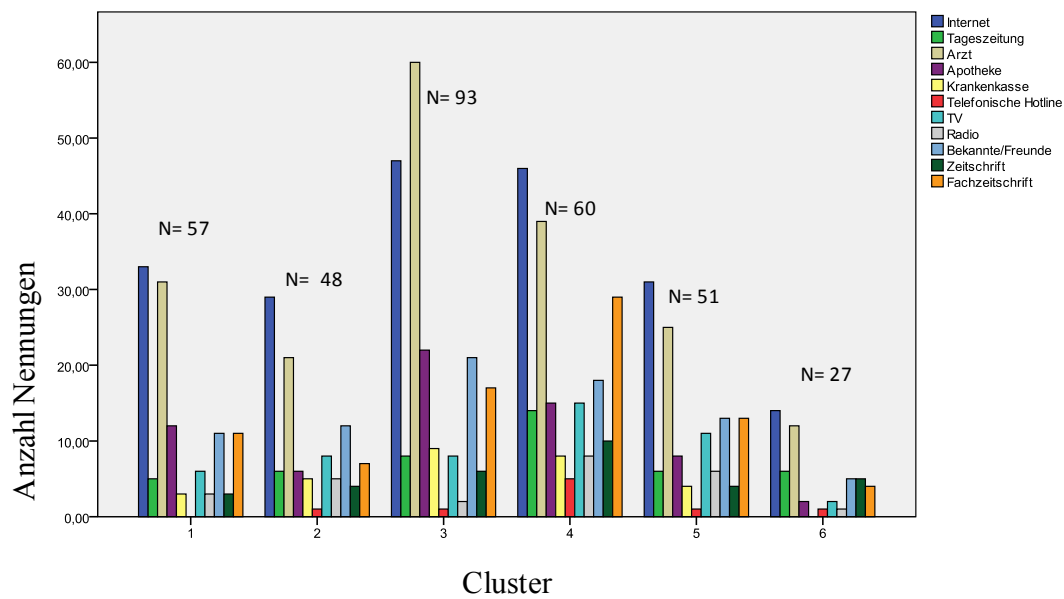


Abbildung 102: Hausarztbezug nach Clustern

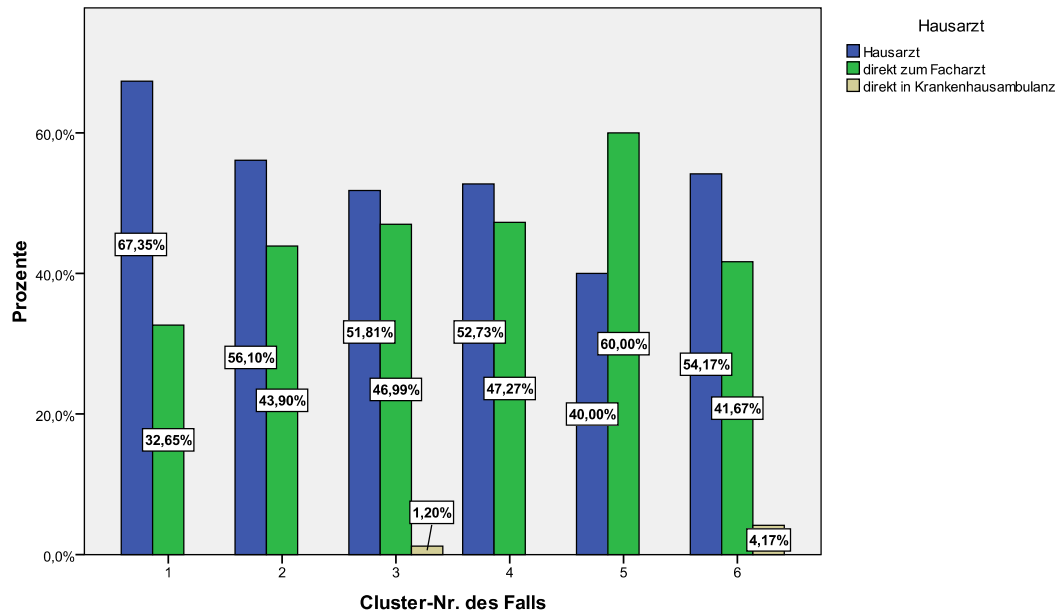


Abbildung 103: Häufigkeit an Hausarztbesuchen nach Clustern

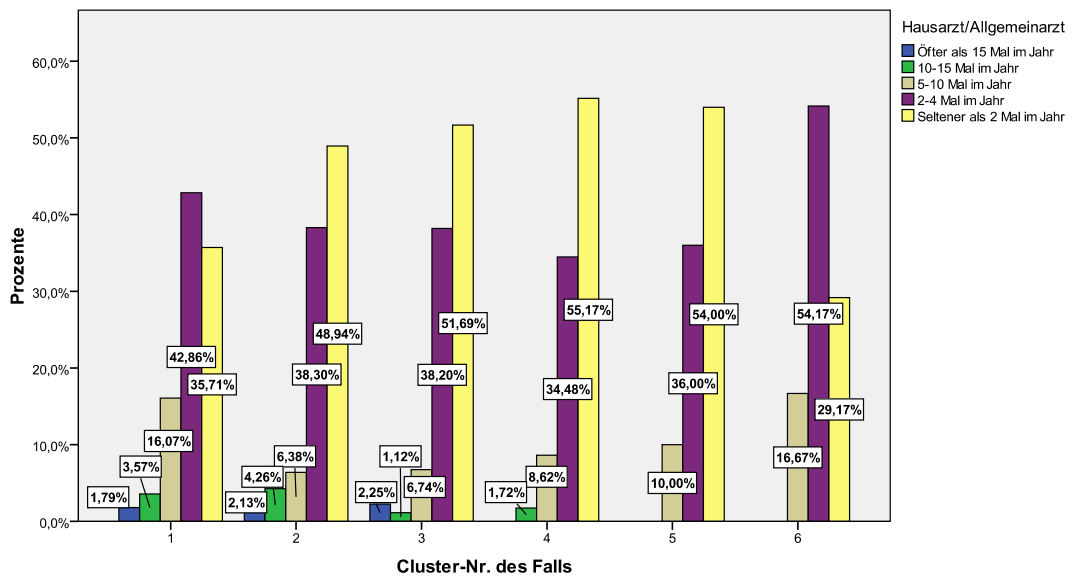


Abbildung 104: Häufigkeit an Facharztbesuchen nach Clustern

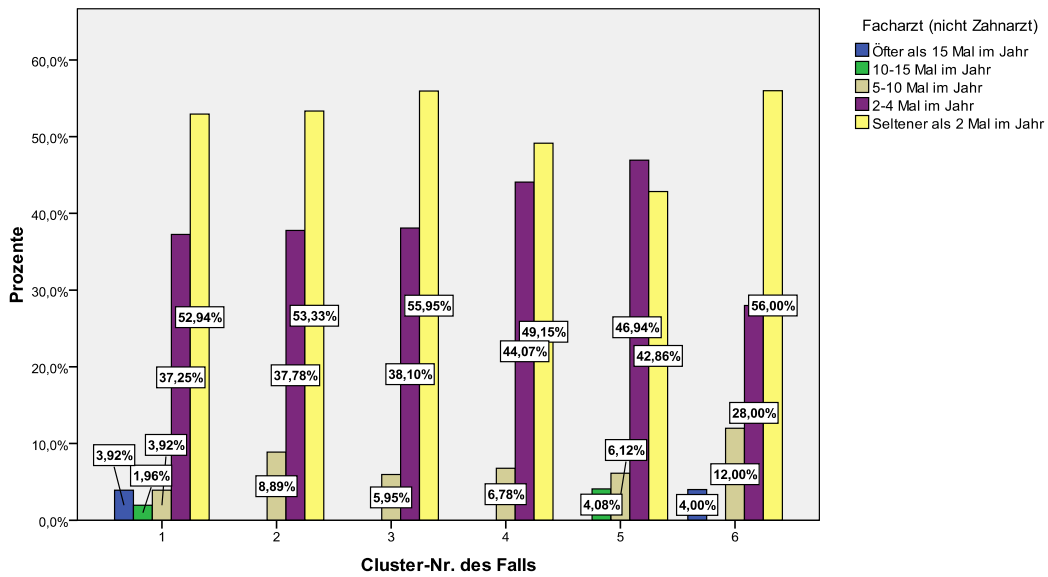


Abbildung 105: Gründe für den Arztbesuch nach Clustern

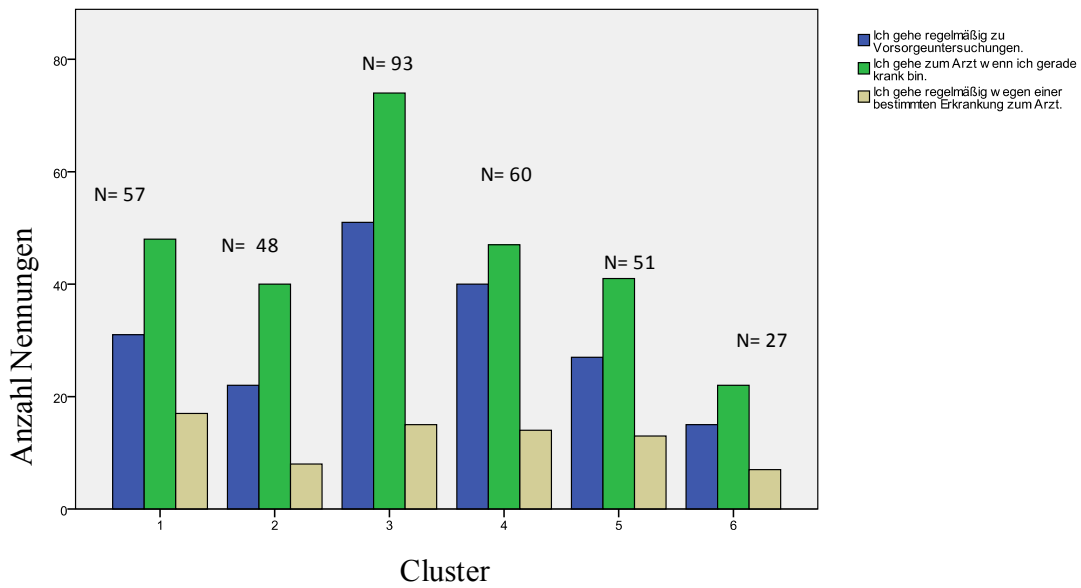


Abbildung 106: Mittelwerte der Befürwortung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten je Cluster

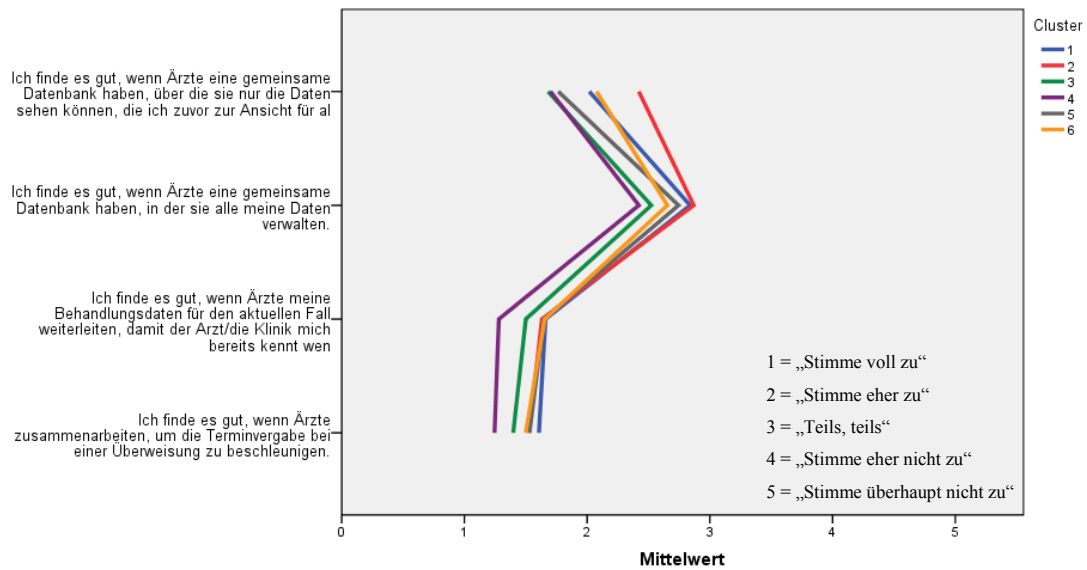


Abbildung 107: Mittelwerte der Einstellung zu einem MVZ je Cluster

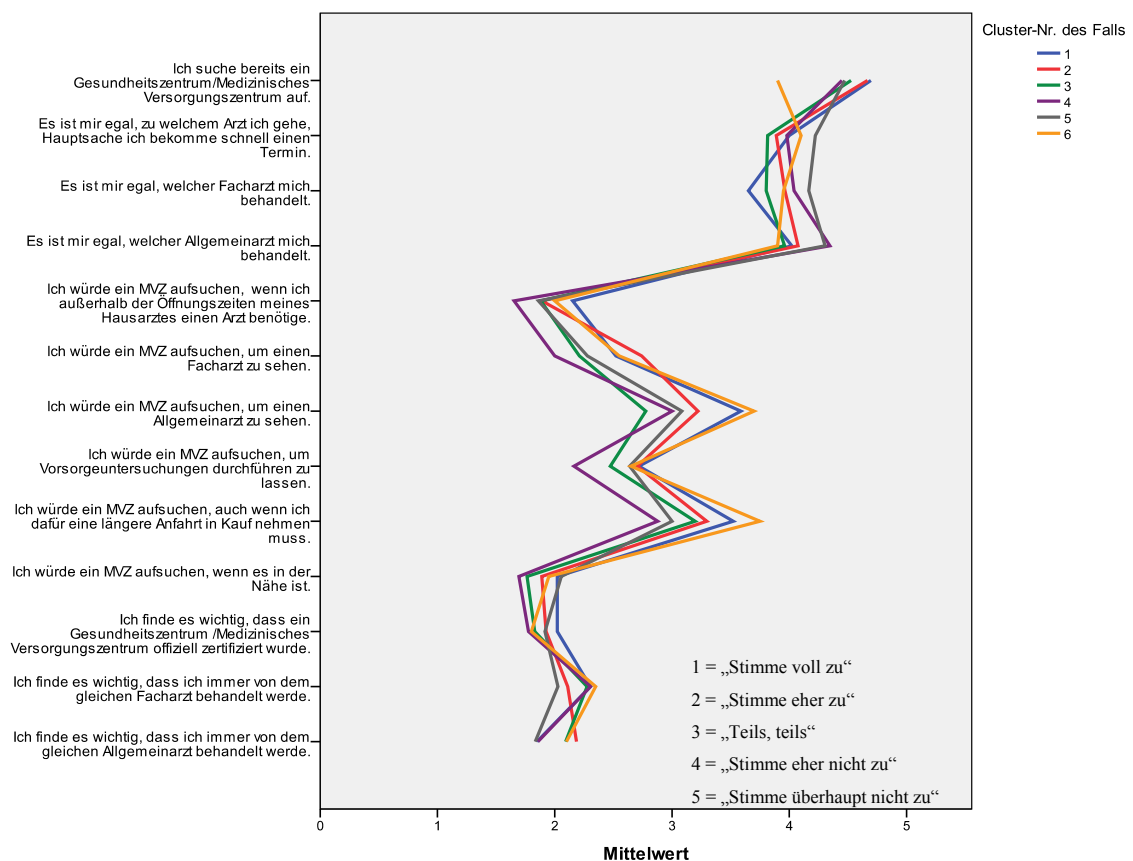
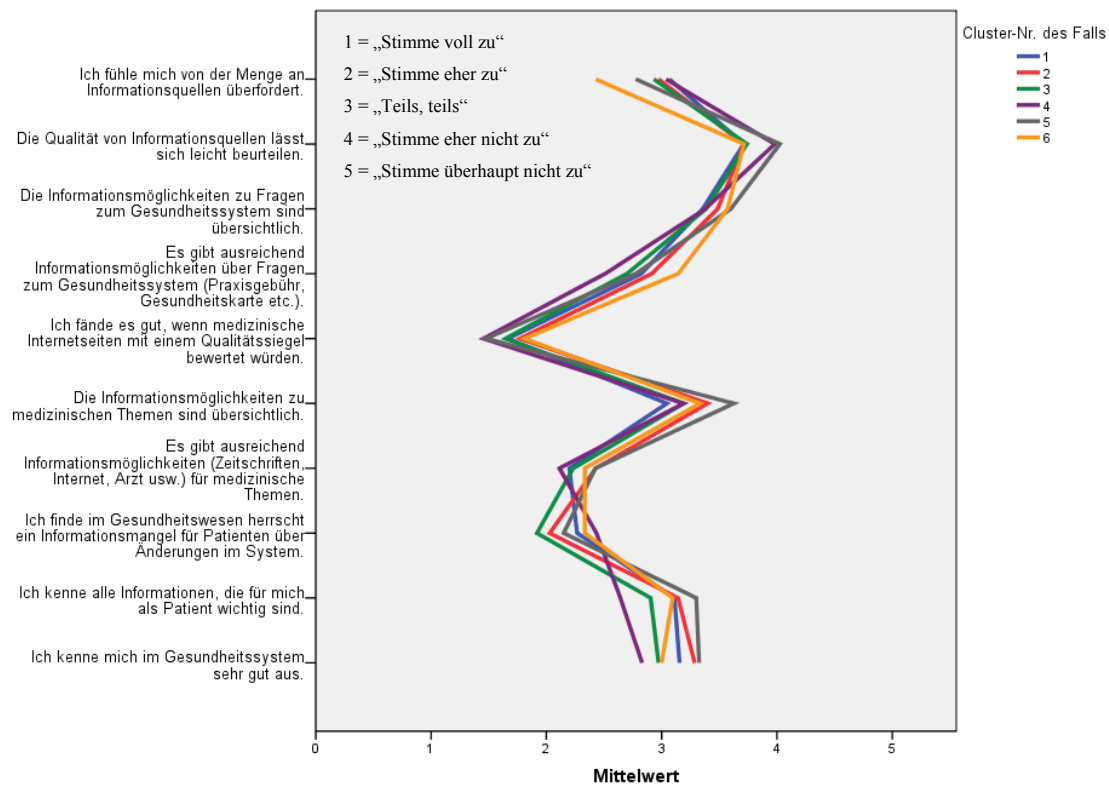


Abbildung 108: Bewertung des eigenen Kenntnisstands und der Informationsverfügbarkeit



### 7.5.3 Patiententypisierung

Nachdem die unterschiedlichen Ausprägungen der passiven Variablen je Cluster dargestellt wurden, kann eine **Patiententypisierung** durchgeführt werden. Hierbei wird anhand der Ergebnisse aus Kapitel 7.5.2 untersucht, durch welche Eigenschaften sich die einzelnen Segmente auszeichnen. Es wird entsprechend je Segment ein Patiententyp charakterisiert.

Den Clustern werden je nach Ausprägung der beiden aktiven Variablen „Zahlungsbereitschaft“ und „Patientenmündigkeit“ sowie nach ihren Eigenschaften Bezeichnungen zugeordnet, um die Identifizierung zu erleichtern. Sie können der nachfolgenden Tabelle 78 entnommen werden. Das Wort „Leistungsempfänger“ wurde hierbei für die Gruppen verwendet, welche eine sehr geringe Zahlungsbereitschaft aufweisen. Alle anderen werden als Kunden bezeichnet.

Tabelle 78: Benennung der Kundencluster

Cluster	Bezeichnung
1	„der bedachte, zahlungsbereite Kunde“
2	„der zurückhaltende, zahlungsscheue Leistungsempfänger“
3	„der anspruchsvolle, zahlungsbereite Kunde“
4	„ <b>DER</b> Kunde“
5	„der zurückhaltende, zahlungsfreudige Kunde“
6	„der anspruchsvolle, zahlungsscheue Leistungsempfänger“

Eine zusammenfassende Übersicht über die Eigenschaften der einzelnen Patiententypen findet sich in Tabelle 79 (S. 324).

Der **bedachte, zahlungsbereite Kunde** zeigt eine mittlere Zahlungsbereitschaft, ist jedoch zurückhaltend in seiner Meinungsäußerung und seinem Auftreten. Dies könnte in dem vorwiegend noch jungen Alter der Teilnehmer liegen. Die Gruppe besteht überwiegend aus Frauen und aus gesetzlich Versicherten. Das Internet nutzen sie im Allgemeinen hauptsächlich zur Kommunikation per E-Mail. Bezogen auf das Gesundheitssystem ist das Internet jedoch die Informationsquelle der Wahl. Dies gilt auch für medizinische Fragen, wobei sie hier auch stark auf den Arzt vertrauen. Trotz ihrer zurückhaltenden Art haben sie hohe Ansprüche an Serviceleistungen. Patienten dieses Typs verfügen über einen mittleren Informationsstand. Sie tendieren zu häufigen Arztbesuchen und zeigen einen starken Hausarztbezug. Dies könnte jedoch auch an dem hohen Anteil gesetzlich Versicherter in dieser Gruppe liegen. Gegenüber neuen Wegen der Zusammenarbeit und neuen Strukturen wie Medizinischen Versorgungszentren sind sie eher skeptisch eingestellt.

Tabelle 79: Patiententypologie

Typ Merkmal	„der bedachte, zahlungsbereite Kunde“ (1)	„der zurückhaltende, zahlungsscheue Leistungsempfänger“ (2)	„der anspruchsvolle, zahlungsbereite Kunde“ (3)	„DER Kunde“ (4)	„der zurückhaltende, zahlungsfreudige Kunde“ (5)	„der anspruchsvolle, zahlungsscheue Leistungsempfänger“ (6)
<b>Schwerpunkte in der demografischen Struktur</b>	Vorwiegend junge, weibliche Patienten; überwiegend gesetzlich versichert; einige mit medizinischen Berufen im Gesundheitswesen	Vorwiegend junge Patienten; Geschlechtsverteilung ausgeglichen; mehrheitlich gesetzlich versichert; viele Schüler/Studenten; Tendenz zur Großstadt	Alle Altersgruppen; Geschlechtsverteilung ausgeglichen; hoher Anteil mit höherem Bildungsabschluss; überwiegend Angestellte und Selbstständige; Tendenz zur Großstadt	Vorwiegend mittleres Alter; erhöhter Frauenanteil; hoher Anteil mit höherem Bildungsabschluss; viele nicht-medizinische Berufe im Gesundheitswesen und Selbstständige; überwiegend privat versichert	Alle Altersgruppen; vorwiegend weiblich; überwiegend gesetzlich versichert; überwiegend Angestellte	Mittleres bis gehobenes Alter, überwiegend männlich, verhältnismäßig hoher Anteil mit Haupt-/Realschulabschluss, Angestellte und Rentner, Tendenz zur Kleinstadt; erhöhter Anteil chronisch Kranker
<b>Servicebedarf</b>	Sehr hoch	Etwas zurückhaltender	Sehr hoch	Sehr hoch	Etwas zurückhaltender	Sehr hoch
<b>Nutzungshäufigkeit Internet allgemein</b>	Internet hauptsächlich zur E-Mail Kommunikation	Häufiger Internetnutzer, auch in Foren aktiv	Häufiger Internetnutzer, fordert Präsenz von Praxen im Internet	Häufiger Internetnutzer, auch für medizinische Themen	Internetnutzung im mittleren Bereich	Eher seltener Internetnutzer, mit Ausnahme privater E-Mail Kommunikation
<b>Informationsstand</b>	Mittlerer Informationsstand	Mittlerer bis niedriger Informationsstand	Mittlerer Informationsstand, bemängelt die Informationslage über das Gesundheitssystem	Guter Informationsstand, verfügt über ausreichende Informationen	Niedriger Informationsstand, bemängelt Intransparenz der Informationsmöglichkeiten	Eher niedriger Informationsstand, leicht überfordert durch Fülle und Intransparenz des Informationsangebots
<b>Informationsquellen für Strukturfragen</b>	Vorwiegend Internet	Internet, Tageszeitung, TV, Bekannte/Freunde	Internet, Tageszeitung, Krankenkasse, Fachzeitschriften	Internet, Tageszeitung, TV, Zeitschriften, Fachzeitschriften	Internet, Tageszeitung, TV, Bekannte/Freunde, Fachzeitschriften	Internet, Tageszeitung, (Fach-)Zeitschriften
<b>Informationsquellen für medizinische Fragen</b>	Internet, Arzt	Internet, Arzt	Internet, Arzt, Apotheke	Internet, Arzt, Fachzeitschrift	Internet, Arzt	Internet, Arzt
<b>Hausarztbezug</b>	Starker Hausarztbezug	Leichter Hausarztbezug	Hausarzt und Facharzt	Hausarzt und Facharzt	Eher direkt zum Facharzt	Leichter Hausarztbezug
<b>Häufigkeit Arztbesuch</b>	Tendenz zu häufigen Arztbesuchen	Selten, einige öfters	Mittel bis seltener Arztbesuch, aktive Vorsorge	Regelmäßiger Arztbesuch	Regelmäßiger Arztbesuch	Mittlere Häufigkeit an Arztbesuchen
<b>Befürwortung Zusammenarbeit</b>	Noch skeptisch gegenüber Zusammenarbeit und Austausch	Sieht Zusammenarbeit und Austausch kritisch	Befürwortet Zusammenarbeit und Austausch unter Ärzten	Fordert Zusammenarbeit und Austausch unter Ärzten	Keine Eindeutige Haltung zur Zusammenarbeit, Tendenz positiv	Keine Eindeutige Haltung zur Zusammenarbeit, Tendenz positiv
<b>Einstellung MVZ</b>	Starker Hausarztbezug, von daher eher skeptisch	Eher zurückhaltend	Tendenz zur Befürwortung	Befürwortet MVZ für Vorsorge und Facharztbesuche	Legt Wert auf Arztwahl, Tendenz zur Aufgeschlossenheit	Nutzt MVZ, wenn Arztpraxis geschlossen ist, ansonsten eher zurückhaltend

Cluster 2 zeigt in beiden Variablen die niedrigste Ausprägung und wird folglich als **zurückhaltender, zahlungsscheuer Leistungsempfänger** bezeichnet. Diese Gruppe zeichnet sich durch den höchsten Anteil an jungen Patienten aus und enthält viele Schü-



ler und Studenten, worin die weniger stark ausgeprägte Mündigkeit mit begründet sein könnte. Ein weiterer Grund hierfür ist mit Sicherheit der eher niedrige Kenntnisstand bezogen auf das Gesundheitssystem und die für Patienten wichtigen Informationen. Die Forderung nach Serviceleistungen ist in diesem Cluster mit am geringsten. Die Teilnehmer sind mit dem Internet vertraut, nutzen es sowohl zur Informationsrecherche als auch zur Kommunikation per E-Mail und gelegentlich in Foren. Die Bewertung von Ärzten in Foren lehnen sie jedoch eher ab. Auch dies passt zum Bild des eher zurückhaltenden Patienten. Es besteht eine leichte Tendenz, zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Des Weiteren betrachtet diese Gruppe die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern, sowohl in Bezug zum Datenaustausch als auch in Form eines MVZ eher kritisch.

Der **anspruchsvolle, zahlungsbereite Kunde** tritt dem Arzt gegenüber souverän auf und ist durchaus bereit, auch selbst eine Geldleistung zu erbringen, wenn der Kontext stimmt. In diesem Cluster sind alle Altersgruppen vertreten. Der Bildungsabschluss dieser Patienten ist tendenziell gehobener. Der Patiententyp zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Angestellten und Selbstständigen und Bewohnern größerer Städte aus. Die Ansprüche an Serviceleistungen sind sehr hoch. Die Patienten dieser Gruppe haben einen mittleren Informationsstand, bemängeln jedoch die Bereitstellung an Informationen über das Gesundheitssystem und fordern eine Präsenz von Leistungserbringern im Internet in Form einer Homepage. Sie gehen regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen und sehen den Arzt als wichtigste Informationsquelle für medizinische Fragen. Dem Datenaustausch und der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern stehen sie positiv gegenüber. Auch die Bereitschaft ein MVZ aufzusuchen ist zu erkennen.

Cluster 4 wird als **DER Kunde** schlechthin bezeichnet. Es bedeutet nicht, dass er der beste und angenehmste Kunde ist, sondern lediglich dass die beiden Variablen, welche der Clusterbildung zugrunde liegen bei diesem Typ am stärksten ausgeprägt sind. Das Cluster ist von Patienten mittleren Alters geprägt, verzeichnet einen erhöhten Frauenanteil und viele Personen, die in nicht-medizinischen Berufen im Gesundheitswesen tätig sind. Dies erklärt den vergleichsweise hohen Informationsstand und die Selbsteinschätzung, alle für ihn notwendigen Informationen zur Verfügung zu haben. Dieses Cluster zeichnet sich durch viele Teilnehmer mit gehobenem Bildungsstand aus. Zudem sind in

dieser Gruppe viele Selbstständige und privat Versicherte. Der Wunsch nach Serviceleistungen ist sehr hoch, das Internet wird – auch im medizinischen Bereich – sehr häufig genutzt. Entsprechend ist es auch Informationsquelle Nummer 1, noch vor dem Arzt und Fach- bzw. Tageszeitungen. Dieser Patiententyp geht regelmäßig zum Arzt und fordert die Zusammenarbeit und den Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern. Ein MVZ würde er für Vorsorgeuntersuchungen oder Termine bei einem Facharzt aufsuchen, weniger jedoch um einen Allgemeinarzt zu sehen, da hier der Arztbezug wichtig ist.

Der **zurückhaltende, zahlungsfreudige Kunde** ist durchaus bereit, für eine Verbesserung oder Erweiterung der Leistung zu zahlen. Er tritt jedoch eher weniger selbstbewusst auf, was sich auch in der Äußerung des Serviceanspruchs bemerkbar macht. Es sind alle Altersgruppen enthalten, wobei der Frauenanteil leicht überwiegt. Er nutzt das Internet zur Kommunikation und als Informationsquelle. Der Informationsstand ist niedriger als in den anderen Clustern, was sich auch in der Bemängelung der Intransparenz der Informationsquellen zeigt. Patienten dieses Typs suchen bevorzugt direkt einen Facharzt auf und legen sehr viel Wert auf die Arztwahl. Dennoch scheinen sie einer Zusammenarbeit der Ärzte und dem Besuch eines MVZ gegenüber nicht ganz abgeneigt.

Die kleinste Gruppe ist der **anspruchsvolle, zahlungsscheue Leistungsempfänger**. Sie enthält vorwiegend Patienten mittleren bis hohen Alters und entsprechend einen großen Anteil an Rentnern/Pensionären. Die Männer überwiegen in diesem Cluster sehr deutlich, ebenso wie die Teilnehmer aus Kleinstädten. Des Weiteren hat diese Gruppe den höchsten Anteil an Patienten mit Haupt-/Realschulabschluss. Der Patiententyp zeichnet sich durch hohe Serviceansprüche aus. Das Internet wird seltener genutzt als in den übrigen Gruppen, jedoch zur privaten Kommunikation per E-Mail häufig eingesetzt. Eine verstärkte Internetnutzung wird in medizinischen Themen für die Zukunft bejaht. Auch in dieser Gruppe zeigt sich ein niedrigerer Informationsstand bei gleichzeitig leichter Überforderung mit der Informationsfülle und Intransparenz im Gesundheitswesen. Die Tageszeitung ist neben dem Internet und dem Arzt die wichtigste Informationsquelle. Es besteht durchaus ein Bezug zum Hausarzt, welcher regelmäßig aufgesucht wird, wohingegen der Facharztbesuch eher selten ist.

## 8 Implikationen der empirischen Untersuchung für die Umsetzung des Konzeptes der Mass Customization und des Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken

### 8.1 Allgemeine Implikationen der empirischen Untersuchung

#### 8.1.1 Wahl der Methode der Mass Customization

Zur Umsetzung der Mass Customization ist es notwendig, den Markt zunächst in Zielgruppen einzuteilen,<sup>1039</sup> um die Segmente dann jeweils detaillierter – bis hin zum einzelnen Kunden und dessen Wünschen in unterschiedlichen Situationen – zu betrachten. Die empirische Untersuchung hat gezeigt, dass es mit Hilfe statistischer Verfahren möglich ist, Patienten in unterschiedliche Gruppen einzuordnen. In Abhängigkeit der Merkmale können dann unterschiedliche Methoden oder auch ein **Methoden-Mix der Mass Customization**<sup>1040</sup> angewandt werden.

In Abhängigkeit des Patiententyps und der einzelnen Module der Leistungserstellung bieten sich für die Umsetzung des Ansatzes verschiedene Methoden an. Für die **mündigen Patienten** (Cluster 3, 4 und 6) kann im Rahmen der Informationsbereitstellung und besonderer Serviceleistungen der **anpassungsfähige Ansatz** gewählt werden. Der Kunde kann sich sowohl die Zusammensetzung der gewünschten Informationen als auch die Übermittlungsweise selbst erstellen. Er kann z. B. die Inhalte der Homepage selbst steuern, Erinnerungs- und Informationsdienste abonnieren und Informationsbroschüren zu bestimmten Themen bestellen. Die Möglichkeiten des Angebots sind vielfältig. In Bezug auf Serviceleistungen können Module gesundheitsbezogener, gesellschaftlicher Aktivitäten zur Auswahl gestellt werden. Der Patient kann hier aus unterschiedlichen Sportangeboten, Kochkursen, Vortragsreihen etc. auswählen.

---

<sup>1039</sup> Vgl. Kapitel 4.2.2.

<sup>1040</sup> Vgl. Kapitel 4.2.2.

Die Aufgeschlossenheit des Patienten spielt auch in der direkten Leistungserbringung eine Rolle. **Mündige Patienten** (Cluster 3, 4 und 6) geben ihre Meinung kund. Dies bedeutet für den Ansatz der Mass Customization, dass es den Mitarbeitern leicht fallen wird, die Wünsche und Bedürfnisse dieser Patienten zu erfassen. In diesem Zusammenhang bietet sich folglich der **Ansatz der transparenten Mass Customization** an. Hier ist der Übergang zum CRM fließend, da dieser Ansatz nicht ohne eine gute CRM-Software umsetzbar ist. Die Mitarbeiter und auch der Arzt müssen eine Sensibilität für die Kunden entwickeln, und jegliche Wunschaussagen erfassen, sodass sie diese beim nächsten Besuch direkt berücksichtigen können. Bringt man der Meinung und den Wünschen seiner Kunden Wertschätzung entgegen, wenn sie diese äußern, kann dies bereits zu einer erhöhten Zufriedenheit und einer festeren Kundenbindung führen.

Für **zurückhaltende Patienten** (Cluster 1, 2 und 5) besteht beim anpassungsfähigen Ansatz die Gefahr, dass sie sich rasch überfordert fühlen. Sie kennen sich im Gesundheitssystem nicht so gut aus und haben auch das Gefühl, nicht alle Informationen zu kennen, die für sie als Patient von Bedeutung wären (Abbildung 108, S. 322). Für sie ist es wichtig, an die Hand genommen und gut beraten zu werden. Folglich bietet sich der **kooperative Ansatz** an. Dies kann durch eine aktive Gesprächssteuerung und Ermunterung durch den Arzt und das Personal erfolgen oder auch durch einen Coach. So könnte hier z. B. mi adidas als Vorbild genommen werden. In diesem Beispiel wird der Kunde von einem Verkäufer betreut. Zusammen erstellen sie mit Hilfe eines Konfigurators das optimale Produkt. Überträgt man dieses Beispiel auf das Gesundheitsnetzwerk, kann der Coach einen chronisch kranken Patienten eines zurückhaltenden Typs (Cluster 1, 2 und 5) bei der Erstellung seines Disease Management Programms unterstützen, indem er alle zur Verfügung stehenden Module erklärt und dem Patienten hilft, das für ihn am besten geeignete Programm auszuwählen. Dies bedeutet für ein Gesundheitsnetzwerk, dass sowohl die Ärzte als auch das Personal Schulungen in der Gesprächsführung erhalten müssen. Bezogen auf das Internetangebot können im Rahmen der kooperativen Mass Customization einfachere Auswahlmodelle entwickelt werden.

Als Beispiel für die Anpassung einer Homepage an unterschiedliche Kundenansprüche können hier Automobilhersteller dienen. Die Adam Opel GmbH bietet auf ihrer Homepage z. B. zwei unterschiedliche Konfiguratoren an, um das Wunschauto zusammenzu-

stellen. In der anpassungsfähigen Version stehen dem Kunden viele einzelne Module zur Verfügung, welche er flexibel, nach persönlichen Auswahlkriterien zusammenstellen kann. In der anderen, kooperativeren Version kann ein Auto in sechs einfachen, stark angeleiteten Schritten in einer festen Reihenfolge zusammengestellt werden.<sup>1041</sup>

### 8.1.2 Anhaltspunkte für die Umsetzung der Interaktionsphasen der Mass Customization

Wie in Kapitel 4.2.4 dargestellt, wird die Interaktion mit dem Kunden in 4 Phasen unterteilt, die (personalisierte) Kommunikation, die Kundenintegration, die personalisierte Dienstleistung und die individuelle Kundenbeziehung.

Das Ziel der **Kommunikationsphase** dient zunächst dazu, die Aufmerksamkeit des (potenziellen) Kunden zu gewinnen. Gesundheitsnetzwerke haben die Möglichkeit, über eine gemeinsam betriebene Bereitschaftspraxis eine Anlaufstelle auch außerhalb der gewöhnlichen Öffnungszeiten einer Arztpraxis anzubieten.<sup>1042,1043</sup> Tabelle 42 (S. 248) zeigt, dass sich der Anteil der Befragten, die bei Bedarf direkt in die Notaufnahme eines Krankenhauses fahren ungefähr mit dem Anteil deckt, der den Bereitschaftsdienst anruft. Wird eine Anlaufpraxis betrieben, ist es folglich wichtig, die Existenz dieser aktiv zu kommunizieren. Patienten müssen wissen, dass sie dort auch außerhalb der Öffnungszeiten einen Arzt konsultieren können. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Anlaufpraxis zu einem der stärksten Akquisitionsinstrumente für neue Kunden im Verbund eines Netzwerkes entwickelt werden kann. Auch wird sie maßgeblich zur Loyalisierung der Kunden beitragen. Ist der Patient auf das Netzwerk aufmerksam geworden, müssen ihm die Vorteile des Netzwerkgedankens, aber auch der individualisierten Leistungserstellung aufgezeigt werden. Die Möglichkeiten der Interaktion mit dem Netzwerk sollten dargestellt werden. Zudem erfolgt eine erste Einschätzung des Patiententyps, um die richtige Kommunikationsstrategie zu wählen.

---

<sup>1041</sup> Vergleiche hierzu die Homepage des Unternehmens: [http://www.opel.de/shop/cars/astra-ng/config/-configstart.act?.](http://www.opel.de/shop/cars/astra-ng/config/-configstart.act?)

<sup>1042</sup> Vgl. Rüschemann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000), S. 11; vgl. auch Ahlert, D.; Evanschitzky, H.; Ahlert, M. (2003), S. 404, 407.

<sup>1043</sup> Vgl. Kapitel 2.3.3.3.

Patientenberatungsstellen werden laut Umfrageergebnissen als wichtig angesehen (Tabelle 37, S. 246). Die Zusammenarbeit mit einer solchen oder deren Integration in das Netzwerk ist folglich durchaus in Erwägung zu ziehen. Es könnte durch die Patienten als Wettbewerbsvorteil wahrgenommen werden und die Kundenbindung erhöhen.

In der **Phase der Kundenintegration** wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, das Netzwerk kennenzulernen. Dieser Prozess kann durch Veranstaltungen wie ein Tag der offenen Tür und Informationsbroschüren (über die im Netzwerk vertretenen Fachrichtungen, die Ärzte und die unterschiedlichen Veranstaltungs- und Serviceangebote) unterstützt werden. Je nach Typ kann der Patient dann alleine oder mit Unterstützung des Coaches die für ihn optimale Leistungskombination zusammenstellen.

Patienten befürworten die Zusammenarbeit verschiedener Ärzte, um die Abläufe zu verbessern und Wartezeiten zu reduzieren (Tabelle 43, S. 249). Das Bewusstsein, einen Arzt aufzusuchen der in ein Gesundheitsnetzwerk eingegliedert ist erhöht gleichzeitig auch die Ansprüche, die gestellt werden. Eine flüssige Zusammenarbeit wird in diesem Fall als Selbstverständlichkeit angesehen. Entsprechend groß ist die Enttäuschung, wenn dann nicht alles reibungslos verläuft. Wie in Kapitel 2.3.5.1 dargestellt wurde, wird die Qualität einer Leistung danach beurteilt, inwiefern das Ergebnis den Erwartungen entspricht. Ein Mensch, der viel erwartet, kann leichter enttäuscht werden als jemand, der nichts erwartet. Die Bereitstellung eines Krisenmanagement, welches das Vorgehen im Fall von Problemen vorgibt und sicherstellt, dass Patienten die eine Enttäuschung erlebt haben angemessen versorgt werden ist folglich unerlässlich. Der Patient muss zu jeder Zeit das Gefühl haben, dass sich die Leistungserstellung nach seinen Wünschen und Bedürfnissen richtet. Nur so erhält er den Eindruck, dass er eine **personalisierte Dienstleistung** erhält.

Im Rahmen der **individuellen Kundenbeziehung** ist es wichtig, anhand des Feedbacks neue Leistungen und Services zu erarbeiten. Auf Basis der lernenden Beziehung wird die Betreuung des Kunden angepasst. Der Kreislauf beginnt mit der personalisierten Kommunikation von Neuem.

### **8.1.3 Empirische Absicherung der Relevanz von Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken**

Die Ausführungen in Kapitel 7.1.3.2 haben gezeigt, dass die Versicherungsart der Teilnehmer kaum Einfluss auf das Anspruchsverhalten der Patienten hat. Gesetzlich Versicherte liegen in ihren Forderungen nach Serviceangeboten (vgl. Abbildung 49, S. 265) nicht hinter privat Versicherten zurück. Dennoch entsteht bei Gesundheitsnetzwerken nach wie vor der Eindruck, dass Netzwerke die auf Privatpatienten ausgerichtet sind einen höheren Wert auf Serviceangebote und einen Beziehungsaufbau zum Patienten legen.<sup>1044</sup> Es zeigt sich folglich, dass Gesundheitsnetzwerke der GKV in diesem Punkt von den Leistungserbringern für privat Versicherte lernen können. CRM bietet die optimale Möglichkeit, die Beziehung zum Patienten zu intensivieren.

Die Analyse der Befragungsergebnisse hat ergeben, dass ein Großteil der Patienten (ca. 90%, vgl. Tabelle 26, S. 238) in der Regel zwischen null und viermal im Jahr zum Arzt geht. Für den Arzt bedeutet dies, dass zwischen den Kontakten häufig längere Zeiträume liegen. Dennoch erwarten die Patienten, dass der Arzt ihre Krankheitsgeschichten kennt, dass er sich daran erinnert, welche Medikamente sie nehmen oder welche Probleme sie beim letzten Besuch hatten. Es besteht zwar die traditionelle Dokumentationspflicht, diese wird in vielen Arztpraxen jedoch noch in Form von Patientenkarteeien auf Papier geführt. Diese sind – gerade bei langjährigen Patienten und einer entsprechenden Vielfalt an Informationen – deutlich unübersichtlicher als die Variante des CRM-Systems. In gewisser Weise wird von den Patienten auch vorausgesetzt, dass der Leistungserbringer die Bedürfnisse und Vorlieben in Bezug auf Informationswünsche und Entscheidungspartizipation kennt. Bedenkt man nun, wie viele Patienten von einem Arzt behandelt werden, wird offensichtlich, dass es ohne die Hilfe strukturiert geführter Akten oder technischer Hilfsmittel wie z. B. einer CRM-Software nahezu unmöglich ist, diesen Ansprüchen gerecht zu werden.

Die Ausführungen in Kapitel 2.4 haben gezeigt, dass Patienten in ihren Ansprüchen zu Kunden werden. Sie erwarten eine grundlegende und ausführliche Information über alle

---

<sup>1044</sup> Vgl. Marstedt, G. (2009), S. 3-4; vgl. auch Braun, G. E.; Binder, A.; Burkart, J. et al. (2010), S. 110; Brillinger, C.; Meier, S. (2009), S. 94-95 und Güssow, J.; Burkart, J.; Braun, G. E. (2008), S. 22-23.

Behandlungsmöglichkeiten. Ein Großteil der Teilnehmer möchte die Entscheidungen zusammen mit dem Arzt treffen und nicht mehr allein darauf vertrauen, dass der Arzt die richtige Therapie für sie auswählt (Tabelle 29, S. 239). Dies fordert ein Umdenken auf Seiten der Ärzte. Ein Gesundheitsnetzwerk sollte entsprechenden Wert auf die Fortbildung der Kommunikationsfertigkeiten der Ärzte legen. Es sollte rhetorische Schulungen anbieten und die Soft Skills der Mitarbeiter stärken. Des Weiteren sollte das Personal darin geschult werden, die Wortwahl an das Bildungsniveau des Patienten anzupassen. Die besten Informationen bringen keinen Mehrwert, wenn der Empfänger sie nicht versteht. Zudem sollte eine Gesprächsatmosphäre geschaffen werden, in welcher sich der Patient auch traut Fragen zu stellen. Auch hier kann die CRM-Software unterstützend eingesetzt werden, indem die Patientenakte Angaben zum Informationsstand des Patienten enthält. Zudem kann der Arzt mit Hilfe dieser Instrumente exakt verfolgen, welche Informationsbroschüren bereits an den Patienten versandt wurden.

## **8.2 Verantwortlichkeiten für Mass Customization und Customer Relationship Management in Gesundheitsnetzwerken**

Zur erfolgreichen Implementierung von Mass Customization und CRM in Gesundheitsnetzwerken ist es wichtig, Verantwortlichkeiten zu definieren. Dies bedeutet, dass es eine **entscheidende Instanz** geben muss, die alle Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten definiert, koordiniert und kontrolliert. Dies kann in Form eines Verwaltungsgremiums, eines Vorstandes, eines Beirats oder anderen – je nach rechtlicher Struktur des Netzwerkes passenden Institutionen erfolgen.

Die Bestimmung eines Verantwortlichen für den Bereich **Public Relations (PR)** und **Marketing** ist unerlässlich. In seinen Aufgabenbereich würde es fallen, eine Patiententypisierung auf Basis eigener empirischer Erhebungen durchzuführen und anschließend Strategien zur Umsetzung von Mass Customization und CRM zu entwickeln. Er ist in Zusammenarbeit mit dem Management des Netzwerkes für die Durchführung aller Marketingaktivitäten verantwortlich. Des Weiteren zählt die Imagebildung zu den Aufgaben dieses Mitarbeiters. Es ist ihm auch die Verantwortung zu übertragen, bei allen standardisierten Prozessen auf das Potenzial, die Umsetzung und Einhaltung von Mass



Customization Prinzipien zu achten und hierüber regelmäßig dem Management zu berichten.

Als weitere Rolle bedarf es eines Zuständigen für die **interne Kommunikation** und das **Personal**. Dieser muss festlegen, welcher Schulungsbedarf für die jeweiligen Mitarbeiter besteht und welche Ansätze zur Motivation verfolgt werden können. In diesen Bereich fallen unter enger Zusammenarbeit mit dem Marketing auch Strategien zur Bildung einer Corporate Identity.

Wie zuvor dargestellt sollte ein Gesundheitsnetzwerk einen **Coach** beschäftigen, welcher den Patienten als Ansprechpartner in allen Fragen zur Seite steht. Dieser soll den Netzwerkgedanken verständlich kommunizieren und als Vermittler zwischen Netzwerk und Patient tätig sein. Seine Aufgabe wäre es zudem, die flüssige Steuerung des Patienten zwischen den Leistungserbringern zu unterstützen. Der Coach spielt in der Implementierung eines kooperativen Mass Customization Ansatzes und im CRM naturgemäß eine Schlüsselrolle.

Letztlich bleibt der Bedarf einer einheitlichen **IT-Betreuung** zu betonen. Die Funktionalität des IuK-Systems als Basis der Ansätze der Mass Customization und des CRM ist ein essenzieller Erfolgsfaktor. Ein reibungsloser Ablauf der IuK-Flüsse ist sicherzustellen.

### **8.3 Beispielhafte Implementierungsansätze von Mass Customization und Customer Relationship Management für ein Gesundheitsnetzwerk**

Im Folgenden werden zwei der sechs Kundensegmente aus der Typisierung herausgegriffen und genauer analysiert. Anschließend wird an diesen beiden Gruppen beispielhaft gezeigt, wie Mass Customization und CRM idealerweise umgesetzt werden kann. Für diese Ausarbeitung werden zwei Zielgruppen (Cluster) gewählt, welche möglichst unterschiedlich sind und über eine hohe Anzahl an Probanden verfügen, um statistisch relevante Aussagen treffen zu können. Die Wahl fällt entsprechend auf Cluster 3, den

anspruchsvollen, zahlungsbereiten Kunden (Kapitel 8.3.1) und auf Cluster 1, den bedachten Kunden (Kapitel 8.3.2).

### 8.3.1 Anspruchsvolle, zahlungsbereite Kunden

#### 8.3.1.1 Beschreibung der Zielgruppe

In Cluster 3 werden 93 Personen betrachtet. Es handelt sich hierbei um Patienten, welche sich durch eine **hohe Patientenmündigkeit** und eine **mittlere Zahlungsbereitschaft** auszeichnen (Abbildung 109). Sie sind im jungen bis mittleren Alter und auf beide Geschlechter in etwa gleichverteilt (Abbildung 110). Des Weiteren ist der hohe Anteil an Selbstständigen/Freiberuflern zu beachten (Abbildung 111). Die Gruppe enthält sowohl privat als auch gesetzlich versicherte Patienten (Abbildung 112).

Abbildung 109: Auswahl des Cluster 3 zur differenzierten Betrachtung

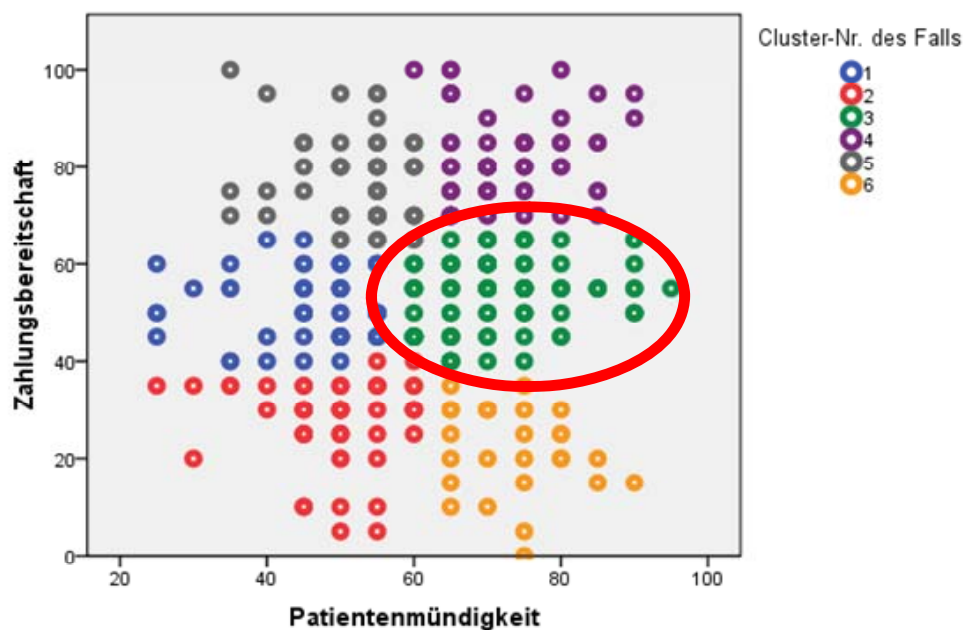


Abbildung 110: Alters- und Geschlechtsverteilung in Cluster 3

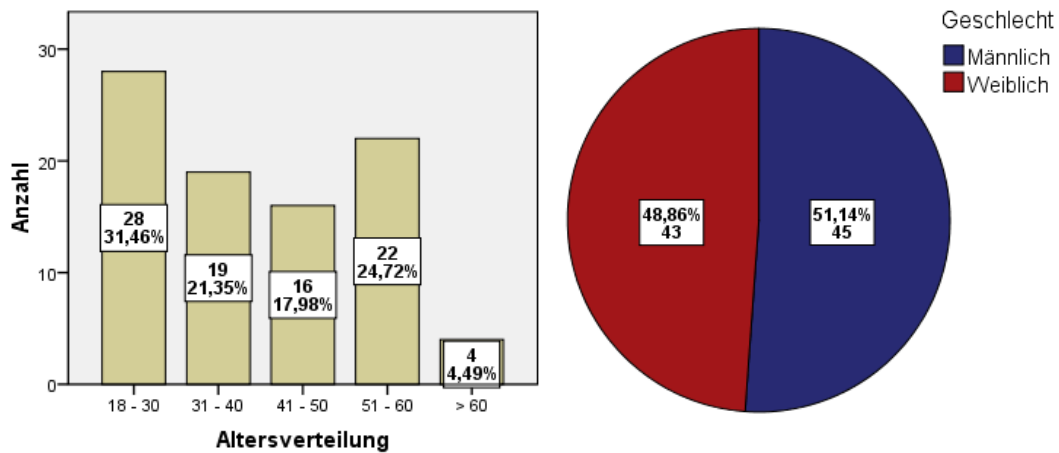


Abbildung 111: Beruf und Bildung in Cluster 3

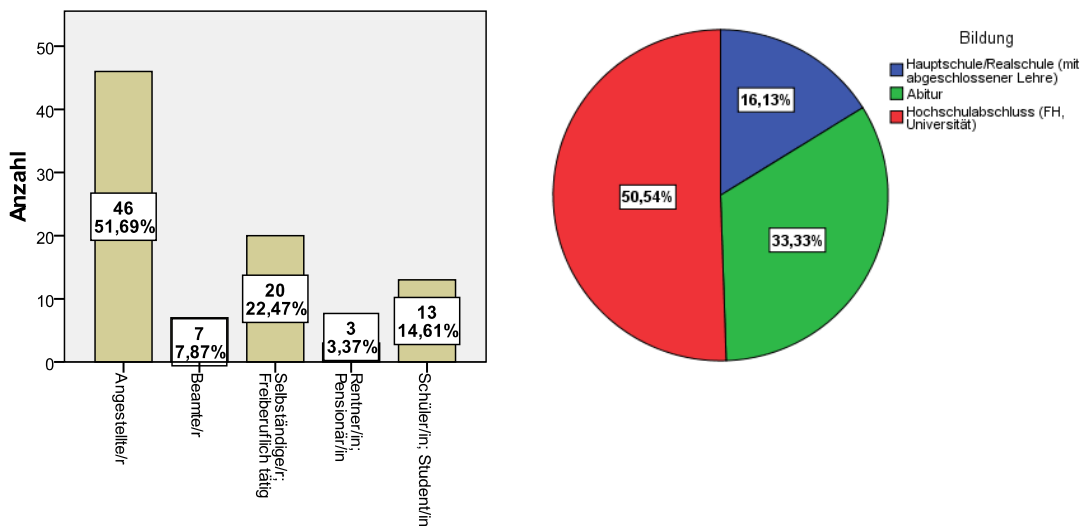
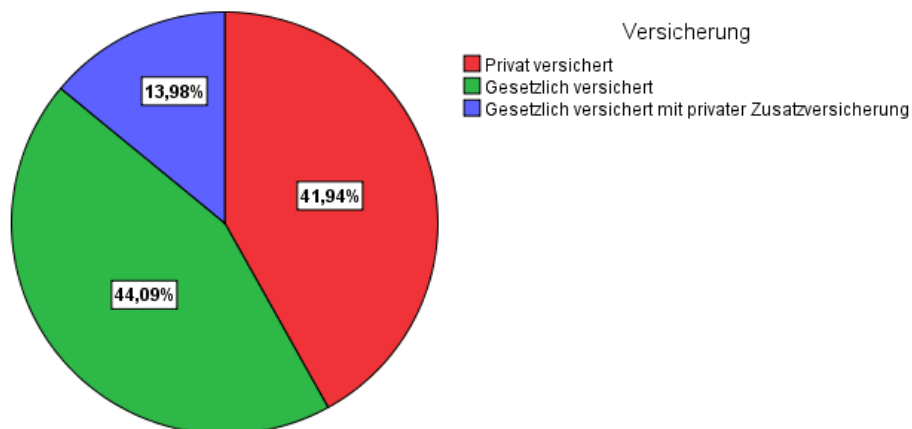


Abbildung 112: Versicherung der Patienten in Cluster 3



Der anspruchsvolle, zahlungsbereite Kunde zeichnet sich dadurch aus, dass er an der Entscheidungsfindung beteiligt und in den Leistungserstellungsprozess integriert wer-

den möchte. Er zeigt keine Scheu, seiner Unzufriedenheit mit der Arztentscheidung oder in organisatorischen Aspekten Ausdruck zu verleihen. Entsprechend bietet sich für dieses Kundensegment die kooperative und anpassungsfähige Mass Customization an, da diese den Kunden aktiv einbindet und er auch selbst tätig werden kann.

Die Patienten dieses Clusters zeichnen sich durch eher seltene Arztbesuche aus. Mehr als 50% gehen seltener als 2 Mal im Jahr zum Arzt. Dies bedeutet für das CRM, dass es für diese Gruppe wichtig ist, andere Wege der Kontaktaufnahme und der Beziehungspflege zu erarbeiten. Knapp 52% der Kunden können über den Hausarzt eingebunden werden. Entsprechend gilt es auch den recht hohen Anteil von ca. 48% der Patienten, welche direkt zum Facharzt gehen für den Beziehungsaufbau zum Gesundheitsnetzwerk zu begeistern (siehe Tabelle 81).

**Tabelle 80: Häufigkeit des Arztbesuchs in Cluster 3**

	Haus- /Allgemeinarzt		Facharzt (nicht Zahnarzt)		Krankenhausambulanz	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Öfter als 15 Mal im Jahr	2	2,2	0	0,0	0	0,0
10-15 Mal im Jahr	1	1,1	0	0,0	0	0,0
5-10 Mal im Jahr	6	6,7	5	6,0	1	1,5
2-4 Mal im Jahr	34	38,2	32	38,1	0	0,0
Seltener als 2 Mal im Jahr	46	51,7	47	56,0	65	98,5
<b>Gesamt</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	4		9		27	
<b>Gesamt</b>	<b>93</b>		<b>93</b>		<b>93</b>	

Unbedingt zu beachten ist allerdings, dass in der Ansprache eine klare Unterscheidung zwischen privat und gesetzlich Versicherten zu treffen ist, da diese fast spiegelbildlich konträr in ihren Präferenzen zu Hausarzt bzw. Facharzt sind (Tabelle 81). Dies ergibt für ein Netzwerk im Vergleich zu singulären Arztpraxen weitere Vorteile, da die für Privatpatienten wichtigeren Fachärzte durch untereinander abgestimmte, persönliche Ansprachen die Loyalität der Patienten erhöhen können. Für die Neukunden-Akquise kann eine im Rahmen des gesetzlich möglichen, geschickte Werbung die Affinität zum Facharzt nutzen, um das Netzwerk für Privatpatienten attraktiv darzustellen.

**Tabelle 81: Hausarztbezug nach Versicherungsart in Cluster 3**

Versicherung		Hausarztbezug			
		Hausarzt	direkt zum Facharzt	direkt in Klinik	Gesamt
Privat versichert	Anzahl	12	26	0	38
	% innerhalb von Versicherung	31,6%	68,4%	0,0%	100,0%
	% der Gesamtzahl	14,5%	31,3%	0,0%	45,8%
Gesetzlich versichert	Anzahl	23	11	1	35
	% innerhalb von Versicherung	65,7%	31,4%	2,9%	100,0%
	% der Gesamtzahl	27,7%	13,3%	1,2%	42,2%
Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung	Anzahl	8	2	0	10
	% innerhalb von Versicherung	80,0%	20,0%	0,0%	100,0%
	% der Gesamtzahl	9,6%	2,4%	0,0%	12,0%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>83</b>
	<b>% der Gesamtzahl</b>	<b>51,8%</b>	<b>47,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>100,0%</b>

Lediglich 54,8% der Befragten dieses Clusters (Tabelle 82) geben an, regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Dies bedeutet, dass hier ein Ansatzpunkt für das Angebot von Erinnerungsservices besteht. Knapp ein Viertel der Patienten ist chronisch krank (Tabelle 83), wodurch sich gute Ansätze für eine intensive Betreuung bieten. Hier können Marketingressourcen und z. B. Coaching zu eindeutigen Wettbewerbsvorteilen um die Gunst der Patienten führen.

**Tabelle 82: Grund für Arztbesuch in Cluster 3**

Mehrfachnennung möglich (n=93)	Häufigkeit	Prozent
Ich gehe regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen.	51	54,8
Ich gehe zum Arzt, wenn ich gerade krank bin.	74	79,6
Ich gehe regelmäßig wegen einer bestimmten Erkrankung zum Arzt.	15	16,1

**Tabelle 83: Anteil chronisch Kranker in Cluster 3**

	Häufigkeit	Prozent
Gesund	71	76,3
Chronisch krank	22	23,7
<b>Gesamt</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Das Internet ist neben dem Arzt die häufigste Informationsquelle für medizinische Fragen (Abbildung 118, S. 340). Wie die nachfolgenden Tabellen und Grafiken zeigen, nutzt dieser Patiententyp das Internet routiniert und fordert eine Präsenz von Arztpraxen in Form einer Homepage.

Abbildung 113: Häufigkeit der Internetnutzung in Cluster 3

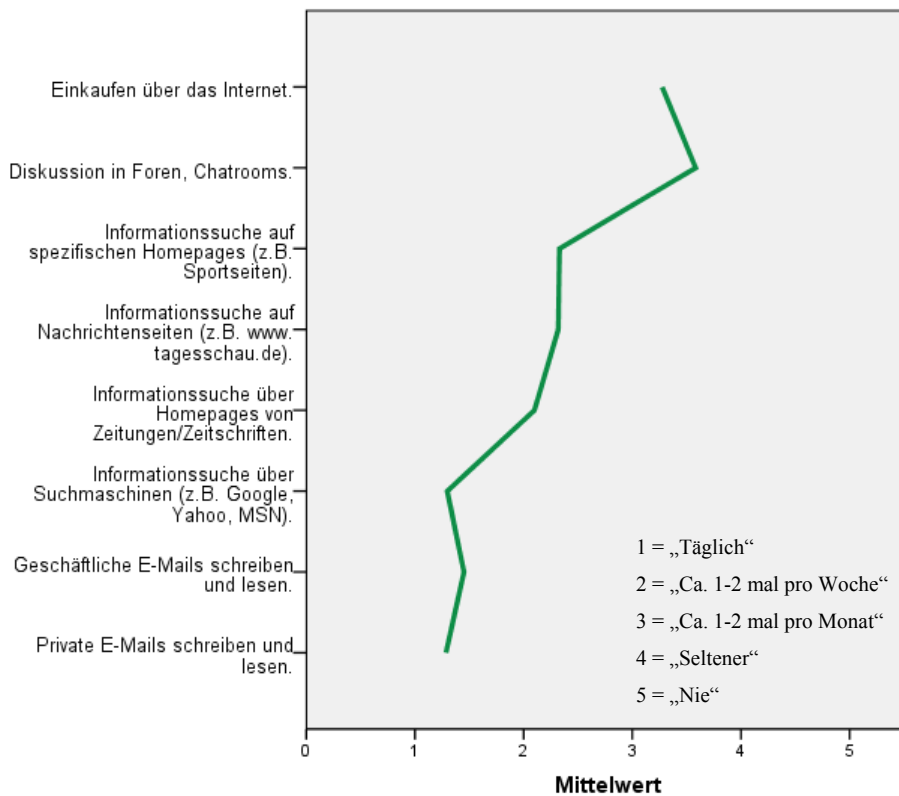


Abbildung 114: Nutzungshäufigkeit des Internets bezogen auf das Gesundheitswesen in Cluster 3

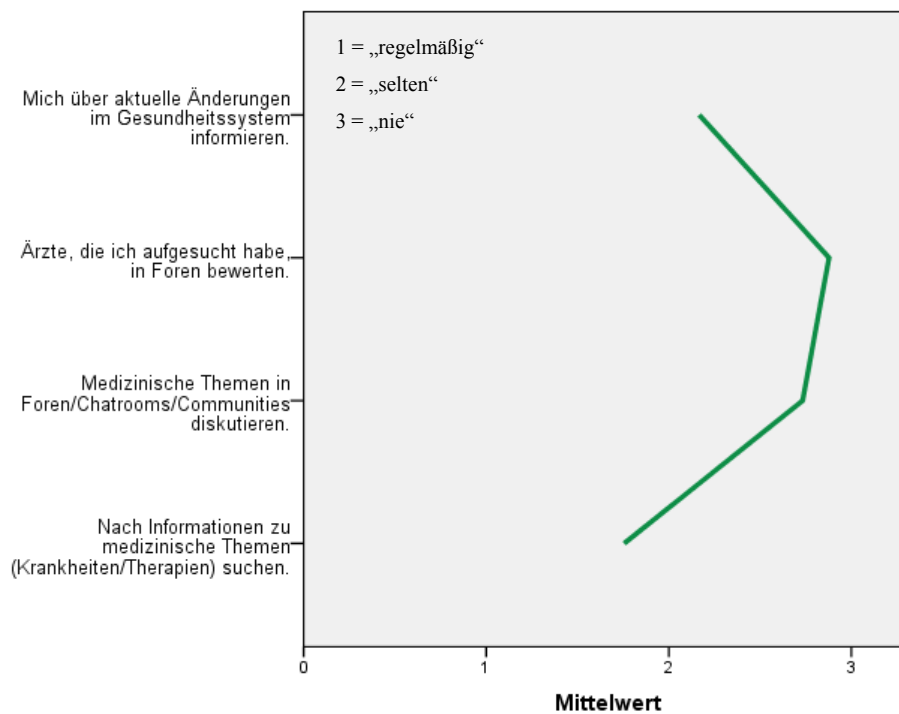


Abbildung 115: Bewertung des Internets mit Bezug zum Gesundheitswesen in Cluster 3

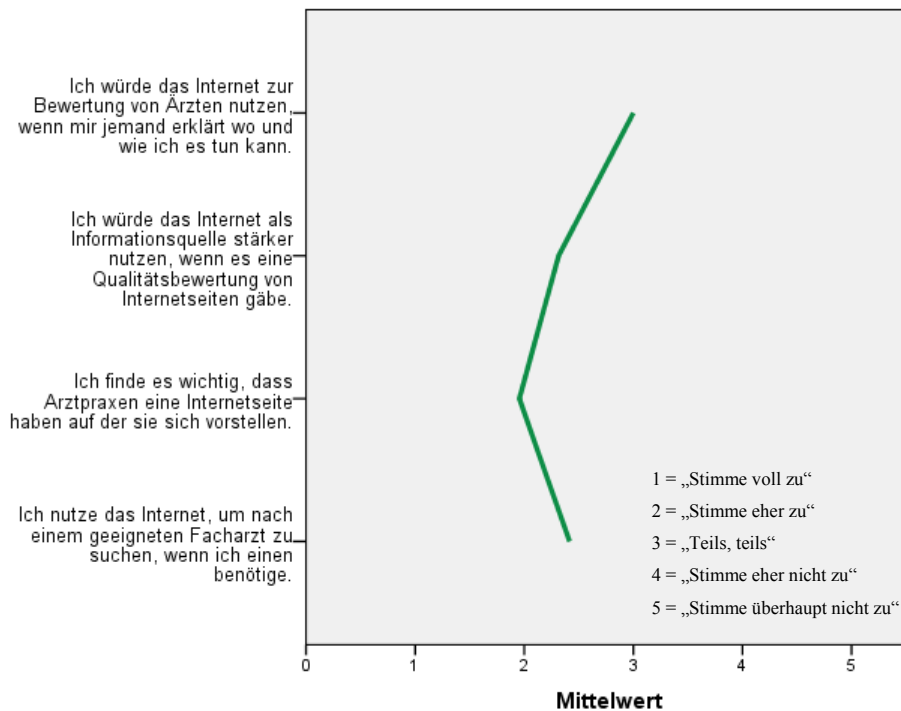


Abbildung 116: Bewertung eines neutralen Ansprechpartners in Cluster 3

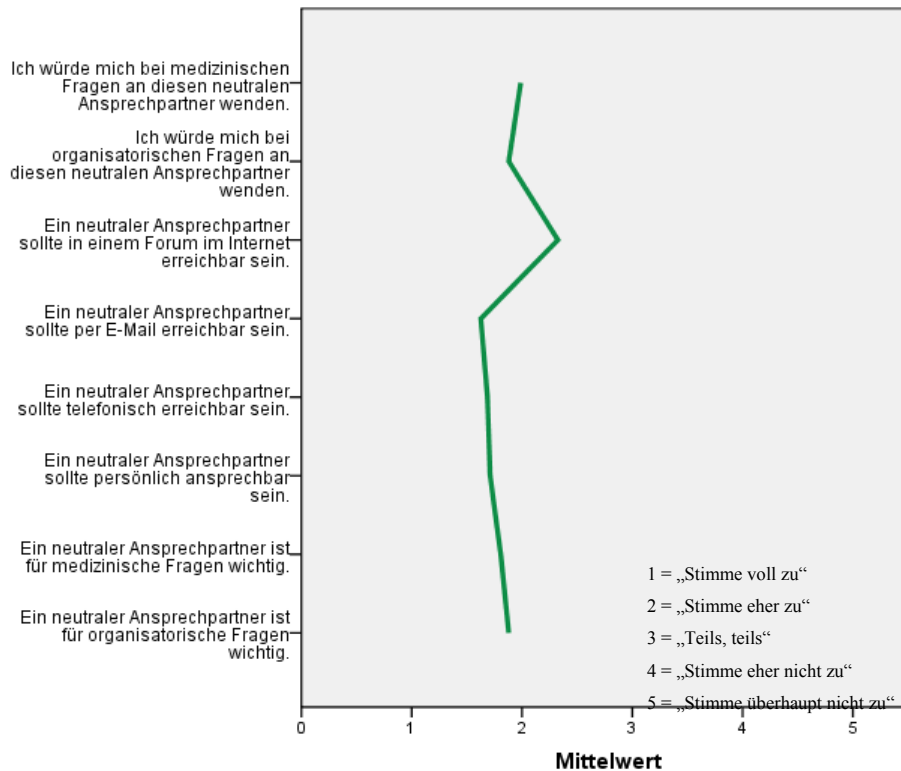


Abbildung 117: Informationsquelle für strukturelle Fragen in Cluster 3

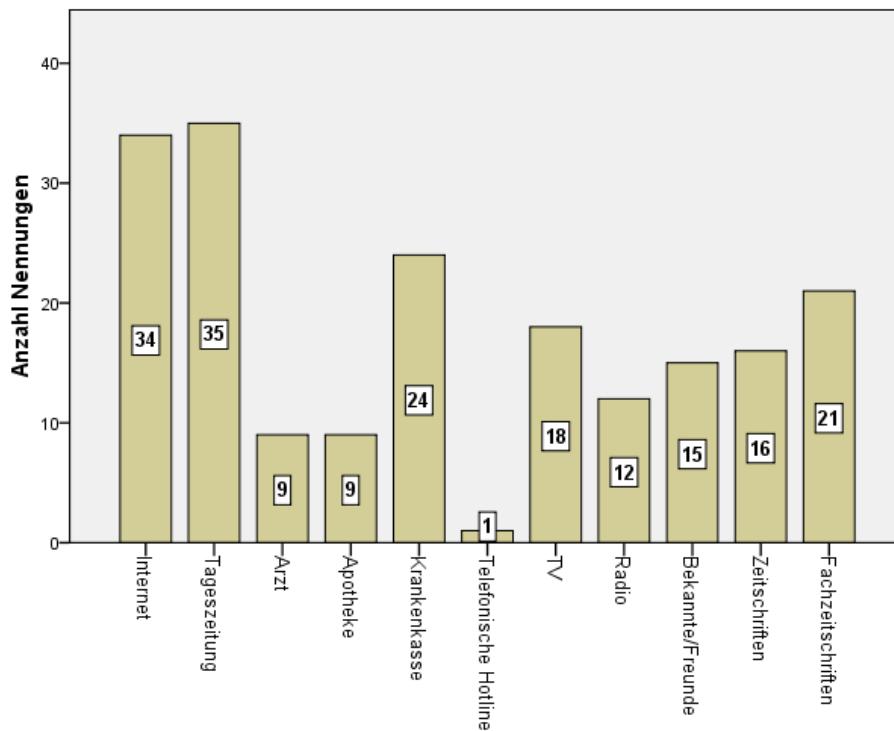


Abbildung 118: Informationsquelle für medizinische Fragen in Cluster 3

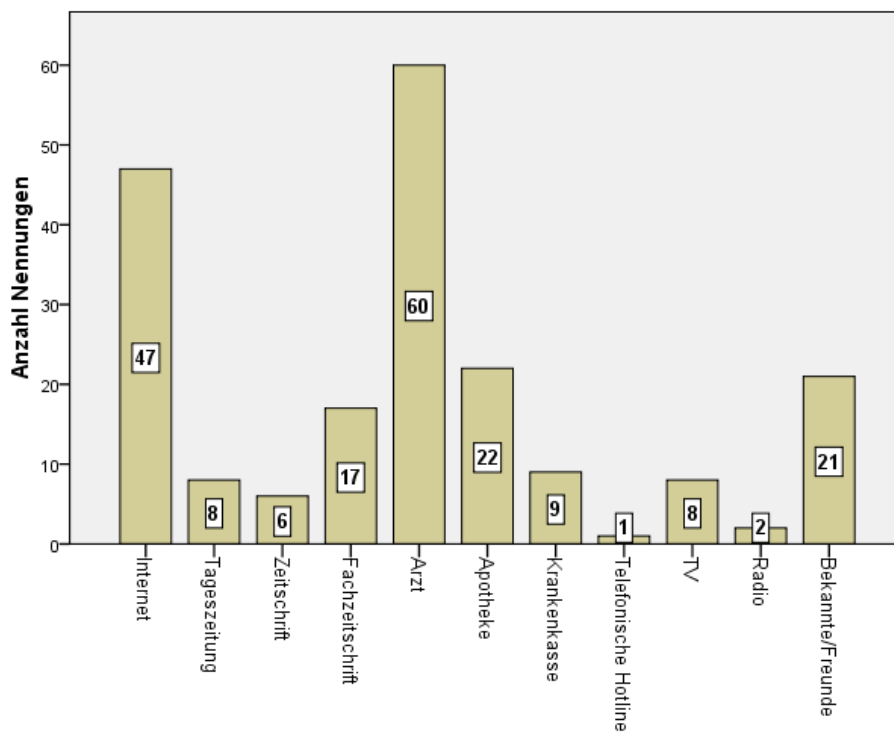
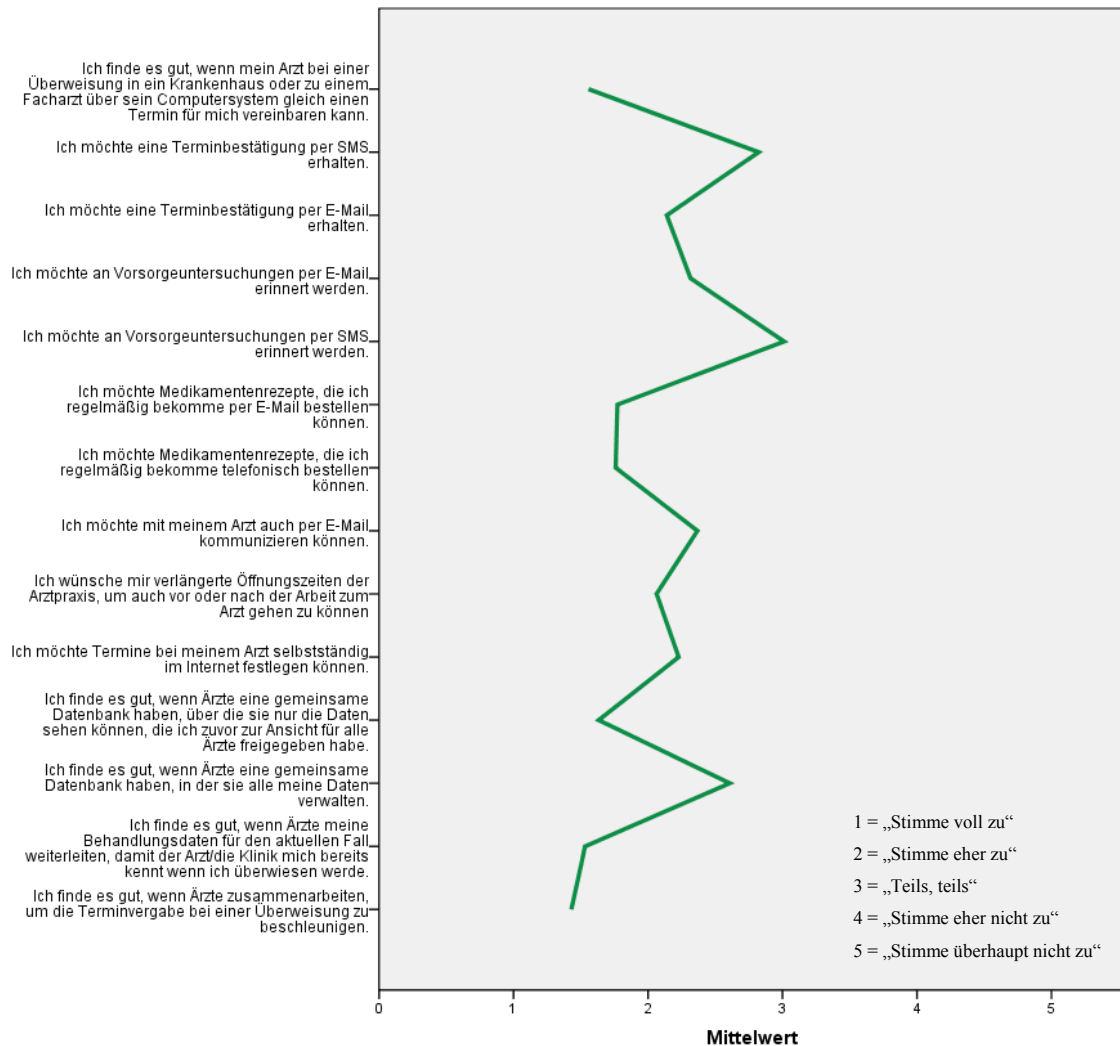




Abbildung 119: Beurteilung Services in Cluster 3



### 8.3.1.2 Ansatz der Mass Customization und des Customer Relationship Management

Der anspruchsvolle, zahlungsbereite Kunde möchte aktiv an der Leistungserstellung beteiligt werden. Er ist mündig und verleiht seiner Unzufriedenheit Ausdruck, wenn es notwendig ist. Zudem ist er mit dem Internet vertraut. Dennoch betrachtet dieser Patiententyp einen neutralen Ansprechpartner als wichtig. Entsprechend bietet sich für diese Zielgruppe eine Mischung aus dem anpassungsfähigen und dem transparenten Mass Customization Ansatz sowie die aktive Integration in ein CRM an.

Als Vorbild für den anpassungsfähigen Ansatz kann das Beispiel des Pauschalismus verwendet werden. Wie bei der Online-Zusammenstellung einzelner Bausteine einer Reise kann der Patient die Module der in Kapitel 5.3.2.2 beschriebenen Homepage selbst zusammenstellen. Es sollte ein privater Log-in Bereich auf der Homepage des Gesundheitsnetzwerkes angeboten werden, in welchem er sich alle Informationen und Services selbst auswählen kann. Zudem zeigt sich ein Interesse an der Terminbuchung via Internet. Entsprechend sind die Kunden dieses Clusters prädestiniert für den Einsatz einer CRM-Software, wie sie in Kapitel 5.3.2.2 dargestellt wurde. Um das Vertrauen der Patienten zu stärken und dem Wunsch nach einem neutralen Ansprechpartner nachzukommen, sollte die Zusammenarbeit bzw. der Hinweis auf Beratungsstellen der *Unabhängigen Patientenberatung* in Erwägung gezogen werden. Alternativ sollte geprüft werden, ob ein Gesundheitscoach, als weiterer Ansprechpartner neben dem Arzt, dieses Bedürfnis eventuell auch schon befriedigen könnte.

Des Weiteren sollte es ihm ermöglicht werden, sich im Internet über die verschiedenen gesellschaftlichen Angebote des Gesundheitsnetzwerkes wie Sport- und Wellnessangebote oder Veranstaltungen zu informieren. Internetforen gegenüber vertritt dieser Patiententyp eher eine ablehnende Haltung. Entsprechend sollte ein Ansprechpartner für Fragen per E-Mail, telefonisch oder persönlich erreichbar sein. Patienten dieses Clusters sind offen für die Kommunikation via E-Mail z. B. in Form von Erinnerungsservices oder der Rezeptbestellung. Sie befürworten auch die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, sofern sie selbst die Kontrolle darüber behalten. Hier ist es wichtig, die Prozesse der Datenübermittlung transparent für den Kunden darzustellen.

Die Arzt-Patienten Beziehung ist Patienten diesen Typs wichtig, was sich auch darin zeigt, dass der Arzt die Hauptinformationsquelle in medizinischen Fragen ist. Dies begünstigt den Einsatz der transparenten Mass Customization in diesem Bereich, da es den Mitarbeitern und dem Arzt leicht fallen wird, die Wünsche des Patienten zu erfassen, ohne direkt danach fragen zu müssen. Als Vorbild dient hier die Hotelkette *Ritz-Carlton*, wie in Kapitel 4.4.2.2 beschrieben. Wie die einzelnen Hotels dieser Kette sollten entsprechend die einzelnen Leistungserbringer des Netzwerkes auf die gleiche Datenbasis zugreifen können. Für den Arzt ist es wichtig, ein Gespür dafür zu entwickeln,

wie der Patient angesprochen werden möchte, welche und wie viele Informationen er sich wünscht und welches fachliche Niveau diese haben sollten.

Den Patienten, die einen starken Hausarztbezug haben, sollte der betreuende Arzt im Rahmen des CRM vermitteln, dass ihm viel an dem Patienten liegt. Dies kann in Form von kleinen Zeichen wie einer persönlichen Glückwunschkarte zum Geburtstag oder einem kurzen Anruf nach erfolgter stationärer Behandlung geschehen. Durch Einladung zu Veranstaltungen oder Vorträgen kann die Beziehung zu dem Kunden gestärkt werden.

Für die chronisch Kranken dieser Gruppe kann das in Kapitel 5.3.2.7 dargestellte E-DSM angeboten werden. Dies ist freier in der Gestaltung als ein herkömmliches DMP und gibt dem Patienten stärkere Entscheidungs- und Kontrollbefugnisse.

## **8.3.2 Bedachte Kunden**

### **8.3.2.1 Beschreibung der Zielgruppe**

In Cluster 1, den bedachten Kunden, werden 57 Probanden betrachtet. Es handelt sich hierbei vorwiegend um junge Patienten, wobei der Frauenanteil überwiegt (Abbildung 121). Die Teilnehmer sind überwiegend Angestellte mit mittlerem bis hohem Bildungsabschluss (Abbildung 122). Der Anteil gesetzlich Versicherter überwiegt (Abbildung 123).

Abbildung 120: Auswahl des Cluster 1 zur differenzierten Betrachtung

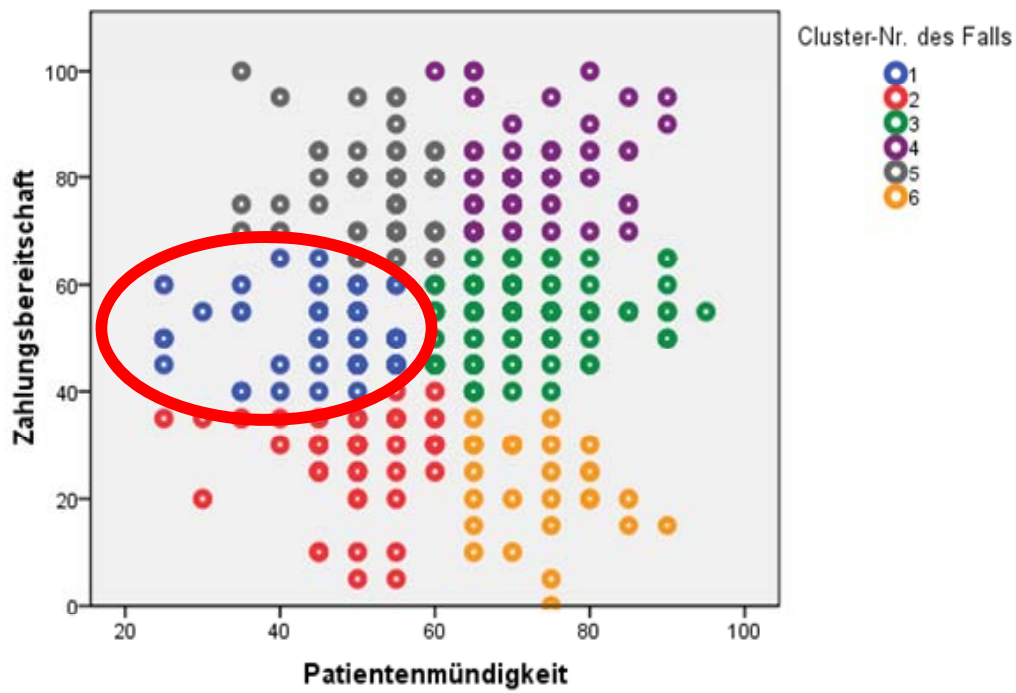


Abbildung 121: Alters- und Geschlechtsverteilung in Cluster 1

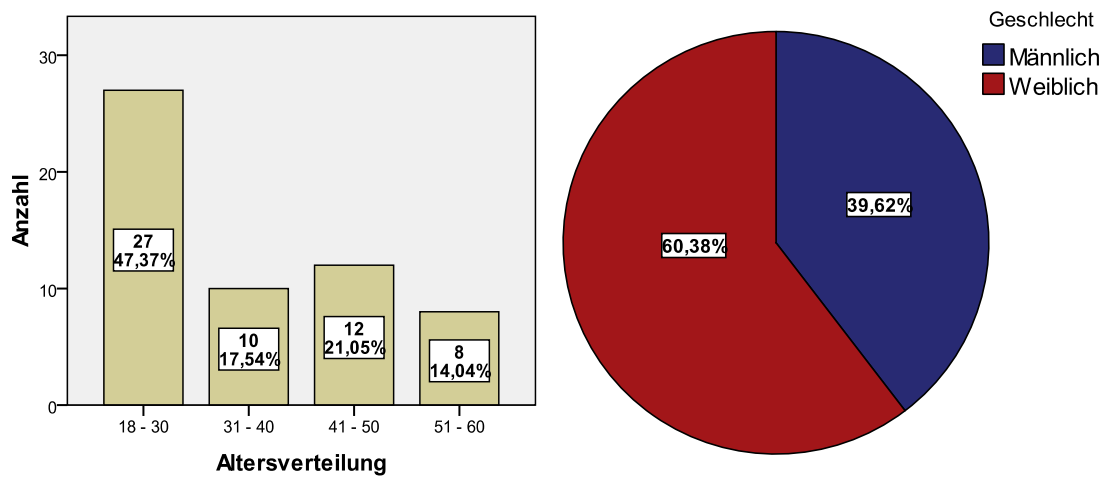


Abbildung 122: Beruf und Bildung in Cluster 1

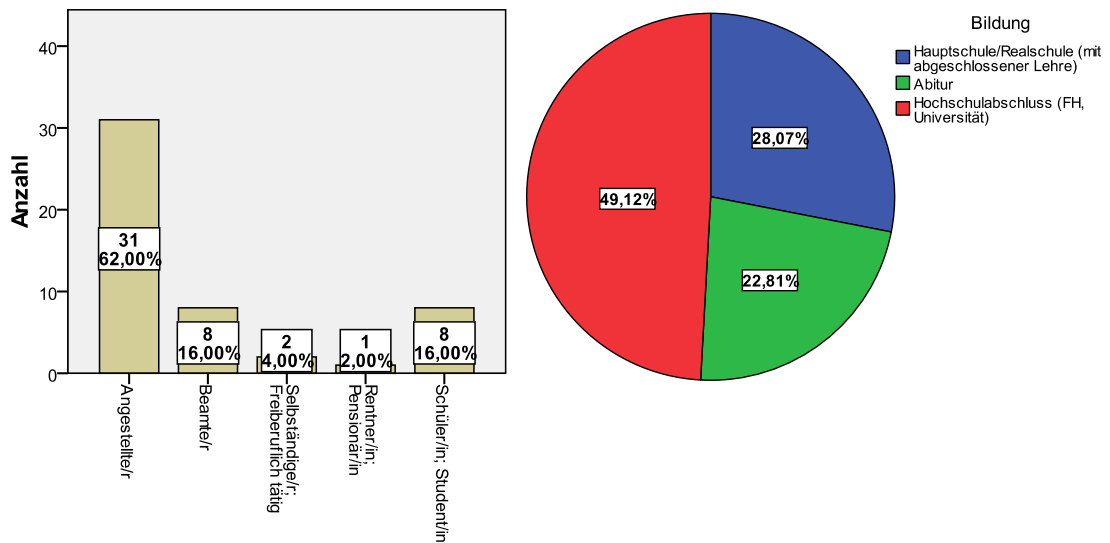
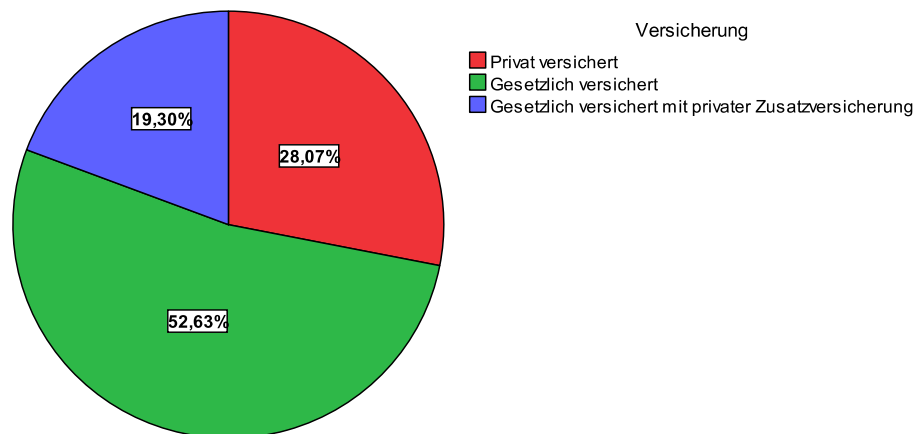


Abbildung 123: Versicherung der Patienten in Cluster 1



Die Patienten dieses Clusters zeichnen sich im Vergleich zu Cluster 3 durch häufigere Arztbesuche aus, vor allem bezogen auf den Haus-/Allgemeinarzt (siehe Tabelle 84). Sie zeigen auch einen stärkeren Hausarztbezug (Tabelle 85). Dies bedeutet für das CRM, dass der Arzt eine wichtige Schnittstelle zum Kunden darstellt und das Medium der Wahl für Beziehungsaufbau und -pflege ist.

**Tabelle 84: Häufigkeit des Arztbesuchs in Cluster 1**

	Haus-/Allgemeinarzt		Facharzt (nicht Zahnarzt)		Krankenhausambulanz	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Öfter als 15 Mal im Jahr	1	1,8	2	3,9	0	0,0
10-15 Mal im Jahr	2	3,6	1	2,0	1	2,3
5-10 Mal im Jahr	9	16,1	2	3,9	1	2,3
2-4 Mal im Jahr	24	42,9	19	37,3	1	2,3
Seltener als 2 Mal im Jahr	20	35,7	27	52,9	40	93,0
<b>Gesamt</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	1		6		14	
<b>Gesamt</b>	<b>57</b>		<b>57</b>		<b>57</b>	

**Tabelle 85: Hausarztbezug nach Versicherungsart in Cluster 1**

Versicherung		Hausarztbezug		
		Hausarzt	direkt zum Facharzt	Gesamt
Privat versichert	Anzahl	8	7	15
	% innerhalb von Versicherung	53,3%	46,7%	100,0%
	% der Gesamtzahl	16,3%	14,3%	30,6%
Gesetzlich versichert	Anzahl	18	7	25
	% innerhalb von Versicherung	72,0%	28,0%	100,0%
	% der Gesamtzahl	36,7%	14,3%	51,0%
Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung	Anzahl	7	2	9
	% innerhalb von Versicherung	77,8%	22,2%	100,0%
	% der Gesamtzahl	14,3%	4,1%	18,4%
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>33</b>	<b>16</b>	<b>49</b>
	<b>% der Gesamtzahl</b>	<b>67,3%</b>	<b>32,7%</b>	<b>100,0%</b>

Lediglich 54,4% der Befragten dieses Clusters (Tabelle 86) geben an, regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Dies bedeutet, dass hier ein Ansatzpunkt für das Angebot von Erinnerungsservices besteht. Knapp ein Fünftel der Patienten ist chronisch krank (Tabelle 87). Überraschenderweise gehen jedoch fast 30% regelmäßig aufgrund einer bestimmten Erkrankung zum Arzt (Tabelle 86).

**Tabelle 86: Grund für Arztbesuch in Cluster 1**

Mehrfachnennung möglich (n=57)	Häufigkeit	Prozent
Ich gehe regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen.	31	54,4
Ich gehe zum Arzt, wenn ich gerade krank bin.	48	84,2
Ich gehe regelmäßig wegen einer bestimmten Erkrankung zum Arzt.	17	29,8

**Tabelle 87: Anteil chronisch Kranker in Cluster 1**

	Häufigkeit	Prozent
Gesund	45	78,9
Chronisch krank	12	21,1
<b>Gesamt</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Im Vergleich zu Cluster 3 zeigt sich in dieser Gruppe eine deutlich seltenere Nutzung des Internets (Abbildung 124). Abbildung 125 und Abbildung 126 zeigen die Internetnutzung bezogen auf das Gesundheitswesen. Auch in diesem Bereich ist der Umgang mit dem Internet noch nicht alltäglich, vor allem wenn es um Fragen zum Gesundheitssystem geht. Dennoch ist das Internet die hauptsächliche Informationsquelle für Fragen zum Gesundheitssystem (Abbildung 128). Für medizinische Fragen werden das Internet und der Arzt herangezogen (Abbildung 129). Die Ergebnisse in Abbildung 126 deuten an, dass die Nutzung erhöht werden kann, wenn die Transparenz der Qualität erhöht wird. Hier könnte der Kontakt zu einem neutralen Ansprechpartner außerhalb des Netzwerkes wertvoll sein, da diese laut den in Abbildung 127 dargestellten Ergebnissen als wichtig angesehen wird.

Abbildung 124: Häufigkeit der Internetnutzung in Cluster 1

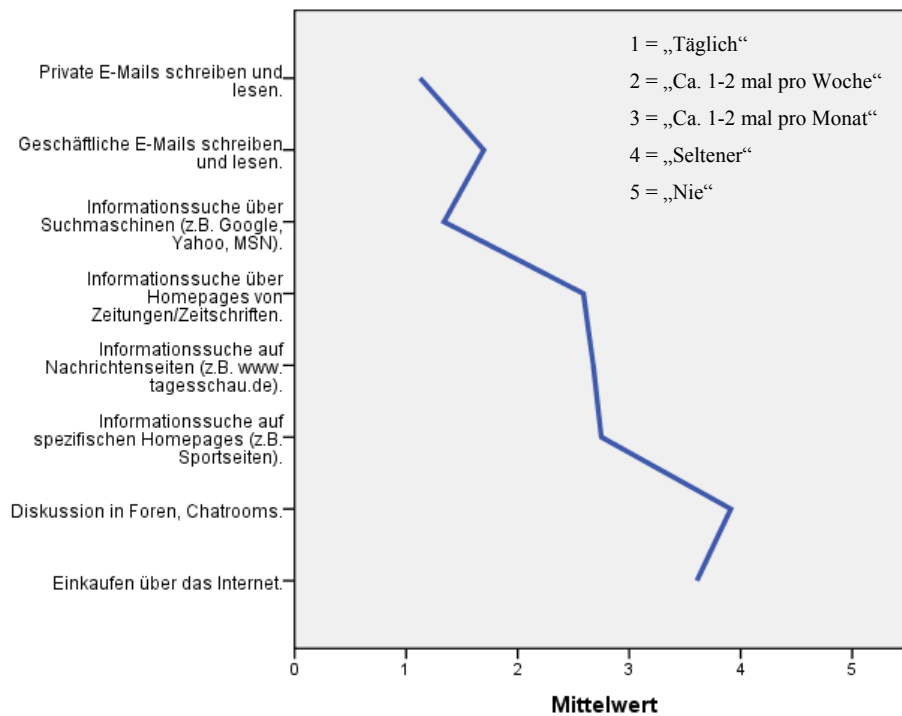


Abbildung 125: Nutzungshäufigkeit des Internets bezogen auf das Gesundheitswesen in Cluster 1

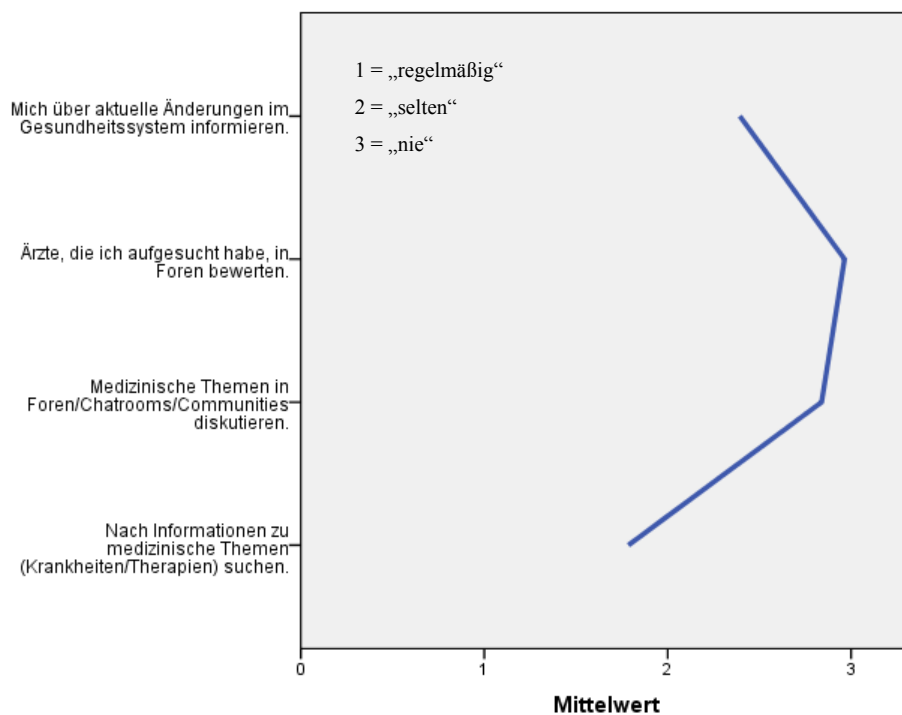




Abbildung 126: Bewertung des Internets mit Bezug zum Gesundheitswesen in Cluster 1

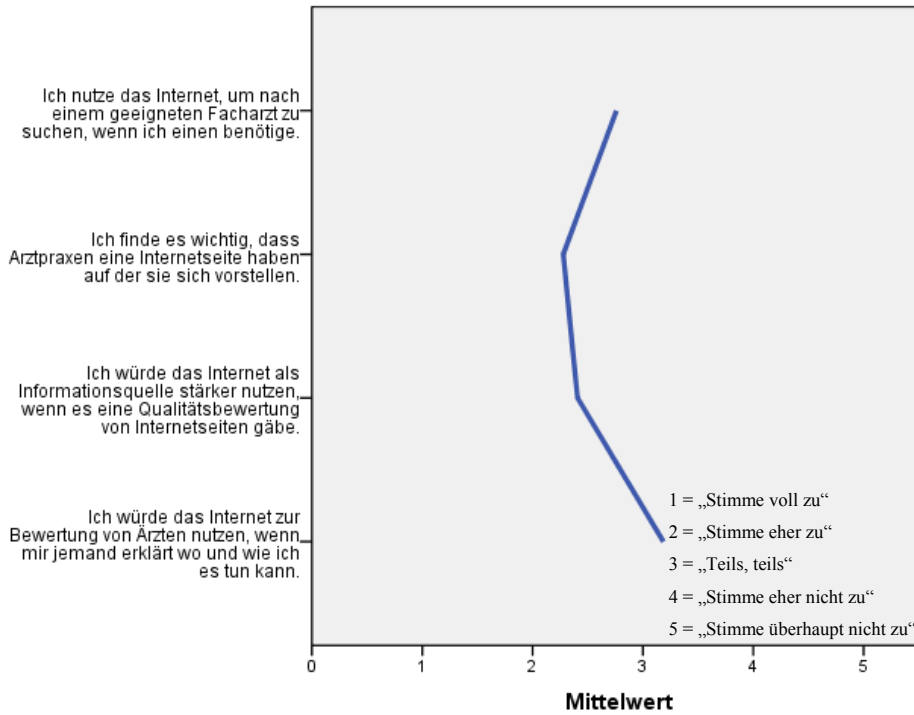


Abbildung 127: Bewertung eines neutralen Ansprechpartners in Cluster 1

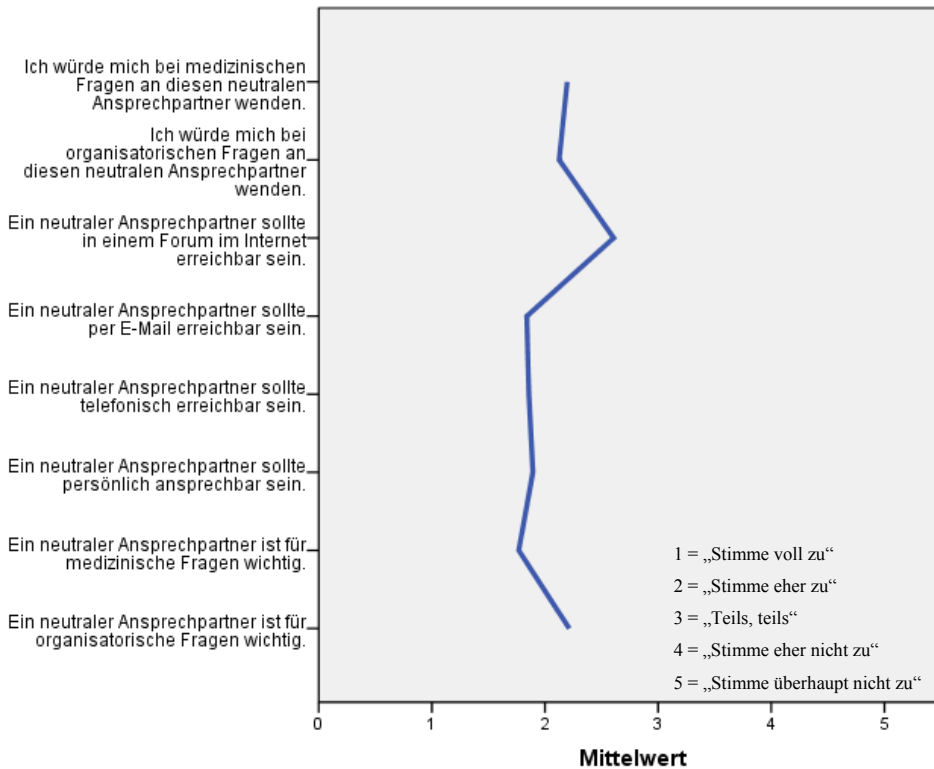


Abbildung 128: Informationsquelle für strukturelle Fragen in Cluster 1 (N=57)

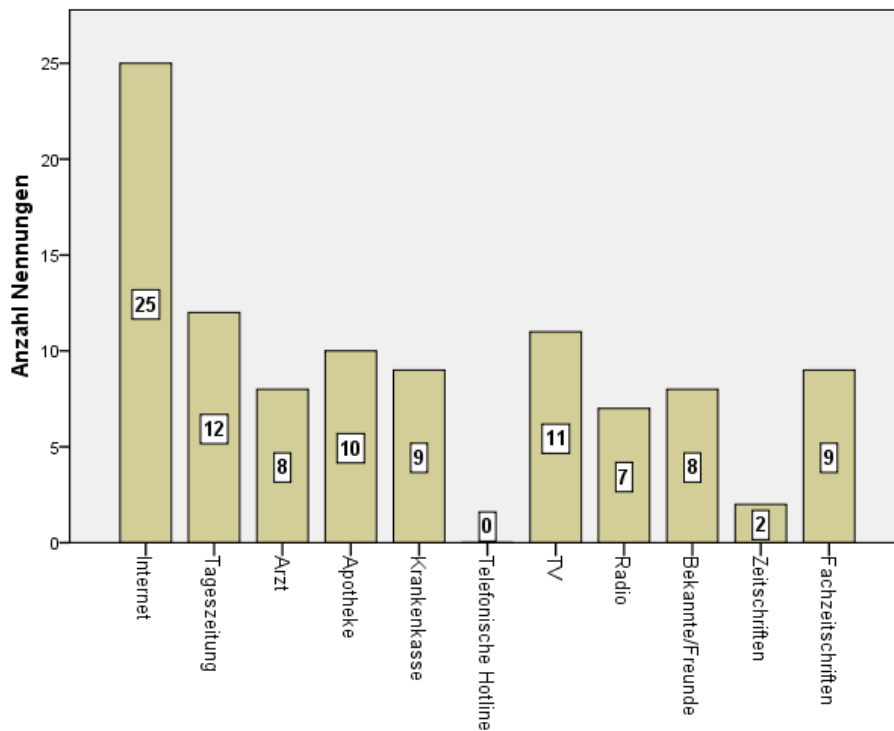


Abbildung 129: Informationsquelle für medizinische Fragen in Cluster 1 (N=57)

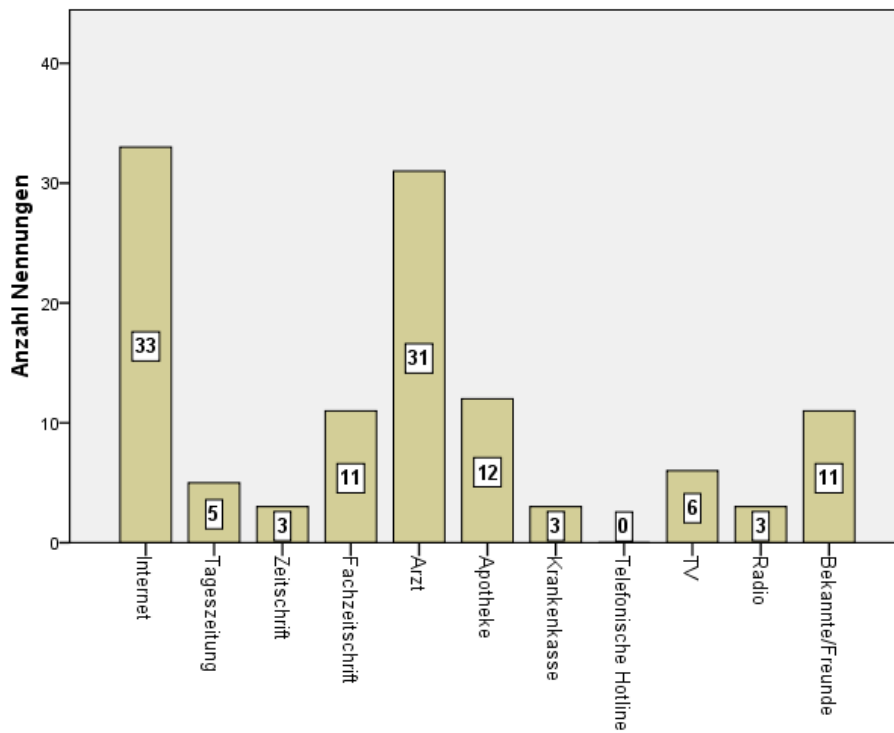
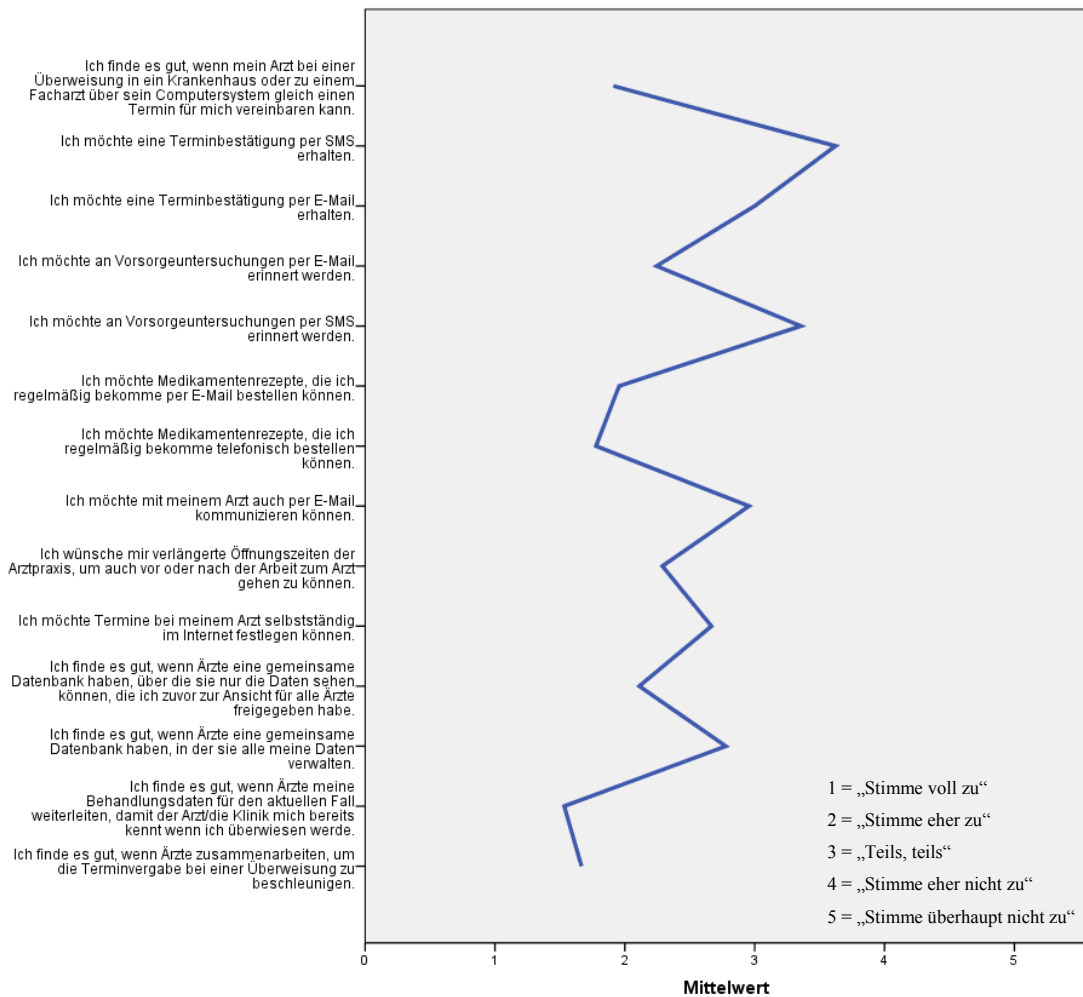


Abbildung 130: Beurteilung Services in Cluster 1



### 8.3.2.2 Ansatz der Mass Customization und des Customer Relationship Management

Der bedachte Kunde zeichnet sich dadurch aus, dass er eher zurückhaltend ist. Er tritt dem Arzt gegenüber weniger souverän auf. Entsprechend bietet sich für dieses Kundensegment die **kooperative Mass Customization** an, da diese eine starke Betreuung und Steuerung des Kunden vorsieht. Für Patienten dieses Clusters ist es weniger wichtig, sich selbst über das Internet Leistungen zusammenstellen zu können. Auch der Arztkontakt per E-Mail ist weniger wichtig (Abbildung 130). Dem Patienten dieser Gruppe sollte folglich ein Coach zur Seite gestellt werden, welcher ihm hilft, die Leistungen nach seinen Wünschen zusammenzustellen. Gemeinsam mit dem Arzt sollte er die Schnittstelle im CRM bilden, um eine intensive Beziehung mit dem Kunden aufzubauen.

Auch der bedachte Kunde möchte in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Allerdings ist hier eine stärkere Steuerung des Prozesses durch den Arzt notwendig. Da dieser Patiententyp seine Unzufriedenheit oder seine Bedürfnisse nicht so offen äußert wie der anspruchsvolle, zahlungsbereite Kunde, sollte darauf geachtet werden, diese in Gesprächen zu ermitteln und das Selbstbewusstsein des Patienten zu stärken. Er sollte dazu ermutigt werden Fragen zu stellen und seine Meinung offen zu vertreten. Vom Arzt und dem gesamten Personal wird daher mehr Einfühlungsvermögen gefordert, als vergleichsweise für andere Cluster.

Entsprechend dem weniger selbstbestimmten Auftreten ist für chronisch Kranke dieses Clusters das herkömmliche DMP besser geeignet. Zusammen mit dem Arzt oder dem Coach kann das Programm an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. In dieser Gruppe bestünde bei Einsatz des E-DSM eher die Gefahr, dass sich die Teilnehmer schnell von der Auswahl und den Gestaltungsfreiheiten überfordert fühlen.

## **9 Schlussbetrachtung und Ausblick**

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem Umbruch vom Verkäufer- zum Käufermarkt. Durch die Möglichkeiten neuer Informations- und Kommunikationstechnologien sind die Patienten umfassender informiert und fordern immer selbstbewusster eine stärkere Serviceorientierung der Leistungserbringung.<sup>1045</sup> Durch die Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen und eine verstärkte Förderung des Konkurrenzgedankens rückt der Patient als Kunde immer stärker in den Fokus der Betrachtung.<sup>1046</sup> Es haben sich einige Ansätze entwickelt, welche das Ziel verfolgen den Patient stärker in die medizinische Entscheidungsfindung zu integrieren und seine Eigenverantwortung zu stärken.<sup>1047</sup> Die Implementierung dieser Ansätze erfolgt jedoch nur zögerlich. Ein Grund hierfür ist mit Sicherheit der hohe Zeitaufwand und die damit verbundenen Kosten für die Leistungserbringer.<sup>1048</sup> Aufgrund des steigenden Wettbewerbs und der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen<sup>1049</sup> hat die **Patientenorientierung** jedoch unter strengen Gesichtspunkten der **Kostenersparnis** zu erfolgen.<sup>1050</sup> Diese Vorgaben ähneln den Zielen anderer Branchen, kostengünstige und dennoch serviceorientierte Leistungen anbieten zu können, um im Wettbewerb Vorteile zu erzielen. Es bietet sich folglich an, anhand von Beispielen aus anderen Bereichen neue Ansätze für das Gesundheitswesen zu erproben.

Mit dem **Ansatz der Mass Customization** wurde in Kapitel 4 ein Konzept vorgestellt, welches sowohl die Individualisierung und Kundenausrichtung der Leistung als auch die kostengünstige Produktion/Leistungserstellung anstrebt.<sup>1051</sup> Die Mass Customization scheint daher geradezu prädestiniert, die unterschiedlichen Entwicklungen im Gesundheitswesen zu vereinen. Die Kommunikation mit und die Integration des Kunden spie-

---

<sup>1045</sup> Vgl. Isfort, J.; Redaelli, M.; Butzlaff, M. E. (2007), S. 76-77; vgl. auch Reichwald, R.; Möslin, K.; Sachenbacher, H. (2000), S. 19-21 und Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005), S. 4.

<sup>1046</sup> Vgl. GSG (1992); vgl. auch GMG (2003) und Oehme, W.; Oehme, S. (1995), S. 1.

<sup>1047</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.5.

<sup>1048</sup> Vgl. Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005), S. 4-6.

<sup>1049</sup> Vgl. Braun, G. E.; Güssow, J. (2007), S. 210-211; vgl. auch Witterstätter, K. (2008), S. 77.

<sup>1050</sup> Vgl. hierzu Kapitel 2.4.1.

<sup>1051</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T. (2006), S. 191-198.

len hierbei eine bedeutende Rolle.<sup>1052</sup> Diesem Aspekt wird mit dem Ansatz des **Customer Relationship Management** zusätzlich Rechnung getragen, welches den Aufbau einer intensiven Kundenbeziehung zum Ziel hat. Der ganzheitliche Ansatz des CRM durch Verankerung in der Unternehmensphilosophie entspricht den Entwicklungen im Gesundheitswesen, den Patienten und folglich auch den Behandlungsprozess im Ganzen, ohne Brüche durch eine Sektorentrennung, zu betrachten. Das Konzept des CRM wurde in Kapitel 3 in den theoretischen Rahmen des Marketing eingeordnet und kurz erläutert.

Die strukturellen Entwicklungen der **Netzwerkbildung** im Gesundheitswesen bieten einen geeigneten Rahmen für die Implementierung der Mass Customization, da sich dieser Ansatz auch in der Produktionswirtschaft aus der Netzwerkorganisation heraus entwickelt hat.<sup>1053</sup> Zudem erfüllt nur die Organisationsform des Netzwerkes die grundlegende Forderung der Mass Customization, den ganzheitlichen Wertschöpfungsprozess zu betrachten.<sup>1054</sup> Da ein erfolgreiches Konzept jedoch auch entsprechend kommuniziert werden muss und die bestehende Intransparenz des Informationsangebotes im Gesundheitswesen dringenden Handlungsbedarf erfordert, bietet sich eine **Kombination aus Mass Customization und CRM** an. Beide Ansätze finden ihren Ursprung in anderen Branchen der Wirtschaft, wobei das CRM durch seine Marketingorientierung bisher breitere Anwendung gefunden hat als der der Massenproduktion entstammende Ansatz der Mass Customization. Von einer Eignung für den speziellen Bereich des Gesundheitswesens kann entsprechend nicht grundsätzlich ausgegangen werden. In Kapitel 5 wurde folglich geprüft, welche Voraussetzungen für die Implementierung beider Ansätze im Gesundheitswesen zu erfüllen sind und ob Gesundheitsnetzwerke diesen gerecht werden. Der hohe Stellenwert von Informations- und Kommunikationssystemen in beiden Konzepten fordert die Existenz entsprechender Systeme, angepasst auf die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens.<sup>1055</sup> Entsprechend stand zunächst die Erfüllung der strukturellen und technischen Anforderungen zur Prüfung. Es hat sich gezeigt,

---

<sup>1052</sup> Vgl. Kirn, S. (2005), S. 5-6.

<sup>1053</sup> Vgl. Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C. et al. (2009), S. 15.

<sup>1054</sup> Vgl. Kirn, S. (2005), S. 5-6.

<sup>1055</sup> Vgl. Winkelmann, P. (2008), S. 233; vgl. auch Pine II, B. J. (1998), S. 9..

dass die technische Basis zur Implementierung des CRM und der Mass Customization verfügbar ist.<sup>1056</sup> Anschließend wurden konkrete Beispiele aufgezeigt, in welchen Bereichen sich Potenzial zur Standardisierung bietet. Analog wurden Möglichkeiten dargestellt, wie eine Individualisierung konkret aussehen könnte bzw. welche Module dem Kunden zur eigenständigen Zusammenstellung der erwünschten Leistung angeboten werden können. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die grundsätzlichen Anforderungen zur Übertragung der Ansätze durch Gesundheitsnetzwerke erfüllt werden. Zudem lassen sich sowohl Ansätze zur Standardisierung als auch Möglichkeiten zur Individualisierung aufzeigen.

Um die Aussagekraft der theoretischen Ausarbeitung zu erhöhen und eine beispielhafte Anwendung der Ansätze darzustellen, wurde die Arbeit um eine **empirische Untersuchung** in Form zweier Befragungen erweitert. Methodik und Durchführung wurden in Kapitel 6 dargestellt. Im Rahmen der Ergebnispräsentation in Kapitel 7 wurden die zuvor erarbeiteten Hypothesen geprüft. Es zeigte sich eine deutliche Tendenz zu kundenspezifischem Verhalten von Patienten. Dies entspricht der Beobachtung in der Literatur, dass Patienten ein zunehmendes Selbstbewusstsein<sup>1057</sup> und eine steigende Zahlungsbereitschaft<sup>1058</sup> entwickeln.<sup>1059</sup> Entsprechend fordern Patienten auch eine verstärkte Integration in die medizinischen Entscheidungsprozesse.<sup>1060,1061</sup> Die Forderung nach Serviceleistungen, Qualitätsmanagement und einer Orientierung am Patienten wird stärker.<sup>1062</sup> Der Einfluss der Informatisierung der Gesellschaft zeigt sich auch im Gesundheitswesen. Patienten stehen dem Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien im Bereich der „Dienstleistung Gesundheit“ offener gegenüber.<sup>1063</sup> Insgesamt zeigt sich eine zunehmende Akzeptanz neuer Versorgungsformen, da Patienten die ganzheit-

---

<sup>1056</sup> Vgl. Kapitel 2.2.

<sup>1057</sup> Vgl. Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003), S. 68–69; vgl. auch Hillebrand, J. (2008), S. 92

<sup>1058</sup> Vgl. Zok, K.; Schuldzinski, W. (2005), S. 61; vgl. auch Schmid, E. (2008), S. 25–26.

<sup>1059</sup> Vgl. Kapitel 2.4.3.1 und Kapitel 7.3.2.

<sup>1060</sup> Vgl. Kapitel 2.5 und Kapitel 7.3.2.

<sup>1061</sup> Vgl. Grote Westrick, M. (o.J.), S. 9; vgl. auch Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005), S. 3 und Schmöller, M. (2008), S. 43

<sup>1062</sup> Vgl. Kapitel 7.3.2.

<sup>1063</sup> Vgl. Kapitel 7.3.2.

liche Betrachtung des Behandlungsprozesses als Mehrwert erkennen.<sup>1064</sup> Im Ansatz des Customer Relationship Management spielt die Segmentierung der Zielgruppen zur gezielteren Ansprache der Kunden eine wichtige Rolle. Entsprechend wurde auf Basis der Befragungsergebnisse eine Patiententypologie entwickelt, die – beispielhaft für die zur Verfügung stehende Stichprobe – als Grundlage für eine Segmentierung des Patienten als „Kunden“ diente. Hierfür wurden die Variablen Zahlungsbereitschaft und Patientenmündigkeit – als grundlegende Eigenschaften eines Kunden festgelegt und zur Clusterbildung herangezogen. Die einzelnen Cluster wurden dann im Rahmen der Typologie bezüglich soziodemografischer Merkmale und besonderen Eigenschaften wie Internetaffinität, Anspruch an Qualität und Service sowie Häufigkeit und Art der Arztbesuche beschrieben.

Die **Implikationen**, welche sich aus der empirischen Untersuchung und der Patiententypologie für ein Gesundheitsnetzwerk ergeben, wurden in Kapitel 8 erarbeitet. Zunächst wurde auf die Wahl der geeigneten Mass Customization Methode in Abhängigkeit der Kundensegmente eingegangen. Es hat sich klar gezeigt, dass unterschiedliche Patiententypen auch einen variierenden Methoden-Mix erfordern. Da die einzelnen Patientencluster auch unterschiedliche Charakteristika in ihrem Auftreten zeigen, ist es entsprechend wichtig, die Ärzte im Umgang mit den differierenden Persönlichkeiten zu schulen. Ein dominierendes Auftreten gegenüber einem mündigen und selbstbewussten Patienten wird ebenso wenig zu einer erfolgreichen Kundenbindung führen wie eine zurückhaltende Kommunikation mit unsicheren Patienten. Anschließend wurden Ansatzpunkte für ein CRM aufgezeigt. Für beide Ansätze spielt die Interaktion mit dem Kunden eine wichtige Rolle. Entsprechend wurden die Phasen der Interaktion in Bezug auf die Gegebenheiten eines Gesundheitsnetzwerkes – unter Beachtung der Befragungsergebnisse – besprochen. Es wurde zudem erläutert, welche personellen Konsequenzen die Einführung der Ansätze erfordert. Konkrete Möglichkeiten zur Umsetzung von Mass Customization und CRM wurden abschließend exemplarisch anhand zweier Kundensegmente aufgezeigt.

---

<sup>1064</sup> Vgl. Kapitel 7.3.2.



**Zusammenfassend** lässt sich sagen, dass beide Konzepte, die Mass Customization und das CRM vor allem in einer kombinierten Anwendung vielversprechende Ansätze zur Erzielung einer wirklichen Kundenorientierung bieten. Der Transfer von Methoden und Erfahrungen von Mass Customization und CRM aus anderen Bereichen des wirtschaftlichen Umfelds (in dieser Arbeit exemplarisch für Beispiele aus der Konsumgüterindustrie sowie der Hotel- und Reisebranche) auf das Gesundheitswesen erscheint machbar, stimmig und vielversprechend. Es ist jedoch auch zu betonen, dass die Implementierung der Ansätze keine übereilte Entscheidung darstellen darf, sondern einer durchdachten Strategie und einer umfassenden Festigung in der Unternehmensphilosophie bedarf. Entsprechend sollte auf eine ausführliche und wohldurchdachte Konzepterstellung Wert gelegt werden. Die Konzepte können nur dann erfolgreich eingesetzt werden, wenn sich die Mitarbeiter aller Ebenen damit identifizieren können. Entsprechend muss auch die Motivation des Personals bereits in die Planungsphase integriert werden. Der finanzielle Aspekt – sowohl was Kosten als auch Kostenvorteile angeht – war nicht Bestandteil dieser Arbeit und wurde daher nur am Rande erwähnt. Hier zeigt sich weiterer Forschungsbedarf, wie die Finanzierung der Anwendung konkret aussehen könnte und ob Standardisierung und Prozessoptimierung ausreichend Einsparpotenzial bieten, um die Kosten der Individualisierung zu decken. Gesundheitsnetzwerke bieten sich nicht nur aufgrund ihrer strukturellen und wirtschaftlichen Vorteile als optimales Setting für die Implementierung von Mass Customization und CRM an. Die Möglichkeiten, welche sich durch die in Kapitel 2 vorgestellten unterschiedlichen rechtlichen Formen im Rahmen der Finanzierung ergeben, bilden zudem eine gute Grundlage zur Umsetzung der Individualisierung. Eine Prüfung, wie diese Ansätze konkret in Verträge im Rahmen integrierter Versorgungsstrukturen eingearbeitet werden können, stellt ebenso Forschungspotenzial dar. Des Weiteren wäre zu prüfen, inwieweit einzelne Module der Mass Customization den Patienten als Selbstzahler ansprechen. Vorstellbar wäre dies insbesondere im Bereich des Telemonitorings sowie in kooperativen Angeboten mit Wellness- und Sportveranstaltern.

Die erarbeiteten Ergebnisse zeigen aber klar, dass sich mit der Anwendung von erprobten Marketing und Produktionsprozessen (hier Mass Customization und CRM) eine neue Dimension in der marktorientierten Entwicklung des Gesundheitswesens abzeichnet. Gesundheitsnetzwerke, die zunächst aus Kostendruck und Vorgaben einer sich

rasch ändernden Position des Gesundheitswesens in Gesellschaft, Politik, Wirtschaft und medizinischer Bedarfsstruktur des Menschen gebildet haben, stellen eine hervorragende Basis für die Entwicklung dieser neuen Ansätze.

Eine weitere theoretische Fundierung, die Erarbeitung unterschiedlichster Tools und Prozesse der Mass Customization und die Adaption von CRM auf die spezifischen Belange der sich weiterentwickelnden Netzwerkstrukturen im Gesundheitswesen und deren Patienten, die „Kunden“ im Gesundheitswesen, bieten ein breites Arbeitsfeld mit großem Optimierungspotenzial für Forschung und Praxis.

## Anhang

### Anhang A: Übersicht der geforderten Informationen des Aktionsforum

- **Anbieter**
- **Ziel, Zweck und angesprochene Zielgruppe(n) der Information**
- **Autoren und Datenquellen der Informationen**
- **Aktualität der Daten**
- **Möglichkeit für Rückmeldungen seitens der Nutzer**
- **Angewandte Verfahren der Qualitätssicherung**
- **Trennung von Werbung und redaktionellem Beitrag**
- **Finanzierung und Sponsoren**
- **Kooperationen und Vernetzung**
- **Datenverwendung und Datenschutz**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. (2009).

**Anhang B: Abschrift der zitierten Paragraphen des Heilmittelwerbegesetzes mit Markierung der Änderungen.**

**§ 3**

Unzulässig ist eine irreführende Werbung. Eine Irreführung liegt insbesondere dann vor,

1. wenn Arzneimitteln, Medizinprodukten, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen beigelegt werden, die sie nicht haben,
2. wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass
  - a) ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann,
  - b) bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten,
  - c) die Werbung nicht zu Zwecken des Wettbewerbs veranstaltet wird,
3. wenn unwahre oder zur Täuschung geeignete Angaben
  - a) über die Zusammensetzung oder Beschaffenheit von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Gegenständen oder anderen Mitteln oder über die Art und Weise der Verfahren oder Behandlungen oder
  - b) über die Person, Vorbildung, Befähigung oder Erfolge des Herstellers, Erfinders oder der für sie tätigen oder tätig gewesenen Personen gemacht werden.

**§ 7**

(1) Es ist unzulässig, *Zuwendungen und sonstige* Werbegaben (Waren oder Leistungen) anzubieten, anzukündigen oder zu gewähren oder als Angehöriger der Fachkreise anzunehmen, es sei denn, dass

1. *es sich bei den Zuwendungen oder Werbegaben um Gegenstände von geringem Wert, die durch eine dauerhafte und deutlich sichtbare Bezeichnung des Werbenden oder des beworbenen Produktes oder beider gekennzeichnet sind, oder um geringwertige Kleinigkeiten handelt;*
2. *die Zuwendungen oder Werbegaben in*
  - a) *einem bestimmten oder auf bestimmte Art zu berechnenden Geldbetrag oder*
  - b) *einer bestimmten oder auf bestimmte Art zu berechnenden Menge gleicher Ware gewährt werden;*

*Zuwendungen oder Werbegaben nach Buchstabe a sind für Arzneimittel unzulässig, soweit sie entgegen den Preisvorschriften gewährt werden, die aufgrund des Arzneimittelgesetzes gelten; Buchstabe b gilt nicht für Arzneimittel, deren Abgabe den Apotheken vorbehalten ist;*
3. *die Zuwendungen oder Werbegaben nur in handelsüblichem Zubehör zur Ware oder in handelsüblichen Nebenleistungen bestehen; als handelsüblich gilt insbesondere eine im Hinblick auf den Wert der Ware oder Leistung angemessene teilweise oder vollständige Erstattung oder Übernahme von Fahrtkosten für Verkehrsmittel des öffentlichen Personennahverkehrs, die im Zusammenhang mit dem Besuch des Geschäftslokals oder des Orts der Erbringung der Leistung aufgewendet werden darf;*
4. *die Zuwendungen oder Werbegaben in der Erteilung von Auskünften oder Ratschlägen bestehen oder*
5. *es sich um unentgeltlich an Verbraucherinnen und Verbraucher abzugebende Zeitschriften handelt, die nach ihrer Aufmachung und Ausgestaltung der Kundenwerbung und den Interessen der verteilenden Person dienen, durch einen entsprechenden Aufdruck auf der Titelseite diesen Zweck erkennbar machen und in ihren Herstellungskosten geringwertig sind (Kundenzeitschriften).*

*Werbegaben für Angehörige der Heilberufe sind unbeschadet des Satzes 1 nur dann zulässig, wenn sie zur Verwendung in der ärztlichen, tierärztlichen oder pharmazeutischen Praxis bestimmt sind. § 47 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes bleibt unberührt.*

- (2) *Absatz 1 gilt nicht für Zuwendungen im Rahmen ausschließlich berufsbezogener wissenschaftlicher Veranstaltungen, sofern diese einen vertretbaren Rahmen nicht überschreiten, insbesondere in Bezug auf den wissenschaftlichen Zweck der Veranstaltung von untergeordneter Bedeutung sind und sich nicht auf andere als im Gesundheitswesen tätige Personen erstrecken.*
- (3) *Es ist unzulässig, für die Entnahme oder sonstige Beschaffung von Blut-, Plasma- oder Gewebespenden zur Herstellung von Blut- und Gewebeprodukten und anderen Produkten zur Anwendung bei Menschen mit der Zahlung einer finanziellen Zuwendung oder Aufwandsentschädigung zu werben.*

**§ 11**

- (1) Außerhalb der Fachkreise darf für Arzneimittel, Verfahren, Behandlungen, Gegenstände oder andere Mittel nicht geworben werden
1. mit Gutachten, Zeugnissen, wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen sowie mit Hinweisen darauf,
  2. 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,
  3. mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf,
  4. mit der bildlichen Darstellung von Personen in der Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe, des Heilgewerbes oder des Arzneimittelhandels,
  5. mit der bildlichen Darstellung
    - a) von Veränderungen des menschlichen Körpers oder seiner Teile durch Krankheiten, Leiden oder Körperschäden,
    - b) der Wirkung eines Arzneimittels, eines Verfahrens, einer Behandlung, eines Gegenstandes oder eines anderen Mittels durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach der Anwendung,
    - c) des Wirkungsvorganges eines Arzneimittels, eines Verfahrens, einer Behandlung, eines Gegenstandes oder eines anderen Mittels am menschlichen Körper oder an seinen Teilen,
  6. mit fremd- oder fachsprachlichen Bezeichnungen, soweit sie nicht in den allgemeinen deutschen Sprachgebrauch eingegangen sind,
  7. mit einer Werbeaussage, die geeignet ist, Angstgefühle hervorzurufen oder auszunutzen,
  8. durch Werbevorträge, mit denen ein Feilbieten oder eine Entgegennahme von Anschriften verbunden ist,
  9. mit *Veröffentlichungen*, deren Werbezweck missverständlich oder nicht deutlich erkennbar ist,
  10. mit *Veröffentlichungen*, die dazu anleiten, bestimmte Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden beim Menschen selbst zu erkennen und mit den in der Werbung bezeichneten Arzneimitteln, Gegenständen, Verfahren, Behandlungen oder anderen Mitteln zu behandeln, sowie mit entsprechenden Anleitungen in audiovisuellen Medien,
  11. mit Äußerungen Dritter, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben, oder mit Hinweisen auf solche Äußerungen,
  12. mit Werbemaßnahmen, die sich ausschließlich oder überwiegend an Kinder unter 14 Jahren richten,
  13. mit Preisausschreiben, Verlosungen oder anderen Verfahren, deren Ergebnis vom Zufall abhängig ist,
  14. durch die Abgabe von Mustern oder Proben von Arzneimitteln oder durch Gutscheine dafür,
  15. durch die nicht verlangte Abgabe von Mustern oder Proben von anderen Mitteln oder Gegenständen oder durch Gutscheine dafür.
- Für Medizinprodukte gilt Satz 1 Nr. 6 bis 9, 11 und 12 entsprechend.

**§ 12**

- (1) Außerhalb der Fachkreise darf sich die Werbung für Arzneimittel und Medizinprodukte nicht auf die Erkennung, Verhütung, Beseitigung oder Linderung der in Abschnitt A der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten Krankheiten oder Leiden bei Menschen beziehen, *die Werbung für Arzneimittel außerdem nicht auf die Erkennung, Verhütung, Beseitigung oder Linderung der in Abschnitt B dieser Anlage aufgeführten Krankheiten oder Leiden beim Tier. Abschnitt A Nr. 2 der Anlage findet keine Anwendung auf die Werbung für Medizinprodukte.*
- (2) Die Werbung für andere Mittel, Verfahren, Behandlungen oder Gegenstände außerhalb der Fachkreise darf sich nicht auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung dieser Krankheiten oder Leiden beziehen. Dies gilt nicht für die Werbung für Verfahren oder Behandlungen in Heilbädern, Kurorten und Kuranstalten.

Quelle: HWG (1978) und HWG (1994).

**Anhang C: Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für private Zusatzversicherungen und IGeL Leistungen bezogen auf die letzten 3 Monate vor Untersuchungszeitraum**

Welle	Ausgaben für private Zusatzversicherungen	Ausgaben für privat zu zahlende Zusatzleistungen (IGeL)
11/2005	61,67 €	27,90 €
4/2006	46,66 €	21,01 €
11/2006	40,40 €	16,27 €


Quelle: Tabellarische Ergebnisse des Gesundheitsmonitors Befragungswelle 9 bis 11 (unveröffentlicht).

**Anhang D: Vor- und Nachteile der Befragungsarten**


Befragungsart	Persönliche Befragung	Telefonische Befragung	Schriftliche Befragung
<b>Vorteile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Unklarheiten bei der Fragestellung können sofort geklärt werden</li> <li>•geringere Anzahl nicht beantworteter Fragen durch geschulte Interviewer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Interaktionsprozesse zwischen Interviewer und Proband werden eingeschränkt</li> <li>•Kostengünstiger als mündliche Befragung</li> <li>•Breitere Grundgesamtheit/bessere Erreichbarkeit von Probanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Durchführung einer großen Stichprobe/Stückzahl möglich</li> <li>•keine Antwortbeeinflussung durch den Interviewer</li> <li>•Anonyme Durchführung möglich</li> <li>•Kostengünstig</li> <li>•in relativ kurzer Zeit durchführbar</li> <li>•Proband kann Zeitpunkt der Befragung selbst bestimmen</li> <li>•Proband hat Zeit, die Antwort gut zu überlegen (kann auch Nachteil sein bei erwünschter Spontanität)</li> </ul>
<b>Nachteile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Gefahr der Antwortbeeinflussung durch den Interviewer (soziale Erwünschtheit/indirekte Antwortvorgabe...)</li> <li>•relativ hohe Kosten</li> <li>•zeitaufwendig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Antwortverhalten kann durch die Distanz negativ beeinflusst werden</li> <li>•zeitaufwendig</li> <li>•Anruf kann zu einem ungünstigen Zeitpunkt erfolgen</li> <li>•Inzwischen reagieren viele Personen gereizt auf Interviewanfragen per Telefon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Gefahr eines niedrigen Rücklaufs</li> <li>•Gefahr, dass nicht die angesriebene Zielperson antwortet</li> <li>•Gefahr unbeantworteter Fragen</li> <li>•Gefahr von Verständnisproblemen</li> <li>•Gefahr, dass nur bestimmte Personklassen (z. B. Rentner) antworten</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Diekmann, A. (2007), S. 446–470; Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007), S. 180–181 und Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002), S. 443–451.

Anhang E: Papierversion des Fragebogens<sup>1065</sup>



Universität der Bundeswehr München



**Ihre Meinung zählt!**

**Sehr geehrte Befragungsteilnehmer,**

ich freue mich, dass Sie sich die Zeit nehmen, an dieser Umfrage im Rahmen meiner **Doktorarbeit** zum Thema "Patientenorientierung" am Institut für Betriebswirtschaftslehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens der Universität der Bundeswehr München unter Leitung von Prof. Dr. G. E. Braun teilzunehmen.

**Ziel** der Befragung ist es zu untersuchen, wie Gesundheitsdienstleistungen besser an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden können. Hierfür interessiert es mich, wie Sie das aktuelle Informationsangebot im Gesundheitswesen beurteilen und welche Angebote Sie sich für die Zukunft wünschen. In diesem Zusammenhang ist es auch von Interesse, Ihre Meinung zu neuen Kommunikationswegen (z. B. E-Mail, Internet) in Bezug auf das Gesundheitswesen zu erfahren.

Der Fragebogen umfasst ca. 40 Fragen und wird ca. **20-30 Minuten** Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Selbstverständlich ist die Umfrage komplett **anonym**! Es können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die gesetzlichen Datenschutzrichtlinien werden eingehalten.

Um ein umfassendes Meinungsbild zu bekommen, ist es wichtig, möglichst viele Teilnehmer aller Alters- und Berufsgruppen zu gewinnen. Ich würde mich freuen, wenn Sie die Einladung zur Umfrage auch an Freunde und Bekannte weitergeben.

Sollten Sie **Fragen** haben, können Sie mich gerne jederzeit unter der E-Mail [johanna.burkart@unibw.de](mailto:johanna.burkart@unibw.de) erreichen.

Vielen Dank, dass Sie meine Arbeit unterstützen!

Mit freundlichen Grüßen

Johanna Burkart

---

<sup>1065</sup> Der Fragebogen wurde zur Darstellung in dieser Arbeit im Pdf Format exportiert. Die Papierversion weicht vom Layout und der Anzahl an angezeigten Fragen pro Seite entsprechend ab. Auf Besonderheiten in der Filterführung wird gesondert hingewiesen.

### Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Rechts oben im Fenster ist ein Fortschritts-Balken, der Ihnen in Prozentangaben zeigt, wie weit Sie ungefähr im Fragebogen sind. Sie können während der Befragung jederzeit im Fragebogen zurück gehen, indem Sie auf das "Zurück"-Feld unter den Antworten klicken. Ihre Eingaben bleiben erhalten, auch wenn Sie im Fragebogen zurückblättern. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage eine Antwort an. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, nutzen Sie bitte die Antwortmöglichkeit "Keine Angabe".

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es interessiert nur ihre persönliche Meinung.

Es gibt je nach Fragenart unterschiedliche Antwortmöglichkeiten. Unter der Frage stehen jeweils Ausfüllanweisungen für die Beantwortung der einzelnen Fragen. Die Bezeichnung "Arzt" bezieht sich im Rahmen der Umfrage auf Humanmediziner. Zahnärzte werden im Rahmen der Umfrage nicht betrachtet.

### Fragen zur Person

Die Befragung erfolgt vollständig **anonym**.

Die nachfolgenden Fragen zur Person dienen ausschließlich statistischen Zwecken. Es sind **keine Rückschlüsse** auf Ihre Person möglich.

#### Sind Sie im Gesundheitswesen tätig?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

#### In welchem Bereich des Gesundheitswesens sind Sie tätig? \*

- Arzt im Krankenhaus
- Sonstiger medizinischer Beruf im Krankenhaus/stationärer Bereich (Pflege, usw.)
- Niedergelassener Arzt
- Sonstiger medizinischer Beruf im ambulanten Bereich (Arzthelfer, Sanitäter usw.)
- Nicht-medizinischer Beruf (Klinikverwaltung, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung usw.)
- Pharmazeutischer Beruf
- Mitarbeiter in einem pharmazeutischen Unternehmen
- Medizinstudent
- Sonstige medizinische Ausbildung
- Gesundheitsökonomiestudent
- Sonstiges

\*Diese Frage erscheint bei der Online-Version des Fragebogens nur bei vorheriger Antwort „Ja“.



**Geschlecht**

- Männlich  Weiblich

**Alter in Jahren****Welchen höchsten Bildungsabschluß haben Sie?**

- Hauptschule/Realschule  
 Hauptschule/Realschule mit abgeschlossener Lehre  
 Abitur  
 Hochschulabschluss (FH, Universität)  
 Sonstige Ausbildung:   
 Keine Angabe

**Berufsgruppe**

- Arbeiter/in  
 Angestellte/r  
 Beamte/r  
 Selbständige/r, Freiberuflich tätig  
 Rentner/in, Pensionär/in  
 Schüler/in, Student/in  
 Sonstiges   
 Keine Angabe

**Wie sind Sie versichert?**

- Privat versichert
- Gesetzlich versichert
- Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung

**Bei welcher der folgenden gesetzlichen Krankenkassen sind Sie versichert?\***

- AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse)
- BKK (Betriebskrankenkasse)
- Ersatzkasse (Techniker Krankenkasse, Barmer, DAK...)
- IKK (Innungskrankenkasse)
- Sonstige:
- Keine Angabe

**Bei welcher der folgenden Krankenversicherungen sind Sie versichert? \***

- Allianz
- ARAG Krankenversicherungs-AG
- AXA Krankenversicherung AG
- Barmenia Krankenversicherung AG
- Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
- Central Krankenversicherung AG
- CONCORDIA Krankenversicherung AG
- Continentale Krankenversicherung AG
- DBV Winterthur
- Debeka Krankenversicherung
- DEVK Krankenversicherung AG
- DKV (Deutsche Krankenversicherung AG)
- Gothaer Krankenversicherung AG
- Hanse Merkur Krankenversicherung AG
- HUK-COBURG Krankenversicherung AG
- Signal Iduna
- Universa Krankenversicherung AG
- UKV (Union Krankenversicherung AG)
- Sonstige:
- Keine Angabe

\* Diese Fragen erscheinen entsprechend der zuvor gegebenen Antwort.

**In welchem Bundesland wohnen Sie?**

- Bayern
- Baden-Württemberg
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen
- Keine Angabe

**Wie groß ist die Stadt bzw. die Gemeinde, in der Sie wohnen?**

- Mehr als 100.000 Einwohner
- 20.000 - 100.000 Einwohner
- 5.000 - 20.000 Einwohner
- Weniger als 5.000 Einwohner
- Keine Angabe

**Nachfolgend finden Sie Aussagen über Arztbesuche. Bitte bewerten Sie jede dieser Aussagen, in wie weit Sie ihr zustimmen.**

- Ich gehe normalerweise immer zuerst zu meinem Hausarzt/Allgemeinarzt, bevor ich zu einem Facharzt gehe, außer bei:
- Ich bitte meinen Hausarzt mir eine Überweisung zu einem Facharzt zu geben, ohne dass er mich untersucht.
- Ich gehe normalerweise sofort zu einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung.
- Ich gehe immer gleich in eine Krankenhausambulanz.
- Sonstiges:
- Keine Angabe

**Wie oft suchen Sie die folgenden Ärzte auf?**

	Öfter als 15 Mal im Jahr	10-15 Mal im Jahr	5-10 Mal im Jahr	2-4 Mal im Jahr	Seltener als 2 Mal im Jahr	Keine Angabe
Hausarzt/Allgemeinarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facharzt (nicht Zahnarzt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhausambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Aus welchen Gründen besuchen Sie normalerweise einen Arzt?**

- Ich gehe regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen.
- Ich gehe zum Arzt wenn ich gerade krank bin.
- Ich gehe regelmäßig wegen einer bestimmten Erkrankung zum Arzt.
- Keine Angabe
- Sonstiges

**Chronische Krankheiten sind Krankheiten, die nicht heilbar sind. Sie lassen sich durch eine regelmäßige Behandlung (z.B. regelmäßige Einnahme von Medikamenten, Einhalten von Diäten, regelmäßige Kontrolle durch den Arzt) jedoch oftmals gut kontrollieren.**

**Leiden Sie an einer der folgenden chronischen Krankheiten?**

- Asthma
- Bluthochdruck (Hypertonie)
- Blutzucker (Diabetes)
- Chronische Bronchitis
- Herzinsuffizienz / Herzschwäche
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Krebserkrankung
- Neurodermitis
- Rückenschmerzen
- Sonstige
- Keine dieser Krankheiten

**Stellen Sie sich vor, Sie besuchen einen Arzt. Wie würden Sie sich selbst bezeichnen?**

- Ich sehe mich als Patient, der keinen Einfluss darauf hat wie der Arzt entscheidet.
- Ich sehe mich als Patient, der ein wenig Einfluss auf die Dienstleistung des Arztes hat.
- Ich sehe mich als Patient, der die Handlung/Entscheidungen des Arztes wesentlich beeinflussen kann.
- Sonstiges
- Keine Angabe

**In dieser Frage geht es darum, welche Art der Zusammenarbeit Sie von Ihrem Arzt erwarten.**

- Ich vertraue darauf, dass mein Arzt alle Entscheidungen in meinem Sinne trifft.
- Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden, überlasse die Auswahl aber **meinem Arzt**.
- Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden und mit ihm **gemeinsam** die Auswahl treffen.
- Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden und entscheide **selbst** (außer im Notfall), was gemacht wird.
- Sonstiges
- Keine Angabe

**Stellen Sie sich vor, Sie haben einen Termin bei Ihrem Arzt. Bitte beurteilen Sie die nachfolgenden Situationen, die bei der Behandlung oder beim organisatorischen Ablauf (Terminvergabe, Wartezeit usw.) auftreten können.**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Mein Arzt nimmt sich ausreichend Zeit für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Ablauf in der Praxis meines Arztes ist gut organisiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich auf einen Termin zu lange warten muss, spreche ich die Arzthelferin darauf an, dass ich nicht zufrieden bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich im Wartezimmer zu lange warten muss, ...						
... spreche ich die Arzthelferin darauf an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... spreche ich den Arzt darauf an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich mir mehr Informationen zur Krankheit / Therapie wünsche, sage ich dies meinem Arzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich der Meinung bin, dass der Arzt mich nicht gründlich genug untersucht, sage ich es ihm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich mir eine zweite Meinung hole, ...						
... sage ich es vorher meinem Arzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sage ich es meinem Arzt hinterher, wenn die zweite Meinung anders lautet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sage ich es meinem Arzt gar nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich mit einer Entscheidung meines Arztes nicht zufrieden bin, ...						
... sage ich es ihm direkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hole ich mir eine zweite Meinung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... suche ich mir sofort einen neuen Arzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist mir wichtig, dass Wartebereich und Empfang räumlich getrennt sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Im Gesundheitswesen entwickelt sich immer stärker die Tendenz, dass Krankenkassen die Grundversorgung bereitstellen und der Patient für weitere Leistungen Zuzahlungen leisten muss.**

**Wie beurteilen Sie die nachfolgenden Aussagen? Bitte beurteilen Sie die nachfolgenden Aussagen nicht in Bezug zur Zahnmedizin.**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Wenn eine Leistung medizinisch notwendig ist und meine Kasse diese nicht bezahlt, würde ich sie auch <u>selbst bezahlen</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine Leistung medizinisch notwendig ist, meine Kasse aber nicht bereit ist voll zu zahlen, würde ich einen <u>Teilbetrag selbst zahlen</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde eine Zuzahlung leisten, wenn die Behandlung dadurch qualitativ besser wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin bereit, für Leistungen die medizinisch nicht zwingend notwendig sind selbst zu zahlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde die Krankenkassen sollten für alle Leistungen aufkommen, egal ob sie medizinisch dringend notwendig sind oder auch "nur" die Lebensqualität des Patienten verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe schon einmal selbst dafür bezahlt, eine alternative Behandlung zu erhalten (z.B. Homöopathische Behandlung, zusätzliche Untersuchungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Mit Gesundheitssystem ist alles gemeint, was die Organisation im Gesundheitswesen betrifft. Also alles, was nicht direkt mit einer Krankheit, deren Behandlung und inhaltlich medizinischen Fragen zu tun hat (z.B.: Wie werden Ärzte bezahlt, wie werden Krankenkassenbeiträge berechnet, wie funktionieren Überweisungen zu einem Facharzt, welche Leistungsanbieter gibt es...).**

**Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ich kenne mich im Gesundheitssystem sehr gut aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne alle Informationen, die für mich als Patient wichtig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde im Gesundheitswesen herrscht ein Informationsmangel für Patienten über Änderungen im System.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Begriff Integrierte Versorgung schon einmal gehört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Begriff Gesundheitsnetzwerk schon einmal gehört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Begriff Medizinisches Versorgungszentrum schon einmal gehört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiss, was man unter einem Gesundheitsnetzwerk versteht, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>						
Ich weiss, was man unter Integrierter Versorgung versteht, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>						
Ich weiss, was ein Medizinisches Versorgungszentrum ist, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>						
Ich weiss, dass es 2009 eine Gesundheitsreform gab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne die Änderungen, die durch die letzte Gesundheitsreform gekommen sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Bitte beurteilen Sie, wie sehr Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Es gibt ausreichend Informationsmöglichkeiten (Zeitschriften, Internet, Arzt usw.) für <u>medizinische Themen</u> (Krankheiten, Therapien etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Informationsmöglichkeiten zu <u>medizinischen Themen</u> sind übersichtlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fände es gut, wenn <u>medizinische Internetseiten</u> mit einem Qualitätssiegel bewertet würden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt ausreichend Informationsmöglichkeiten über Fragen zum <u>Gesundheitssystem</u> (Praxisgebühr, Gesundheitskarte etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Informationsmöglichkeiten zu Fragen zum <u>Gesundheitssystem</u> sind übersichtlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Qualität von Informationsquellen lässt sich leicht beurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich von der Menge an Informationsquellen überfordert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist die Aufgabe der <u>Krankenkassen</u> , die Versicherten über Änderungen im Gesundheitssystem zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist die Aufgabe der <u>Ärzte</u> , die Patienten über Änderungen im Gesundheitssystem zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist die Aufgabe der <u>Politik</u> , die Patienten über Änderungen im Gesundheitssystem zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Welche Quellen nutzen Sie, um sich über das Gesundheitssystem (strukturelle/organisatorische Fragen) zu informieren?**

	regelmäßig	selten	nie	Keine Angabe
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tageszeitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apotheke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenkasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefonische Hotline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde/Bekannte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitschriften (z.B. Stern, Focus, Spiegel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachzeitschriften (z.B. Apothekenumschau, Deutsches Ärzteblatt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Welche Quellen nutzen Sie, um sich über medizinische Fragen (zu Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten etc.) zu informieren?**

	regelmäßig	selten	nie	Keine Angabe
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tageszeitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitschriften (z.B. Stern, Fokus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachzeitschriften (z.B. Apothekenumschau, Deutsches Ärzteblatt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apotheke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenkasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefonische Hotline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde/Bekannte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Stellen Sie sich einmal vor, es gäbe einen neutralen Ansprechpartner, dem Sie alle Fragen stellen könnten die Sie zum Thema Gesundheit und Gesundheitssystem haben.  
Wie bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ein neutraler Ansprechpartner...						
... ist für organisatorische Fragen wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist für medizinische Fragen wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sollte persönlich ansprechbar sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sollte telefonisch erreichbar sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sollte per E-Mail erreichbar sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sollte in einem Forum im Internet erreichbar sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde mich bei <u>organisatorischen Fragen</u> an diesen neutralen Ansprechpartner wenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde mich bei <u>medizinischen Fragen</u> an diesen neutralen Ansprechpartner wenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Beratung durch einen neutralen Ansprechpartner würde ich auch etwas bezahlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**In Deutschland gibt es bereits einige Patienten-Beratungsstellen, die Patienten im Bedarfsfall aufsuchen können.  
Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ich weiß, dass es Patienten-Beratungsstellen gibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß, wo ich eine Patienten-Beratungsstelle finde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe schon einmal eine Patienten-Beratungsstelle aufgesucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten-Beratungsstellen sollten auf Qualität geprüft und die Ergebnisse regelmässig veröffentlicht werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt zu wenige Informationen über Patienten-Beratungsstellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir mehr Informationen zu Patienten-Beratungsstellen im Internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten-Beratungsstellen sind wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wie häufig nutzen Sie das Internet für die folgenden, allgemeinen Aktivitäten ohne Bezug zum Gesundheitswesen?**

	Täg- lich	Ca. 1-2 mal pro Wo- che	Ca. 1-2 mal pro Mo- nat	Selt- ener	Nie	Kei- ne An- gabe
Private E-Mails schreiben und lesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschäftliche E-Mails schreiben und lesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationssuche über Suchmaschinen (z.B. Google, Yahoo, MSN).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationssuche über Homepages von Zeitungen/Zeitschriften.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationssuche auf Nachrichtenseiten (z.B. www.tagesschau.de).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationssuche auf spezifischen Homepages (z.B. Sportseiten).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diskussion in Foren, Chatrooms.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufen über das Internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nachfolgend finden Sie Aussagen über die Internetnutzung zu medizinischen Themen.  
Bitte geben Sie an, wie häufig Sie das Internet für die einzelnen Aktionen nutzen.**

	regelm- äßig	selten	nie	Keine Angabe
Nach Informationen zu medizinische Themen (Krankheiten/Therapien) suchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medizinische Themen in Foren/Chatrooms/Communities diskutieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärzte, die ich aufgesucht habe, in Foren bewerten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mich über aktuelle Änderungen im Gesundheitssystem informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den nachfolgenden Aussagen zur Internetnutzung zustimmen.**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ich würde das Internet zur Bewertung von Ärzten nutzen, wenn mir jemand erklärt wo und wie ich es tun kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde das Internet als Informationsquelle stärker nutzen, wenn es eine Qualitätsbewertung von Internetseiten geben würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Internet ist zu unübersichtlich, um sich dort zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde es wichtig, dass Arztpraxen eine Internetseite haben auf der sie sich vorstellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nutze das Internet, um nach einem geeigneten Facharzt zu suchen, wenn ich einen benötige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nachfolgend sehen Sie einige Aussagen zur Nutzungshäufigkeit des Internets im Zeitverlauf. Mit medizinischen Themen ist alles gemeint, was mit Krankheiten, Therapien, der Arztwahl oder auch der Kommunikation mit Ärzten zu tun hat. Es ist manchmal schwierig, Situationen in der Vergangenheit zu beurteilen. Bitte versuchen Sie die Fragen zur Vergangenheit so genau wie möglich zu schätzen.**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ich habe das Internet bereits in den <u>letzten Jahren</u> genutzt, um mich über medizinische Themen zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nutze das Internet zur Information zu gesundheitlichen Themen häufiger als vor einem Jahr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gerade <u>erst begonnen</u> , das Internet als Informationsquelle zu medizinischen Themen für mich zu nutzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke, dass ich das Internet <u>in Zukunft häufiger</u> nutzen werde, um mich über medizinische Themen zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nutze das Internet <u>bisher noch nicht</u> , um mich über medizinische Themen zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde das Internet <u>in Zukunft nicht nutzen</u> , um mich über medizinische Themen zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Was tun Sie, wenn Sie außerhalb der Praxisöffnungszeiten einen Arzt benötigen?**

- Ich fahre in ein Krankenhaus (Notaufnahme).
- Ich rufe den Notarzt an.
- Ich rufe den Bereitschaftsdienst/Notdienst an.
- Ich frage in der Nachtdienst-Apotheke welcher Arzt erreichbar ist.
- Jemanden aus dem privaten Umfeld anrufen.
- Ich rufe die Rettungsleitstelle an.
- Sonstiges:
- Keine Angabe

**In einem Gesundheitsnetzwerk schließen sich niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen zusammen. Es können auch Krankenhäuser beteiligt sein. Die Ärzte sind über Computer/Datenbanken vernetzt und stehen in engem Kontakt. Die Praxen sind jedoch nicht unbedingt im gleichen Gebäude.**

**Wie beurteilen Sie die nachfolgenden Aussagen?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ich finde es gut, wenn...						
... Ärzte zusammenarbeiten, um die Terminvergabe bei einer Überweisung zu beschleunigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ärzte meine Behandlungsdaten für den aktuellen Fall weiterleiten, damit der Arzt/die Klinik mich bereits kennt wenn ich überwiesen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ärzte eine gemeinsame Datenbank haben, in der sie alle meine Daten verwalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ärzte eine gemeinsame Datenbank haben, über die sie nur die Daten sehen können, die ich zuvor zur Ansicht für alle Ärzte freigegeben habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**In einem Gesundheitszentrum/Medizinischen Versorgungszentrum sind Ärzte gleicher und verschiedener Fachrichtungen in einem Gebäude untergebracht. Da sich die Ärzte untereinander abwechseln, kann ein Gesundheitszentrum/Medizinisches Versorgungszentrum verlängerte Öffnungszeiten anbieten. Da Ärzte verschiedener Fachrichtungen in einem Gebäude sind, kann bei Bedarf sofort ein Arzt einer anderen Fachrichtung zur Untersuchung hinzugeholt werden.**

**Wie beurteilen Sie die nachfolgenden Aussagen?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ich finde es wichtig, dass...						
... ich immer von dem gleichen Allgemeinarzt behandelt werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich immer von dem gleichen Facharzt behandelt werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein Gesundheitszentrum/Medizinisches Versorgungszentrum offiziell zertifiziert wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde ein Gesundheitszentrum/Medizinisches Versorgungszentrum aufsuchen, ...						
... wenn es in der Nähe ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... auch wenn ich dafür eine längere Anfahrt in Kauf nehmen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... um Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... um einen Allgemeinarzt zu sehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... um einen Facharzt zu sehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wenn ich außerhalb der Öffnungszeiten meines Hausarztes einen Arzt benötige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist mir egal...						
... welcher Allgemeinarzt mich behandelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... welcher Facharzt mich behandelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu welchem Arzt ich gehe, Hauptsache ich bekomme schnell einen Termin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich suche bereits ein Gesundheitszentrum/Medizinisches Versorgungszentrum auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>						

**Wissen Sie was man unter einem "strukturierten Behandlungsprogramm" oder "Disease Management Programm (DMP)" versteht?**

- Ja, ein Disease Management Programm ist...
- Schon mal gehört, aber ich weiß nicht was es bedeutet.
- Nein

**Ein Disease Management Programm/strukturiertes Behandlungsprogramm ist ein Programm, das die qualitativ hochwertige Behandlung von chronisch Kranken Patienten sichern soll. Es sollte nicht mit Vorsorgeprogrammen verwechselt werden. Diese werden für Menschen angeboten, die ein erhöhtes Risiko haben, an einer chronischen Krankheit zu erkranken.**

**Nehmen Sie an einem Disease Management Programm und/oder an einem Vorsorgeprogramm teil?**

- Ja, und zwar für folgende Krankheit:
- Ja, und zwar an folgendem Vorsorgeprogramm:
- Nein
- Keine Angabe

**Haben Sie das Gefühl, dass das Disease Management Programm /strukturierte Behandlungsprogramm speziell an Sie angepasst ist?**

- Ja, es wurde extra an meine Bedürfnisse angepasst.
- Es wurde nur teilweise an meine Bedürfnisse angepasst.
- Es wurde nicht an meine Bedürfnisse angepasst/trifft nur teilweise auf mich zu.
- Keine Angabe



**Haben Sie das Gefühl, dass sich die Behandlung Ihrer Krankheit durch die Teilnahme am Disease Management Programm/strukturierten Behandlungsprogramm verbessert hat?**

- Ja, die Betreuung durch den Arzt und mein Umgang mit der Krankheit haben sich verbessert.
- Ja, die Betreuung durch den Arzt hat sich verbessert.
- Ja, mein Umgang mit der Krankheit hat sich verbessert.
- Nein, ich kann keinen Unterschied feststellen.
- Sonstiges

**Haben Sie das Gefühl, dass das Vorsorgeprogramm speziell auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist?**

- Ja, es wurde extra an meine Bedürfnisse angepasst.
- Es wurde nur teilweise an meine Bedürfnisse angepasst.
- Es wurde nicht an meine Bedürfnisse angepasst/trifft nur teilweise auf mich zu.
- Keine Angabe

**Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Risiko, an der Krankheit zu erkranken, durch das Vorsorgeprogramm vermindert hat?**

- Ja, ich achte mehr auf einen gesunden Lebensstil.
- Nein, ich kann keinen Unterschied feststellen.
- Sonstiges

**Ist Ihnen bekannt, dass in Deutschland eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden soll?**

- Ja  Nein

**Wo haben Sie von der elektronischen Gesundheitskarte erfahren?**

- Arzt  
 Internet  
 Fernsehen  
 Zeitung/Zeitschriften  
 Krankenkasse  
 Freunde/Bekannte  
 Radio  
 Apotheke  
 Ich weiß nichts von einer Gesundheitskarte  
 Sonstiges

**Eine elektronische Gesundheitskarte ist eine Versichertenkarte, auf der neben den persönlichen Angaben (z.B. Name, Adresse, Krankenkasse) weitere Informationen (z.B. Krankengeschichte, Blutgruppe) über den Patienten gespeichert werden können.**

**Welche Informationen sollte ein Arzt Ihrer Meinung nach durch die Gesundheitskarte erhalten/auf ihr speichern können, um Doppeluntersuchungen, Wechselwirkungen etc. zu vermeiden?**

- Medikamente die ich einnehme  
 Krankengeschichte bei diesem Arzt  
 Krankengeschichte bei anderen Ärzten  
 Blutgruppe  
 Laborwerte  
 Röntgenbilder/ Ergebnisse diagnostischer Verfahren  
 Allergien  
 Krankheiten/Diagnosen die ich selbst zur Ansicht für **alle** Ärzte freigebe  
 Krankheiten/Diagnosen die ich selbst zur Ansicht für **bestimmte** Ärzte freigebe  
 Allgemein nur Daten, die ich einzeln zur Ansicht für bestimmte Ärzte freigebe  
 Keine Informationen

**Nachfolgend finden Sie einige Aussagen über Serviceleistungen, die Ärzte in Zukunft anbieten könnten. Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Ich möchte Termine bei meinem Arzt selbstständig im Internet festlegen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir verlängerte Öffnungszeiten der Arztpraxis, um auch vor oder nach der Arbeit zum Arzt gehen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte mit meinem Arzt auch per E-Mail kommunizieren können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte Medikamentenrezepte, die ich regelmäßig bekomme...						
... telefonisch bestellen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... per E-Mail bestellen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte an Vorsorgeuntersuchungen...						
... per SMS erinnert werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... per E-Mail erinnert werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte eine Terminbestätigung...						
... per E-Mail erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... per SMS erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde es gut, wenn...						
... ich gleichzeitig mit der Rechnung auch einen Antrag zur Kostenübernahme der Behandlung für meine Krankenversicherung bekomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mein Arzt bei einer Überweisung in ein Krankenhaus oder zu einem Facharzt über sein Computersystem gleich einen Termin für mich vereinbaren kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wäre bereit, anfallende Kosten für Serviceleistungen die ich mir wünsche selbst zu tragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen über die Sicherheit von neuen Kommunikationsmedien zu?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe
Der Datenaustausch über das <u>Internet</u> ist sicher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Datenaustausch per <u>E-Mail</u> ist sicher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kommunikation per <u>SMS</u> ist sicher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Datenaustausch zwischen Ärzten über die elektronische Patientenakte (Datenbank) ist sicher vor unbefugtem Zugriff.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf der Gesundheitskarte werden meine Daten sicher gespeichert, so dass Unbefugte keinen Zugriff darauf erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn es die Möglichkeit gibt, Patientendaten über neue Kommunikationsmedien (z.B. E-Mail, Internet, Gesundheitskarten) zu übertragen oder zu speichern, ...						
... vertraue ich darauf, dass dies unter höchsten Sicherheitsvorkehrungen geschieht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... erwarte ich einen Nachweis, dass dies unter höchsten Sicherheitsvorkehrungen geschieht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Monitoring bedeutet, dass wichtige Werte wie z.B. Blutzucker oder Blutdruck durchgehend von einem Arzt überwacht werden.**

**Ein Diabetespatient bekommt z.B. ein Messgerät, mit welchem er regelmäßig seinen Blutzuckerspiegel kontrolliert. Das Gerät überträgt die Werte automatisch an einen Computer. Der Computer kontrolliert ob der Wert kritisch ist und alarmiert falls notwendig einen Arzt, der dann Kontakt zu dem Patienten aufnimmt.**

**Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?**

Ich würde ein derartiges Angebot nutzen, falls ich es benötige, ...

- ... und meine Krankenkasse dafür bezahlt.
- ... auch wenn ich eine Zuzahlung leisten muss.
- ... auch wenn ich es selbst zahlen muss.
- Ich würde ein derartiges Angebot nicht nutzen.
- Ich nutze dieses Angebot bereits für folgende Krankheit:
- Sonstiges:

**Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht als Arzt?**

	Sti- mme voll zu	Sti- mme eher zu	Teils, teils	Sti- mme eher nicht zu	Sti- mme über- haupt nicht zu	Kei- ne An- gabe
Ich finde es wichtig, dass Arztpraxen einen Internetauftritt haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Internet nimmt in der Gesundheitsversorgung eine immer wichtigere Rolle ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde die Möglichkeiten der Vernetzung zum Austausch von Patientendaten gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich befürworte den Einsatz von elektronischen Patientenakten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin Mitglied eines Gesundheitsnetzwerkes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für notwendig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich befürworte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin von der Kassenärztlichen Vereinigung ausführlich über die elektronische Gesundheitskarte informiert worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde meinen Patienten ...						
... anbieten, per E-Mail zu kommunizieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... anbieten, Termine bei mir im Internet zu vereinbaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Telemonitoring anbieten, wenn der Patient die Kosten selbst übernimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... anbieten, Rezepte die sie regelmäßig benötigen per E-Mail zu bestellen, wenn es rechtlich möglich ist und sie es wünschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... anbieten, Rezepte die sie regelmäßig benötigen über das Internet zu bestellen, wenn es rechtlich möglich ist und sie es wünschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einen SMS-Erinnerungsservice anbieten, wenn es für mich kostengünstig möglich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich biete die folgenden Services bereits an:						
Erinnerungsservice zur Erinnerung an Vorsorgetermine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine elektronische Patientenakte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine elektronische Patientenakte, auf die auch andere Ärzte/ Krankenhäuser zugreifen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlängerte Öffnungszeiten für berufstätige Patienten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlängerte Öffnungszeiten für Privatversicherte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten können Medikamentenrezepte die sie regelmäßig bekommen per Telefon bestellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:						
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Gibt es Ihrer Meinung nach noch etwas, das bei der Behandlung von Patienten verändert/verbessert werden sollte?**

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, an dieser Umfrage teilzunehmen!

Sie können das Fenster nun schließen.

**Anhang F: Übersicht über Fragen der zweiten Erhebung**

- Ich finde es gut, dass mein Urologe für mich den Termin zur Spezialuntersuchung HistoScanning vereinbart.
- Ich habe das Gefühl, dass ich schneller einen Termin zu dieser Spezialuntersuchung bekommen habe, da mein Urologe diesen Termin für mich vereinbart hat.
- Es ist mir wichtig, dass mein Arzt Termine in Kliniken oder für Spezialuntersuchungen für mich vereinbart.
- Das Anschreiben mit Wegbeschreibung und der Beschreibung des Untersuchungsverlaufs, das ich bei der Terminvereinbarung bekommen habe, ist verständlich.
- Das Anschreiben mit Wegbeschreibung und der Beschreibung des Untersuchungsverlaufs, das ich bei der Terminvereinbarung bekommen habe, ist für mich wichtig.
- Ich finde es gut, dass ich nach der Behandlung die vorbereitete Kostenübernahme für die Krankenversicherung gleich mitbekomme.
- Es erspart mir Arbeit, dass ich nach der Behandlung die vorbereitete Kostenübernahme für die Krankenversicherung gleich mitbekomme.
- Ich finde es gut, dass der Arzt in der HistoScanning-Ambulanz meine Daten bereits von meinem Urologen bekommen hat, wenn ich zur Untersuchung komme.
- Es ist mir wichtig, dass der Arzt in der HistoScanning-Ambulanz meine Daten bereits kennt, wenn ich zur Untersuchung komme.
- Ich wünsche mir, dass mein Arzt auch für andere Untersuchungen eng mit Spezialambulanzen oder einer Klinik zusammenarbeitet.

**Anhang G: Übersicht über die soziodemografischen Daten der Befragungsabbrecher**

**Tabelle 88: Verteilung Geschlecht Befragungsabbrecher**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Männlich	43	27,0	45,7
Weiblich	51	32,1	54,3
<b>Gesamt</b>	<b>94</b>	<b>59,1</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	10	6,3	
Fragebogen vorher abgebrochen	55	34,6	
<b>Gesamt</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 89: Altersverteilung Befragungsabbrecher**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
18-20	2	1,3	2,1
21-25	4	2,5	4,1
26-30	22	13,8	22,7
31-35	15	9,4	15,5
41-45	7	4,4	7,2
46-50	12	7,5	12,4
51-55	17	10,7	17,5
56-60	12	7,5	12,4
61-65	3	1,9	3,1
71-75	1	0,6	1,0
>75	2	1,3	2,1
<b>Gesamt</b>	<b>97</b>	<b>61,0</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	7	4,4	
Fragebogen vorher abgebrochen	55	34,6	
<b>Gesamt</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	



**Tabelle 90: Bildung Befragungsabbrecher**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Hauptschule/Realschule	5	3,1	5,4
Hauptschule/Realschule mit abgeschlossener Lehre	18	11,3	19,4
Abitur	21	13,2	22,6
Hochschulabschluss (FH, Universität)	47	29,6	50,5
Sonstige Ausbildung:	2	1,3	2,2
<b>Gesamt</b>	<b>93</b>	<b>58,5</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	4	2,5	
Fragebogen vorher abgebrochen	62	39,0	
<b>Gesamt</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 91: Berufsverteilung Befragungsabbrecher**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Arbeiter/in	3	1,9	3,3
Angestellte/r	46	28,9	50,5
Beamte/r	4	2,5	4,4
Selbstständige/r; Freiberuflich tätig	19	11,9	20,9
Rentner/in; Pensionär/in	1	0,6	1,1
Schüler/in; Student/in	14	8,8	15,4
Sonstiges	4	2,5	4,4
<b>Gesamt</b>	<b>91</b>	<b>57,2</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	6	3,8	
Fragebogen vorher abgebrochen	62	39,0	
<b>Gesamt</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 92: Versicherung Befragungsabbrecher**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Privat versichert	31	19,5	33,0
Gesetzlich versichert	50	31,4	53,2
Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung	13	8,2	13,8
<b>Gesamt</b>	<b>94</b>	<b>59,1</b>	<b>100,0</b>
Fragebogen vorher abgebrochen	65	40,9	
<b>Gesamt</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 93: Bundesland Befragungsabbrecher**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Bayern	34	21,4	39,1
Baden-Württemberg	6	3,8	6,9
Berlin	9	5,7	10,3
Brandenburg	1	0,6	1,1
Hamburg	2	1,3	2,3
Hessen	9	5,7	10,3
Niedersachsen	9	5,7	10,3
Nordrhein-Westfalen	10	6,3	11,5
Rheinland-Pfalz	3	1,9	3,4
Saarland	2	1,3	2,3
Sachsen	2	1,3	2,3
<b>Gesamt</b>	<b>87</b>	<b>54,7</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	4	2,5	
Fragebogen vorher abgebrochen	68	42,8	
<b>Gesamt</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle 94: Größe Wohnort Befragungsabbrecher**

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Mehr als 100.000 Einwohner	38	23,9	43,2
20.000 - 100.000 Einwohner	22	13,8	25,0
5.000 - 20.000 Einwohner	14	8,8	15,9
Weniger als 5.000 Einwohner	14	8,8	15,9
<b>Gesamt</b>	<b>88</b>	<b>55,3</b>	<b>100,0</b>
Fragebogen vorher abgebrochen	69	43,4	
Keine Angabe	2	1,2	
<b>Gesamt</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>	

## Anhang H: Beispielhafter Vergleich der Ergebnisse beendete Fragebögen vs. alle Fragebögen

Tabelle 95: Häufigkeit Hausarztbesuch beendete Fragebögen vs. alle Fragebögen

	Prozent beendete Fragebögen	Gültige Prozente beendete Fragebögen	Prozent alle Fragebögen	Gültige Prozente alle Fragebögen
Öfter als 15 Mal im Jahr	1,1	1,1	,8	0,9
10-15 Mal im Jahr	1,6	1,7	1,5	1,9
5-10 Mal im Jahr	9,6	10,0	8,0	9,9
2-4 Mal im Jahr	36,6	38,3	30,9	38,0
Seltener als 2 Mal im Jahr	46,7	48,9	40,0	49,3
<b>Gesamt</b>	<b>95,6</b>	<b>100,0</b>	<b>81,1</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	4,4		5,2	
Fragebogen zuvor beendet			13,7	
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	
<b>Gesamt (Häufigkeit)</b>	<b>366</b>		<b>525</b>	

Tabelle 96: Häufigkeit Facharztbesuch beendete Fragebögen vs. alle Fragebögen

	Prozent beendete Fragebögen	Gültige Prozente beendete Fragebögen	Prozent alle Fragebögen	Gültige Prozente alle Fragebögen
Öfter als 15 Mal im Jahr	0,8	0,9	0,6	0,7
10-15 Mal im Jahr	0,8	0,9	0,6	0,7
5-10 Mal im Jahr	5,7	6,2	4,8	6,0
2-4 Mal im Jahr	35,5	38,2	29,7	37,5
Seltener als 2 Mal im Jahr	50,0	53,8	43,6	55,0
<b>Gesamt</b>	<b>92,9</b>	<b>100,0</b>	<b>79,2</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe	7,1		7,1	
Fragebogen zuvor beendet			13,7	
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	
<b>Gesamt (Häufigkeit)</b>	<b>366</b>		<b>525</b>	

Tabelle 97: Aussagen zum Arztbesuch beendete Fragebögen vs. alle Fragebögen

	Prozent beendete Fragebögen	Prozente alle Fragebögen
<b>Ich gehe regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen.</b>	54,6	54,0
<b>Ich gehe zum Arzt, wenn ich gerade krank bin.</b>	78,1	77,0
<b>Ich gehe regelmäßig wegen einer bestimmten Erkrankung zum Arzt.</b>	21,6	20,6
<b>Ich sehe mich als Patient, der keinen Einfluss darauf hat wie der Arzt entscheidet.</b>	6,6	7,3
<b>Ich sehe mich als Patient, der ein wenig Einfluss auf die Dienstleistung des Arztes hat.</b>	45,1	43,7
<b>Ich sehe mich als Patient, der die Handlung/Entscheidungen des Arztes wesentlich beeinflussen kann.</b>	43,7	44,3
<b>Ich vertraue darauf, dass mein Arzt alle Entscheidungen in meinem Sinne trifft.</b>	1,4	1,8
<b>Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden, überlasse die Auswahl aber meinem Arzt</b>	9,6	9,3
<b>Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden und mit ihm gemeinsam die Entscheidung treffen</b>	74,9	74,0
<b>Ich möchte von meinem Arzt über alle Diagnose- und Behandlungsalternativen informiert werden und entscheide selbst (außer im Notfall)</b>	12,8	12,9

Anhang I: Ergebnisse der Clustereinteilungen in 4, 5 und 9 Cluster

Abbildung 131: Ergebnis der Clustereinteilung in 4 Cluster

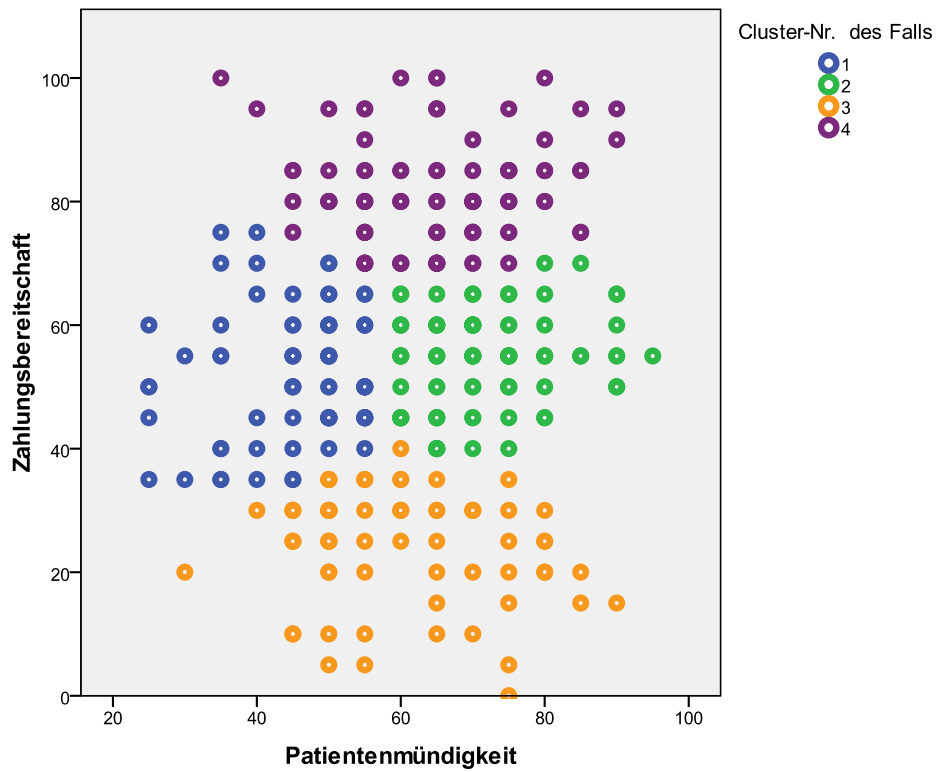


Abbildung 132: Ergebnis der Clustereinteilung in 5 Cluster

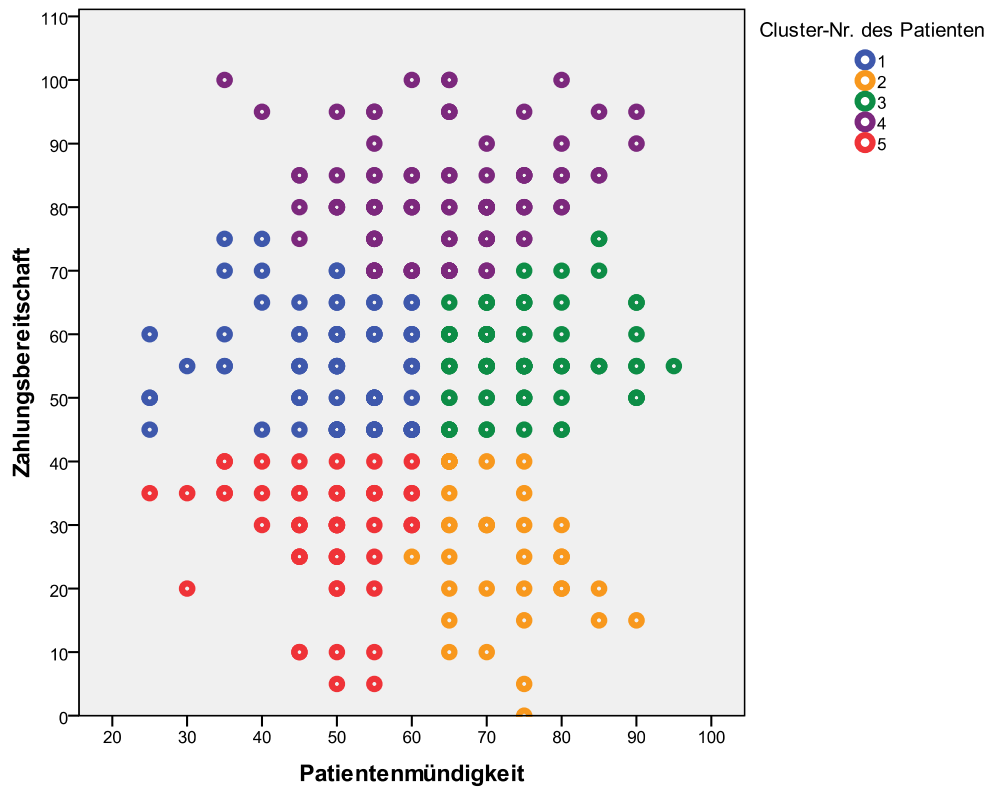
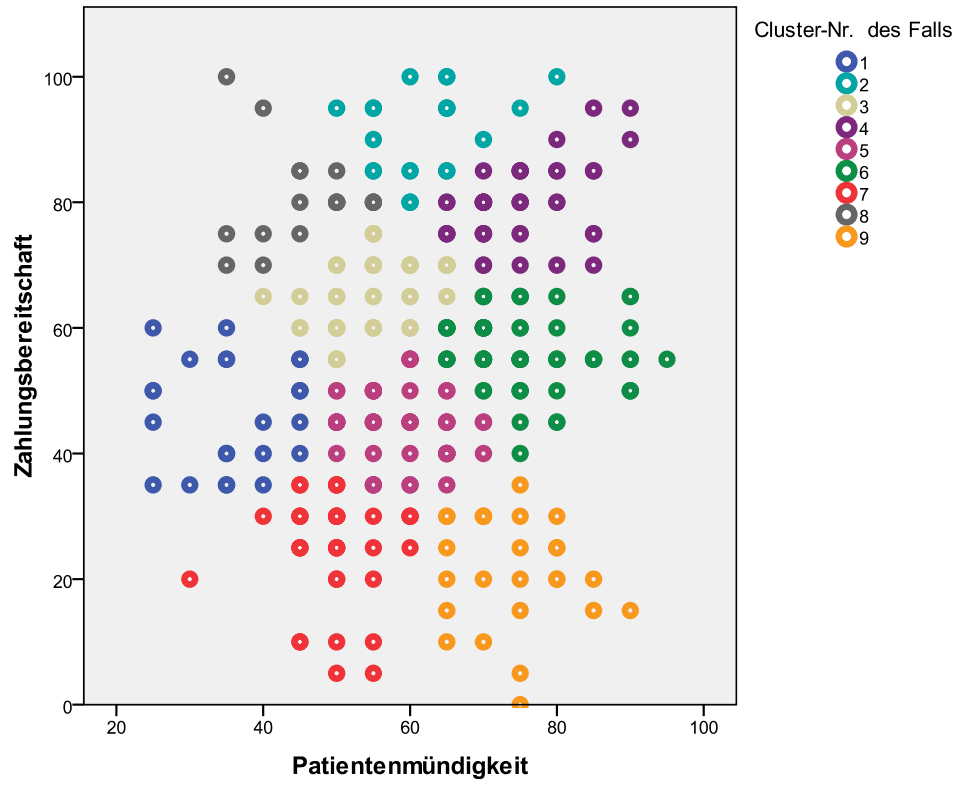


Abbildung 133: Ergebnis der Clustereinteilung in 9 Cluster



## Literaturverzeichnis

- Adelhard, K. (2000):** Qualitätssicherung medizinischer Informationsangebote im Internet. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Nr. 43, S. A2863-A2866.
- Ahlert, D.; Evanschitzky, H.; Ahlert, M. (2003):** Dienstleistungsnetzwerke. Management, Erfolgsfaktoren und Benchmarks im internationalen Vergleich. Berlin: Springer.
- Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. (Hrsg.) (2009):** Homepage des Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem. Online verfügbar unter <http://www.afgis.de/>, zuletzt geprüft am 06.09.2009.
- Allen, C.; Kania, D.; Yaeckel, B. (2001):** One-to-one web marketing. Build a relationship marketing strategy one customer at a time. 2nd ed. New York: Wiley.
- Amacher, T. (2000):** My guide to customer relationship management. Kundenbeziehungen erfolgreicher leben; Theorie, Praxisbeispiele, Kundengunst. 2. Aufl. Basel: Pidas.
- American Healthways (2004):** Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century. 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit October 30 - November 2, 2003.
- Anycare GmbH (o. J.):** Consilium Cardiale. Programmhandbuch.
- AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.) (2007):** Europäisches Praxisassessment (EPA). Die lernende Praxis: Qualitätsmanagement durch Assessment und Weiterentwicklung. Göttingen. Online verfügbar unter [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de).
- Arora, N. K.; McHorney, C. A. (2000):** Patient Preferences for Medical Decision Making. Who Really Wants to Participate. In: Medical Care, Vol. 38, Nr. 3, S. 335–341.
- Atkinson, R.; Flint, J. (2001):** Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. In: Social Research Update, Nr. 33.



- Axel Springer AG; Bauer Media KG (Hrsg.) (2006):** Verbraucheranalyse - Die Psychonomics-Gesundheitstypologie in der VA. Online verfügbar unter [http://www.verbraucheranalyse.de/downloads/6/VA\\_Psychonomics\\_Gesundheitstypologie.pdf](http://www.verbraucheranalyse.de/downloads/6/VA_Psychonomics_Gesundheitstypologie.pdf), zuletzt geprüft am 26.06.2009.
- Badura, B. (1995):** Gesundheitsdienstleistungen im Wandel. In: Bullinger, Hans-Jörg (Hrsg.): Dienstleistung der Zukunft. Märkte, Unternehmen und Infrastrukturen im Wandel; Ergebnisse der Tagung des BMBF vom 28. und 29. Juni 1995 in Berlin. Wiesbaden: FBO Office Media; Gabler, S. 183–190.
- Bahner, B. (2004):** Das neue Werberecht für Ärzte. Auch Ärzte dürfen werben. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Baldeweg, R.; Tischendorf, A. (2007):** Wettbewerb um GKV-Mitglieder. Herausgegeben von A.T. Kearney. Düsseldorf.
- Ball, M. J.; Lillis, J. (2001):** E-health: transforming the physician/patient relationship. In: International Journal of Medical Informatics, Nr. 61, S. 1–10.
- Baruch, M.; Ellermann, B. (2003):** Arzt im Wettbewerb. Neue Möglichkeiten für Ihr Praxismarketing. 2. Aufl. Landsberg am Lech: ecomed.
- Becker, K.; Eckardt, J. (2006):** Grundlagen Integrierter Behandlungspfade. In: Eckardt, J.; Sens, B. (Hrsg.): Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Heidelberg: Economica [u.a.], S. 39-64.
- Beeres, M. (2001):** E-Health, E-Commerce und E-Procurement im Gesundheitswesen. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 165–184.
- Berger, C. (2005):** Mass Customization bei der adidas-Salomon AG. In: Kirn, S. (Hrsg.): Kundenzentrierte Wertschöpfung mit Mass Customization. Kundeninteraktion, Logistik, Simulationssystem und Fallstudien. Stuttgart: Fraunhofer-IRB-Verl., S. 162–178.
- Bernus, P. (1998):** Handbook on architectures of information systems. Berlin: Springer (International handbooks on information systems).

- Berthel, J. (1992):** Informationsbedarf. In: Frese, E. (Hrsg.): Handwörterbuch der Organisation. 3. Aufl. Stuttgart: Poeschel (Enzyklopädie der Betriebswirtschaftslehre, Bd. 2).
- Bhote, K. R. (2002):** The ultimate Six Sigma. Beyond quality excellence to total business excellence. New York: AMACOM/American Management Association.
- Bienert, M. A. (2002):** Organisation und Netzwerk. Organisationsgestaltung durch Annäherung an Charakteristika der idealtypischen Organisationsform Netzwerke. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- Bliemel, F.; Fassott, G.; Theobald, A. (2000):** Einleitung - Das Phänomen Electronic Commerce. In: Bliemel, F. (Hrsg.): Electronic commerce. Herausforderungen, Anwendungen, Perspektiven. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 1–8.
- Boehm, O.; Caumanns, J. (2007):** Föderatives Identitätsmanagement am Beispiel der elektronischen Fallakte. In: Informatik-Spektrum, Nr. 4, S. 240–250.
- Böhm, K.; Müller, M. (2009):** Heft 45 - Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Herausgegeben von Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt. Berlin. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (2009):** Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Bollschweiler, E. (2004):** Nationale und klinikinterne Leitlinien: Definition und Problemlage. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 493–500.
- Braun, B. (2005):** Wunsch und Wirklichkeit der Rolle von Versicherten- und Patientenwahrnehmungen in der Gesundheitspolitik. Online verfügbar unter <http://forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/delmenhorst-2005-forum.pdf>, zuletzt geprüft am 02.06.2009.
- Braun, G. E. (1992):** Werbeverbot für Ärzte. Ein Beispiel öffentlicher Bindung der Ärzte auf dem Prüfstand betriebswirtschaftlicher Analyse. Frankfurt am Main: pmi-Verl.-Gruppe.

- Braun, G. E. (1997):** Schlüsselkunden-Management und ABC-Analyse. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (F&W), Jg. 14, Nr. 5, S. 398–404.
- Braun, G. E. (1998):** Konzept des integrierten Krankenhausmanagements. Krankenhäuser auf dem Weg zu einer umfassenden Managementorientierung. In: Zeitschrift Führung und Organisation, Jg. 67, Nr. 1, S. 23–28.
- Braun, G. E. (1999):** Innovatives Marketing im Krankenhaus. In: Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 80, Nr. 1, S. 18–20.
- Braun, G. E. (2000):** Leitbild für das Krankenhaus. In: Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis, Jg. 8, Nr. 5, S. 134–140.
- Braun, G. E. (2002):** Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Wandel als Chance für die Veränderung von Berufsbildern. In: Krankendienst, Jg. 75, Nr. 8-9, S. 225–230.
- Braun, G. E. (2003):** Management vernetzter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Eine betriebswirtschaftliche Betrachtung von Netzwerken im Gesundheitswesen. Diskussionspapier Nr. 13. Neubiberg: Univ. der Bundeswehr München Institut für Betriebswirtschaftslehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens.
- Braun, G. E. (2004):** Wie entstehen vernetzte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Hinweise zum Gründungsmanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht. In: Managed Care, Nr. 2, S. 30–32.
- Braun, G. E. (2006):** Zukunftsaufgabe Vernetzung. Strategie und Management für Gesundheitsnetzwerke in Caritas-Strukturen. In: Krankendienst, Jg. 79, Nr. 1, S. 1–8.
- Braun, G. E.; Binder, A.; Burkart, J.; Schumann, A. (2010):** Managed Care für Deutschland – Ein ganzheitliches Konzept unter besonderer Berücksichtigung von Finanzierungsüberlegungen. In: Porzsolt, F.; Tilgner, S. (Hrsg.): Managed Care – Perspektive für das deutsche Gesundheitswesen? Berlin: PVS/Verband, S. 104-128.

- Braun, G. E.; Brenner, G.; Schneider, W.; Schmutte, A. M. (1996):** Kostenmanagement für Arztpraxen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; G. Fischer.
- Braun, G. E.; Burkart, J. (2008a):** Patientenorientierung im Gesundheitswesen am Beispiel telemedizinischer Dienstleistungen - Bestandsaufnahme, Bedarf und Potenzial bei ausgewählten Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen. Diskussionspapier. Neubiberg.
- Braun, G. E.; Burkart, J. (2008b):** Wissenschaftliche Analyse zur Patientenzufriedenheitsmessung bezüglich der von goMedus-Ärzten erbrachten Leistungen. Projektbericht. Neubiberg.
- Braun, G. E.; Burkart, J. (2009):** Analyse der Kundenzufriedenheit im Projekt Consilium Pulmonale und Consilium Cardiale der Versicherungskammer Bayern. Diskussionspapier. Neubiberg.
- Braun, G. E.; Christ, C.; Heuser, A. (2002):** Ausländische Patienten sind anspruchsvolle Kunden. Unterschiedliche Zielgruppen erfordern unterschiedliche Strategien. In: *führen&wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, Jg. 19, Nr. 3, S. 253–257.
- Braun, G. E.; Cornelius, F.; Jäger, C. (2008):** Finanzierung und Vergütung im MVZ. In: *Zeitschrift für Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG)*, Band 14, Nr. 2, S.42-52.
- Braun, G. E.; Gröbner, M.; Seitz, R. (2008):** Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Jg. 13, Nr. 6, S. 358–364.
- Braun, G. E.; Güssow, J. (2004):** Interaktion zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus. In: *Public Health Forum*, Jg. 12, Nr. 44, S. 24–25.
- Braun, G. E.; Güssow, J. (2006):** Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen. In: Braun, G. E.; Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.): *Liberalisierung im Gesundheitswesen. Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung*. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., S. 65–92.

- Braun, G. E.; Güssow, J. (2007):** Perspektiven der stationären Versorgung aufgrund demographischer Veränderungen. In: Feng, X.; Popescu, A. M (Hrsg.): Infrastrukturprobleme bei Bevölkerungsrückgang. Berlin: BWV Berliner Wiss.-Verl. (Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, 202), S. 207–232.
- Braun, G. E.; Güssow, J.; Ott, R. (Hrsg.) (2004):** Prozessorientiertes Krankenhaus: Lösungen für eine Positionierung im Wettbewerb. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Braun, G. E.; Kruse, M. (2000):** Das Ambulante Serviceteam. Neues Geschäftsfeld für Krankenhäuser nach Einführung der DRGs. In: Krankenhaus Umschau, Jg. 69, ku-Sonderheft 12, S. 34-37.
- Braun, G. E.; Nissen, J. (2005):** Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Nr. 10, S. 376–384.
- Braun, G. E.; Schumann, A. (2007):** Perspektiven der ambulant ärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund des Demographischen Wandels. In: Bräunig, D.; Greiling, D. (Hrsg): Stand und Perspektiven der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre II. Berlin: Wissenschafts-Verlag, S. 184-200.
- Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009):** Bedeutung innovativer Versorgungsformen und grundlegende Finanzierungs- und Vergütungsaspekte: Einführung und Überblick über die Beiträge. In: Braun, G. E.; Güssow, J.; Heßbrügge, G.; Schumann, A. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 3–20.
- Braun, G. E., Schumann, A., Güssow, J., Hildebrandt, H., Stüve, M. (2007):** Integrierte Versorgung nach Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG). In: Doelf, P.; Goldschmidt, J. W.; Greulich, A. (Hrsg.): Management Handbuch DRGs. Heidelberg: Economica [u.a.], C 3510, S. 1-41.

- Braun, T.; Cornelsen, J. (2006):** Was sind Kunden-Empfehlungen wert? Messung und Management monetärer Referenzwerte von Automobilbesitzern aus Sicht der Marktforschung. In: Günter, B.; Helm, S. (Hrsg.): Kundenwert – Grundlagen, Innovative Konzepte, Praktische Umsetzungen. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 625-653.
- Bréant, C. (2008):** Health Information Systems: Current Challenges and Developments. In: Geissbuhler, A.; Kulikowski, C. (Hrsg.): IMIA Yearbook of Medical Informatics 2008. In: Methods of Information in Medicine, Vol. 47, Supplement 1, S. 52-54.
- Brendel, M. (2003):** CRM für den Mittelstand. Voraussetzungen und Ideen für die erfolgreiche Implementierung. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Brillinger, C.; Meier, S. (2009):** Die Ungleichbehandlung von Patienten im deutschen Gesundheitssystem. Bremen: Europäischer Hochschulverlag.
- Bröckerhoff, H.-P. (2008):** Treffen zweier Linien. In: E-HEALTH-COM, Nr. 1, S. 44–45.
- Brockhaus - Die Enzyklopädie (1997).** 20. Aufl. Mannheim: Brockhaus.
- Bruhn, M. (2001):** Relationship Marketing. München: Vahlen.
- Bruhn, M. (2008):** Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bruhnke, D. (2008):** Netzmanagement und Qualitätssicherung in Integrierten Versorgungsnetzen. In: Häusler, E. (Hrsg.): Entwicklungslinien im Gesundheitswesen. Demographie und integrierte Versorgung. Sternenfels: Verl. Wissenschaft & Praxis (Band 9), S. 163–220.
- Brünner, G. (2009):** Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation. In: Klusen, N.; Fließgarten, A.; Nebling, T. (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., S. 170-188.

**Bullinger, H.-J. (1995):** Dienstleistungsmärkte im Wandel - Herausforderung und Perspektiven. In: Bullinger, H.-J. (Hrsg.): Dienstleistung der Zukunft. Märkte, Unternehmen und Infrastrukturen im Wandel; Ergebnisse der Tagung des BMBF vom 28. und 29. Juni 1995 in Berlin. Wiesbaden: FBO Office Media; Gabler, S. 45–95.

**Bundesärztekammer (Hrsg.) (2003):** Arzt - Werbung - Öffentlichkeit. Hinweise und Erläuterungen zu den §§ 27 ff. der (Muster) Berufsordnung, beschlossen von den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer am 10.09.2002, fortgeschrieben am 12.08.2003. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1144.1154>, zuletzt aktualisiert am 17.06.2008, zuletzt geprüft am 18.06.2009.

**Bundesärztekammer (Hrsg.) (2006):** (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, geändert durch die Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages 2000 in Köln (§§ 27, 28 Kap. D. I Nr. 1-6, Kap. D. II Nr. 11), geändert durch die Beschlüsse des 105. Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock (§§ 27, 28 Kap. D. I Nr. 1-5, §§ 17, 18, 22 a, 15, 20), geändert durch die Beschlüsse des 106. Deutschen Ärztetages 2003 in Köln (§§ 7 Abs. 4, 18, 26, 30 ff.), geändert durch die Beschlüsse des 107. Deutschen Ärztetages 2004 in Bremen (Präambel, §§ 17-19, 22, 22 a, 23 a-23, Kap. D II Nr. 7-11; §§ 4, 15), geändert durch den Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer in der Sitzung vom 24.11.2006 (§ 18 Absatz. 1).

**Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2008):** Nationales Programm für Versorgungsleitlinien. Methoden-Report.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2006):** Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen. Maßnahmen, Verantwortliche, Ansprechpartner. Berlin.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2007):** Die Gesundheitsreform ist in Kraft getreten. Pressemitteilung vom 29.03.2007. Online verfügbar unter [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de).

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2008):** Gesundheitsfonds. Online verfügbar unter [http://www.bmg.bund.de/cln\\_110/nn\\_1168682/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar/begriff-Gesundheitsfonds.html](http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168682/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar/begriff-Gesundheitsfonds.html), zuletzt geprüft am 20.09.2008.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2008):** Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bürger, C. (2003):** Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Wiesbaden Dt. Univ.-Verl.
- Burr, W.; Stephan, M. (2006):** Dienstleistungsmanagement. Innovative Wertschöpfungskonzepte im Dienstleistungssektor. Stuttgart: Kohlhammer.
- Büttgen, M. (2000):** Einsatz von Mass Customization zur Erlangung hybrider Wettbewerbsvorteile im Tourismusbereich. In: *Tourismus Journal*, Jg. 4, Nr. 1, S. 27–49.
- Büttgen, M.; Ludwig, M. (1997):** Mass-Customization von Dienstleistungen. Institut für Markt- und Distributionsforschung. Köln.
- Butzlaff, M.; Koneczny, N.; Floer, B.; Vollmar, H. C.; Lange, S.; Kunstmann, W.; Köck, C. M. (2002):** Hausärzte, Internet und neues Wissen. Nutzung und Effizienzeinschätzung von Fortbildungsmedien durch Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten. In: *Medizinische Klinik*, Jg. 97, Nr. 7, S. 383–388.
- Cartes, M. I.; Hart, D. (2006):** Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Witten.
- Cassel, D.; Ebsen, I.; Greß, S.; Jacobs, K.; Schulze, S.; Wasem, J. (2006):** Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.
- Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997):** Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). In: *Social Science & Medicine*, Vol. 44, Nr. 5, S. 681–692.



- Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1999):** Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 49, Nr. 5, S. 651–661.
- Charnock, D.; Shepperd, S.; Needham, G.; Gann, R. (1999):** DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, Nr. 53, S. 105–111.
- Coulter, A. (1997):** Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. In: *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 2, Nr. 2, S. 112–121.
- Council of Europe - Committee of Ministers (2006):** Recommendation Rec. 7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. adopted by the committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting of the Ministers' Deputies (2006). Council of Europe - Committee of Ministers. Online verfügbar unter <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>, zuletzt geprüft am 30.07.2009.
- Czech, M.; Güssow, J. (2006):** Pfad-Controlling – Pfadkostenrechnung. In: Eckardt, J.; Sens, B. (Hrsg.): *Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade*. Heidelberg: Economica [u.a.], S. 167-198.
- Degoulet, P.; Fieschi, M. (1997):** Introduction to clinical informatics. New York, NY: Springer (Computers in health care).
- Deiters, W.; Herrmann, T.; Löffeler, T.; Striemer, R. (1996):** Identifikation, Klassifikation und Unterstützung semi-strukturierter Prozesse in prozessorientierten Telekooperationssystemen. In: Krcmar, H. A. O.; Lewe, H.; Schwabe, G. (Hrsg.): *Herausforderung Telekooperation. Einsatzerfahrungen und Lösungsansätze für ökonomische und ökologische, technische und soziale Fragen unserer Gesellschaft; Fachtagung Deutsche Computer Supported Cooperative Work 1996, DCSCW '96*. Berlin: Springer-Verl., S. 261–274.

- Diekmann, A. (2007):** Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 18. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55678).
- Dierks, M.-L. (Hrsg.) (2001):** Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- Dierks, M.-L.; Martin, S.; Schienkiewitz, A. (2001):** Der informierte Patient in den Institutionen des Gesundheitswesens - Partner oder Störfaktor. In: Dierks, M.-L. (Hrsg.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, S. 89–118.
- Dierks, M.-L.; Seidel, G. (2005):** Surveys im Gesundheitswesen - wie ergänzen sich quantitative und qualitative Befragungsmethoden? Erfahrungen aus dem deutschen Teil der Studie "The Future Patient". In: Streich, W.; Braun, B.; Helmert, U. (Hrsg.): Surveys im Gesundheitswesen. Entwicklungen und Perspektiven in der Versorgungsforschung und Politikberatung. Sankt Augustin: Asgard-Verl. (17), S. 103–113.
- Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S. (2001):** Patienten, Versicherte, Kunden - eine neue Definition des Patienten. In: Dierks, M.-L. (Hrsg.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, S. 4–26.
- Dierks, M.-L.; Siebeneick, S.; Röseler, S.; Schienkiewitz, A. (2001):** Empowerment und die Einflussmöglichkeiten des Nutzers im Gesundheitswesen. In: Dierks, M.-L. (Hrsg.): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, S. 58–88.
- DIN EN ISO 8402: 1995 (1995):** Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung.
- DIN EN ISO 9000: 2005 (2005):** Qualitätsmanagementsysteme - Grundlagen und Begriffe.

- Doarn, C. R. (2007):** Internationale Entwicklung der Telemedizin. In: Telemedizin - Innovationen für ein effizientes Gesundheitssystem. Stuttgart: Thieme, S. 57–63.
- Donabedian, A. (1980):** The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press (Explorations in quality assessment and monitoring/Avedis Donabedian, Vol. 1).
- Donovan, J. L.; Blake, D. R. (1992):** Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? In: Social Science & Medicine, Vol. 34, Nr. 5, S. 507-513.
- Duffett-Leger, L.; Paterson, B.; Albert, W. (2008):** Optimizing Health Outcomes by Integrating Health Behavior and Communication Theories in the Development of e-Health Promotion Interventions. In: eHealth International Journal, Vol. 4, Nr. 2, 23-33.
- Eckardt, J. (2006):** Was sind integrierte Behandlungspfade (IBP)? In: Eckardt, J.; Sens, B. (Hrsg.): Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Heidelberg: Economica [u.a.], S. 9-38.
- Eckardt, J.; Thun, S. (2006):** Ausblick Integrationsversorgung und Telematikinfrastruktur. In: Eckardt, J.; Sens, B. (Hrsg.): Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Heidelberg: Economica [u.a.], S. 249-266.
- Ehlers, A. P. F.; Hardenberg, S. Gräfin von (2008):** Der Einfluss der Reformen im Gesundheitswesen auf den Arzt und auf den Patienten. In: Gellner, W.; Schmöller, M. (Hrsg.): Neue Patienten - Neue Ärzte. Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., S. 99–117.
- Eimeren, B. van; Frees, B. (2008):** Internetverbreitung: Größter Zuwachs bei Silver-Surfern. Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2008. In: Media Perspektiven, Nr. 7, S. 330–344. Online verfügbar unter [http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/-fileadmin/Online08/Eimeren\\_I.pdf](http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/-fileadmin/Online08/Eimeren_I.pdf), zuletzt geprüft am 04.03.2009.

- Elwyn, G.; Edwards, A.; Rhydderch, M. (2005):** Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In: Härter, M. (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Dt. Ärzte-Verl., S. 3–12.
- Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992):** Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: Journal of the American Medical Association, Vol. 267, Nr. 16, S. 2221–2226.
- Erbsland, M. (2008):** Alternde Bevölkerung und ökonomische Konsequenzen für das Gesundheitswesen. In: Häusler, E. (Hrsg.): Entwicklungslinien im Gesundheitswesen. Demographie und integrierte Versorgung. Sternenfels: Verl. Wissenschaft & Praxis (Band 9), S. 13–53.
- Erstes Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) (2008),** vom 22.12.2008. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 64, S. 2949–2954.
- Eßig, M. (2008):** Vertikale Kooperationen in der Logistik. In: Arnold, D.; Isermann, H.; Kuhn, A.; Tempelmeier, H.; Furmans, K. (Hrsg.): Handbuch Logistik. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag (VDI-Buch), S. 981–991.
- Eßig, M.; Amann, M. (2007):** Notwendigkeit und Systematisierung von Transparenz in Supply Chains. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Jg. 36, Nr. 12, S. 555–561.
- Eysenbach, G.; Diepgen, T. L. (1998):** Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labeling, and filtering of information. In: British Medical Journal, Vol. 317, Nr. 7171, S. 1496–1502.
- Fährnich, K.-P. (2005):** Zur Entwicklung der Standardisierung im Dienstleistungssektor. In: Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.): Wege zu erfolgreichen Dienstleistungen. Normen und Standards für die Entwicklung und das Management von Dienstleistungen. Berlin: Beuth, S. 225–230.
- Faugier, J.; Sargeant, M. (1997):** Sampling hard to reach populations. In: Journal of Advanced Nursing, Nr. 26, S. 790–797.

- Felder, S. (2008):** Im Alter krank und teuer. Gesundheitsausgaben am Lebensende. In: GGW, Jg. 8, Nr. 4, S. 23–30.
- Fischer, B.; Küppers-Simon, M. (2006):** Design des Pfades. In: Eckardt, J.; Sens, B. (Hrsg.): Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Heidelberg: Economica [u.a.], S. 81-122.
- Fischer, M.; Herrmann, A.; Huber, F. (2001):** Return on Customer Satisfaction. Wie rentabel sind Maßnahmen zur Steigerung der Zufriedenheit. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Jg. 71, Nr. 10, S. 1161–1190.
- Fleisch, E. (2001):** Das Netzwerkunternehmen. Strategien und Prozesse zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit in der „Networked Economy“. Berlin: Springer.
- Foscht, T.; Swoboda, B. (2009):** Käuferverhalten. Grundlagen - Perspektiven - Anwendungen; 3. Aufl., Nachdr. Wiesbaden: Gabler.
- Fournier, G. (1994):** Informationstechnologien in Wirtschaft und Gesellschaft. Sozio-ökonomische Analyse einer technologischen Herausforderung. Berlin: Duncker & Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften, 439).
- Frank, P.; Raith-Paula, E.; Sadik, J.; Sottong, U.; Hrabé-Lorenz, B.; Lorenz, G.; Klann, N. (2005):** Natürlich und sicher. Auf den eigenen Körper hören; sichere Empfängnisregelung ohne Nebenwirkungen; mit dem richtigen Timing zum Wunschkind. 17. Aufl. Stuttgart: TRIAS.
- Frewer, L. J.; Salter, B.; Lambert, N. (2001):** Understanding patients' preferences for treatment: the need for innovative methodologies. In: Quality in Health Care, Vol. 10, Suppl. I, S. i50-i54.
- Fritsche, L. (2007):** Kosten-Nutzen-Abwägungen in der Beurteilung von IV-Projekten. In: Wagner, K.; Abraham, W. (Hrsg.): Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fritz, W.; Oelsnitz, D. v. d. (2001):** Marketing. Elemente marktorientierter Unternehmensführung. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

- Frosch, D. L. (2003):** Gemeinsame Entscheidungsfindung im klinischen Alltag: Das Internet ist zukunftsweisend. In: Porzsolt, F.; Williams, A. R.; Kaplan, R. M. (Hrsg.): Klinische Ökonomik: Effektivität & Effizienz von Gesundheitsleistungen. Landsberg/Lech: ecomed, S. 235-252.
- Frosch, D. L.; Kaplan, R. M. (1999):** Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions. In: American Journal of Preventive Medicine, Vol. 17, Nr. 4, S. 285–294.
- Gabler Verlag (Hrsg.) (2000):** Gabler Wirtschaftslexikon. 15. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Gafni, A.; Charles, C.; Whelan, T. (1998):** The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. In: Social Science & Medicine, Vol. 47, Nr. 3, S. 347–354.
- Gellner, W. (2006):** Das Ende des klassischen Patienten? Gesundheitsreform zwischen Politik und Patienteninteresse - Eine Patiententypologie. In: Gellner, W.; Wilhelm, A. (Hrsg.): Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur. Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem. Baden-Baden: Nomos, S. 9–17.
- Gellner, W.; Wilhelm, A. (2006):** Die "bittere Medizin" der Gesundheitsreform? - Der künftige Patient im deutschen Gesundheitssystem. In: Gellner, W.; Wilhelm, A. (Hrsg.): Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur. Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem. Baden-Baden: Nomos, S. 125–129.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2006):** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren. Fassung vom 18. Oktober 2005. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Nr. 3, S. A144-A146.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2009):** Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 6361, zuletzt geändert am 19. Februar 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 S. 1271 Inkrafttreten am 8. April 2009.
- Geraedts, M. (2006):** Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R.; Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, S. 154–170.
- Gerhards, M.; Mende, A. (2008):** Ein Drittel der Deutschen bleibt weiter offline. Ergebnisse der ARD/ZDF-Offlinestudie 2008. In: Media Perspektiven, Nr. 7, S. 365–376.
- Gersch, M. (1995):** Die Standardisierung integrativ erstellter Leistungen. Arbeitsbericht Nr. 57. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Gerth, N. (2001):** Zur Bedeutung eines neuen Informationsmanagements für den CRM-Erfolg. In: Link, J. (Hrsg.): Customer Relationship Management – Erfolgreiche Kundenbeziehungen durch integrierte Informationssysteme. Berlin [u.a.]: Springer, S. 103-116.
- Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz, HWG) (1978),** in der Fassung vom 18.10.1978. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 58, S. 1677–1681.
- Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz, HWG) (1994),** in der Fassung vom 19.10.1994, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 26.04.2006. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 73, S. 3068–3072 und Bundesgesetzblatt I, Nr. 21, S. 987.
- Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz) (1996),** vom 01.11.1996. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 55, S. 1631-1633.

**Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) (2003)**, vom 14.11.2003. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 55, S. 2189–2284.

**Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz) (1999)**, vom 22.12.1999, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15.02.2002. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 59, S. 2626-2656 und Bundesgesetzblatt I, Nr. 11, S. 685.

**Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz, GSG) (1992)**, vom 21.12.1992, zuletzt geändert durch Artikel 205 der Verordnung vom 25.11.2003. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 59, S. 2266-2334 und Bundesgesetzblatt I, Nr. 56, S. 2330.

**Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz) (1998)**, vom 19.12.1998, zuletzt geändert durch Artikel 4a des Gesetzes vom 11.12.2008. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 85, S. 3853-3863 und Bundesgesetzblatt I, Nr. 58, S. 2438.

**Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) (2007)**, vom 26.03.2007. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 11, S. 378–473.

**Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz, GRG) (1988)**, vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Artikel 105 des Gesetzes vom 27.04.1993. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 62, S. 2477-2597 und Bundesgesetzblatt I, Nr. 17, S. 556-557.

**Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) (2008)**, vom 17.12.2008. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 58, S. 2426–2444.

**GfK AG Medienforschung (Hrsg.) (2000): GfK Online-Monitor. 6. Untersuchungswelle August 2000. Nürnberg.**



- Gilmore, J. H.; Pine, B. J. (Hrsg.) (2004):** Markets of one. Creating customer-unique value through mass customization. Boston, Mass.: Harvard Business School Publ. (A Harvard business review book).
- Gilmore, J. H.; Pine II, B. J. (2004):** The Four Faces of Mass Customization. 1997. In: Gilmore, J. H.; Pine, B. J. (Hrsg.): Markets of one. Creating customer-unique value through mass customization. Boston, Mass.: Harvard Business School Publ. (A Harvard business review book), S. 115–132.
- Glahn, C. v. (2009a):** Von netzwerkbasierendem Wissensmanagement und Portalen in Netzwerken. In: Keuper, Frank; Neumann, Fritz (Hrsg.): Wissens- und Informationsmanagement. Strategien, Organisation und Prozesse. Wiesbaden: Gabler, S. 93–117.
- Glahn, C. v. (2009b):** Wissensmanagement als Fundament der lernenden Organisation - Ein definitorischer Rundumschlag. In: Keuper, Frank; Neumann, Fritz (Hrsg.): Wissens- und Informationsmanagement. Strategien, Organisation und Prozesse. Wiesbaden: Gabler, S. 3–30.
- Göbel, E. (2002):** Neue Institutionenökonomik. Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen. Stuttgart: Lucius & Lucius (Grundwissen der Ökonomik-Betriebswirtschaftslehre, 2235).
- Göpffarth, Dirk (Hrsg.) (2007):** Gesundheitsfonds. Risikostrukturausgleich 2007. Sankt Augustin: Asgard-Verl.
- Göritz, A. S.; Batinic, B.; Moser, K. (2000):** Online-Marktforschung. In: Scheffler, W.; Voigt, K.-I. (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven im Electronic Business. Grundlagen, Strukturen, Anwendungsfelder. Wiesbaden: Gabler, S. 185–204.
- Gosling, S. D.; Vazire, S.; Srivastava, S.; John, O. P. (2004):** Should we trust web-based studies. A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. In: American Psychologist, Vol. 59, Nr. 2, S. 93–104.
- Gouthier, M. H. J. (2001):** Patienten-Empowerment. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 53–82.

- Gouthier, M. H. J. (2007):** Customer Empowerment in Geschäftsbeziehungen. In: Hippner, H.; Wilde, K. D. (Hrsg.): Grundlagen des CRM. Konzepte und Gestaltung. 2. Aufl., Nachdr. Wiesbaden: Gabler, S. 167–194.
- Grasmugg, S. (2006):** Mass Customization als strategische Anwendung des Electronic Business. Eine empirische Untersuchung zu Status, Determinanten und Erfolgswirksamkeit. Lohmar: Eul.
- Greiling, M.; Rudloff, B. (2005):** Klinische Pfade optimal gestalten – Prozessanalyse im Krankenhaus mit Hilfe der Netzplantechnik. Kulmbach: Baumann Fachverlage.
- Großkinsky, S. (2009):** Der Patient als Subjekt in der Gesundheitsversorgung - Perspektive der Salutogenese. In: Klusen, N.; Fließgarten, A.; Nebling, T. (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., S. 17–33.
- Grote Westrick, M. (o.J.):** Unser Gesundheitswesen braucht Qualitätstransparenz. Herausgegeben von Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Guadagnoli, E.; Ward, P. (1998):** Patient participation in decision-making. In: Social Science & Medicine, Vol. 47, Nr. 3, S. 329–339.
- Güssow, J. (2007):** Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Weiterentwicklung pauschaler Vergütungsansätze zur Förderung prozessorientierter Strukturen unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhausperspektive. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Güssow, J.; Burkart, J.; Braun, G. E. (2008):** Gesundheitsökonomische Evaluation der von goMedus-Ärzten veranlassten Leistungen. Eine konzeptionelle und empirische Analyse. Projektbericht. Neubiberg.

- Güther, B. (2006):** Gesundheitsmonitor - Stichprobe und Erhebungsmethode sowie Qualitätsaspekte der Ergebnisse. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R.; Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, S. 309–322.
- Güther, B. (2008a):** Gesundheitsmonitor Feld- und Methodenbericht - Welle 13 - Bevölkerungsbefragung/Versichertenstichprobe. Herausgegeben von TNS Healthcare im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/bst/GeMo\\_-FeldundMethoden\\_Bericht\\_VW13.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/bst/GeMo_-FeldundMethoden_Bericht_VW13.pdf), zuletzt geprüft am 13.07.2009.
- Güther, B. (2008b):** Gesundheitsmonitor Feld- und Methodenbericht - Welle 14 - Bevölkerungsbefragung/Versichertenstichprobe. Herausgegeben von TNS Healthcare im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/bst/GeMo\\_-FeldundMethoden\\_Bericht\\_VW14\\_inclFB.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/bst/GeMo_-FeldundMethoden_Bericht_VW14_inclFB.pdf), zuletzt geprüft am 13.07.2009.
- Güther, B. (2009a):** Gesundheitsmonitor Feld- und Methodenbericht - Welle 15 - Bevölkerungsbefragung/Versichertenstichprobe. Herausgegeben von TNS Healthcare im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/bst/GeMo\\_-FeldundMethoden\\_Bericht\\_FB\\_VW15.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/bst/GeMo_-FeldundMethoden_Bericht_FB_VW15.pdf), zuletzt geprüft am 13.07.2009.
- Güther, B. (2009b):** Gesundheitsmonitor Feld- und Methodenbericht - Welle 16 - Bevölkerungsbefragung/Versichertenstichprobe. Herausgegeben von TNS Healthcare im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/bst/GeMo\\_-FeldundMethoden\\_Bericht\\_VW16.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/bst/GeMo_-FeldundMethoden_Bericht_VW16.pdf), zuletzt geprüft am 13.07.2009.
- Haas, P. (2005):** Medizinische Informationssysteme und elektronische Krankenakten. Berlin: Springer.
- Haas, P. (2006):** Gesundheitstelematik. Grundlagen Anwendungen Potenziale. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

- Hammer, M.; Champy, J. (1994):** Reengineering the corporation. A manifesto for business revolution. New York, NY: Harper Business.
- Hammer, M.; Champy, J.; Künzel, P. (2003):** Business reengineering. Die Radikalkur für das Unternehmen. 7. Aufl. Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Hanika, H. (2008):** Rechtliche Aspekte der Integrierten Versorgung: Stand und zukünftige Potentiale. In: Häusler, E. (Hrsg.): Entwicklungslinien im Gesundheitswesen. Demographie und integrierte Versorgung. Sternenfels: Verl. Wissenschaft & Praxis (Band 9), S. 109–161.
- Harms, F. (2006):** Customer-Relationship-Management (CRM): Zukunftsperspektiven für innovative Pharmamarketingkonzepte. Herausgegeben von Health Care Competence Center. Zürich. Online verfügbar unter [http://www.competence-site.de/downloads/b6/3b/i\\_file\\_2834/Harms\\_Customer\\_Relationship\\_Management\\_%28CRM%29.pdf](http://www.competence-site.de/downloads/b6/3b/i_file_2834/Harms_Customer_Relationship_Management_%28CRM%29.pdf), zuletzt geprüft am 07.10.2009.
- Hart, C. W. L. (1995):** Mass customization: conceptual underpinnings, opportunities and limits. In: International Journal of Service Industry Management, Vol. 6, Nr. 2, S. 36–45.
- Härter, M.; Loh, A.; Simon, D. (2005):** Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen im Rahmen chronischer Erkrankungen. In: Praxis, Jg. 94, Nr. 39, S. 1517–1520.
- Health On the Net Foundation (Hrsg.) (2009):** HON Facts. Online verfügbar unter <http://www.hon.ch/HONcode/Patients/Visitor/visitor.html>, zuletzt geprüft am 29.09.2009.
- Heinrich, L. J. (1988):** Aufgaben und Methoden des Informationsmanagements - Einführung und Grundlegung. In: Handbuch der modernen Datenverarbeitung, Jg. 25, Nr. 142, S. 3–26.
- Heitmann, K. U.; Schweiger, R.; Dudeck, J. (2001):** Das SCIPHOX-Projekt: Kommunikation zwischen Arztpraxis und Krankenhaus - ein Schritt weiter... In: Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie, Nr. 2-3, S. 169–170.

- Helmke, S.; Uebel, M. F.; Dangelmaier, W. (2008):** Grundsätze des CRM-Ansatzes. In: Helmke, S.; Dangelmaier, W.; Uebel, M. F. (Hrsg.): Effektives Customer Relationship Management. Instrumente - Einführungskonzepte - Organisation. 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler Verlag/GWV Fachverlage GmbH, S. 3–24.
- Hensel, J. (2007):** Netzwerkmanagement in der Automobilindustrie. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag/GWV Fachverlage GmbH.
- Herholz, H. (2004):** Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung und in Praxisnetzen. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 360–365.
- Hildebrand, R. (2004):** EFQM. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 482–486.
- Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P. (1994):** Organisationslehre 1. Ziele, Instrumente und Bedingungen der Organisation sozialer Systeme. 5. Aufl. Bern: Haupt.
- Hillebrand, J. (2008):** Das Arztbild im Wandel. In: Gellner, W.; Schmöller, M. (Hrsg.): Neue Patienten - Neue Ärzte. Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., S. 61–97.
- Hippner, H. (2006):** CRM – Grundlagen, Ziele und Konzepte. In: Hippner, H.; Wilde, K. D. (Hrsg.): Grundlagen des CRM. Konzepte und Gestaltung. 2. Aufl. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlage GmbH.
- Hippner, H. (2007):** CRM - Grundlagen, Ziele und Konzepte. In: Hippner, H.; Wilde, K. D. (Hrsg.): Grundlagen des CRM. Konzepte und Gestaltung. 2. Aufl., Nachdr. Juli 2007. Wiesbaden: Gabler, S. 15–44.
- Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007a):** Aufbau und Funktionalitäten von CRM-Systemen. In: Hippner, H.; Wilde, K. D. (Hrsg.): Grundlagen des CRM. Konzepte und Gestaltung. 2. Aufl., Nachdr. Wiesbaden: Gabler, S. 45–74.

- Hippner, H.; Rentzmann, R.; Wilde, K. D. (2007b):** CRM aus Kundensicht - Eine empirische Untersuchung. In: Hippner, H.; Wilde, K. D. (Hrsg.): Grundlagen des CRM. Konzepte und Gestaltung. 2. Aufl., Nachdr. Wiesbaden: Gabler, S. 195–223.
- Hofhansel, H. G.; Vom Kolke, E. G. (1988):** Datenbanken, Datenbankproduzenten und Datenbankanbieter am Online-Markt. In: Handbuch der modernen Datenverarbeitung, Jg. 25, Nr. 141, S. 19–32.
- Homburg, C.; Becker, A.; Hentschel, F. (2003):** Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: Bruhn, M.; Homburg, Ch. (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement. Strategien und Instrumente für ein erfolgreiches CRM. 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 91–121.
- Homburg, C.; Giering, A.; Hentschel, F. (1998):** Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. Mannheim: Inst. für Marktorientierte Unternehmensführung Univ.
- Homburg, C.; Sieben, F. G. (2003):** Customer Relationship Management (CRM) - Strategische Ausrichtung statt IT-getriebenem Aktivismus. In: Bruhn, M.; Homburg, Ch. (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement. Strategien und Instrumente für ein erfolgreiches CRM. 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 423–450.
- Hubert Burda Media (2004):** Health Report 2004. Online verfügbar unter [http://www.burda-community-network.de/kategorien/health\\_report.pdf](http://www.burda-community-network.de/kategorien/health_report.pdf), zuletzt geprüft am 20.06.2009.
- Huldi, C. (2005):** Näher am Kunden - wie Sie Ihr Unternehmen marktorientiert führen. In: Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.): Kundenmanagement Ratgeber. München: BurdaYukom Publishing GmbH, S. 4–7.
- Institute of Medicine (2005):** Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. 6. print. Washington: National Acad. Press.

- InterComponentWare Deutschland AG & Co. KG (Hrsg.) (2010a):** LifeSensor Gesundheitsakte - Die Gesundheit immer im Blick. Online verfügbar unter <https://www.lifesensor.com/de/de/de-hn/gesundheitsbewusste/lifesensor-gesundheitsakte.html>, zuletzt geprüft am 20.03.2010.
- InterComponentWare Deutschland AG & Co. KG (Hrsg.) (2010b):** LifeSensor Gesundheitsakte - Einfache Integration. Online verfügbar unter <https://www.lifesensor.com/de/de/de-hn/aerzte/lifesensor-gesundheitsakte/produktuebersicht.html>, zuletzt geprüft am 20.03.2010.
- InterComponentWare Deutschland AG & Co. KG (Hrsg.) (2010c):** LifeSensor Gesundheitsakte - Vernetzung mit LifeSensor. Online verfügbar unter <https://www.lifesensor.com/de/de/de-hn/aerzte/lifesensor-gesundheitsakte/vernetzung-mit-lifesensor.html>, zuletzt geprüft am 20.03.2010.
- InterSystems GmbH (Hrsg.) (2009):** CONNECTED HEALTHCARE. Den Patienten im Fokus - die Kosten im Griff. In: E-HEALTH-COM, InterSystems Special.
- Isfort, J.; Floer, B.; Butzlaff, M. (2004):** "Shared Decision Making" - partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In: Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 88–100.
- Isfort, J.; Redaelli, M.; Butzlaff, M. E. (2007):** Die Entwicklung der partizipativen Entscheidungsfindung: Die Sicht der Versicherten und der Ärzte. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, S. 76–94.
- Jacobs, B.; Oberhoff, C.; Stausberg, J. (2007):** Ableitung von Klinischen Pfaden aus evidenzbasierten Leitlinien am Beispiel der Behandlung des Mammakarzinoms der Frau. In: GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Jg. 3, Nr. 2, S. Doc09.

- Janus, K. (2007):** Neue Versorgungsformen als "Allheilmittel". In: Böcken, J.; Janus, K.; Schwenk, U.; Zweifel, P. (Hrsg.): Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen. Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenzen im internationalen Vergleich. Gütersloh: Verl. Bertelsmann-Stiftung, S. 12–37.
- Jensen, O. (2008):** Clusteranalyse. In: Herrmann, A. (Hrsg.): Handbuch Marktforschung. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 335–372.
- Kahle, U.; Hasler, W. (2001):** Informationsbedarf und Informationsbereitstellung im Rahmen von CRM-Projekten. In: Link, J. (Hrsg.): Customer Relationship Management – Erfolgreiche Kundenbeziehungen durch integrierte Informationssysteme. Berlin [u.a.]: Springer, S. 213-234.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2007):** Überblick über das QEP-Zertifizierungsverfahren. Online verfügbar unter <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=-1003752731>, zuletzt aktualisiert am 05/2007, zuletzt geprüft am 29.06.2009.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) (2008):** EBM 2009 - Auf dem Weg zur echten Gebührenordnung. In: Deutsches Ärzteblatt, Sonderpublikation der KBV. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) (2009a):** FAQs zu QEP. Welche Merkmale zeichnet QEP aus. Online verfügbar unter <http://www.kbv.de/qep/-print/23113.html>, zuletzt aktualisiert am 08.04.2009, zuletzt geprüft am 30.06.2009.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) (2009b):** KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren. Ergebnisse des Projektes "AQUIK - Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen". Berlin.
- Kern, E.-M. (2007):** Wissensorientierte Gestaltung der Partnerinteraktion in kooperativen Entwicklungsvorhaben. In: Gronau, N. (Hrsg.): 4. Konferenz Professionelles Wissensmanagement – Erfahrungen und Visionen, Band 1. Berlin: GITO-Verlag, S. 243-250.



- Kern, E.-M.; Eßig, M.; Ständer, B. (2007):** Management von Sicherheit in Supply Chains. Möglichkeiten und Grenzen der Zertifizierung. In: *Industrie Management*, Jg. 23, Nr. 5, S. 63–66.
- Kern, E.-M.; Sackmann, S.; Koch, M. (2009):** Wissensmanagement in Projektorganisationen - Instrumentarium zur Überwindung von Wissensbarrieren. In: Keuper, F.; Neumann, F. (Hrsg.): *Wissens- und Informationsmanagement. Strategien, Organisation und Prozesse*. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 53–69.
- Kieser, A.; Kubicek, H. (1992):** *Organisation*. 3. Aufl. Berlin: de Gruyter.
- Kieser, A.; Walgenbach, P. (2007):** *Organisation*. 5. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Kim, H.-S.; Kim, Y.-G. (2009):** A CRM performance measurement framework: Its development process and application. In: *Industrial Marketing Management*, 38, S. 477–489.
- Kirn, S. (Hrsg.) (2005):** *Kundenzentrierte Wertschöpfung mit Mass Customization. Kundeninteraktion, Logistik, Simulationssystem und Fallstudien*. Stuttgart: Fraunhofer-IRB-Verl.
- Kleinaltenkamp, M.; Dahlke, B. (2006):** Der Wert des Kunden als Informant – auf dem Weg zu einem „knowledge based customer value“. In: Günter, B.; Helm, S. (Hrsg.): *Kundenwert – Grundlagen, Innovative Konzepte, Praktische Umsetzungen*. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 217-240.
- Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005):** *Chartbook Shared Decision Making. Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen*. Herausgegeben von Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik. Online verfügbar unter <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/shared-decision-making.pdf>, zuletzt geprüft am 22.06.2009.
- Klie, T. (1997):** Kundenorientierung älterer Menschen in sozialen Diensten. Paradigmenwechsel: Patient - Klient - Kunde - Bürger. In: Schütz, R.-M.; Klose, H.-U.; Grüß, H. (Hrsg.): *Altern in Gesundheit und Krankheit*. Melsungen: Bibliomed Med. Verl.-Ges., S. 197–208.

- Koch, J. (2004):** Marktforschung. Begriffe und Methoden. 4. Aufl. München: Oldenbourg.
- Köck, C. M. (2004):** Qualitätsmanagement: Definition und Abgrenzung. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 287–294.
- Kolbe, L. M.; Österle, H.; Brenner, W.; Geib, M. (2003):** Grundlagen des Customer Knowledge Management. In: Kolbe, L. M. (Hrsg.): Customer Knowledge Management. Kundenwissen erfolgreich einsetzen. Berlin: Springer, S. 3–21.
- Konrad, M. H. (2009):** Mobile Learning mit "podcasts". In: Anaesthesist, Nr. 58, S. 633–635.
- Korschek, C. (2010):** Homepage myNFP – Zyklusurven online auswerten. Online verfügbar unter <http://www.mynfp.de>, zuletzt geprüft am 23.04.2010.
- Kotler, P.; Bliemel, F. (2001):** Marketing-Management. Analyse, Planung und Verwirklichung. 10. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Kotler, P.; Keller, K. L.; Bliemel, F. (2007):** Marketing-Management. Strategien für wertschaffendes Handeln. 12. Aufl. München: Pearson Studium.
- Krcmar, H. (2005):** Informationsmanagement. 4. Aufl. Berlin: Springer.
- Kreyher, V. J. (2001):** Gesundheits- und Medizinmarketing - Herausforderung für das Gesundheitswesen. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 1–51.
- Krieger, K. (2005):** Customer Relationship Management und Innovationserfolg. Eine theoretisch-konzeptionelle Fundierung und empirische Analyse. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- Krüger-Brand, H. E. (2006):** Telematik: Klinikketten setzen auf die elektronische Fallakte. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Nr. 18, S. A-1192/B-1011/C-975.

- Krüger-Brand, H. E. (2008a):** Klartext zur Karte. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Nr. 33, S. B1486.
- Krüger-Brand, H. E. (2008b):** Kritische Befürworter in der Mehrzahl. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Nr. 33, S. B1487.
- Krüger-Brand, H. E. (2009):** Trends bei Innovationen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Nr. 40, S. C1651.
- Kuß, A. (2007):** Marktforschung. Grundlagen der Datenerhebung und Datenanalyse. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler (Lehrbuch).
- Lauterbach, K. W. (2001):** Disease Management in Deutschland. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten. Köln.
- Lauterbach, K.; Lindlar, M. (1999):** Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Telemedizin in Deutschland; Gutachten. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Lehner, Franz (Hrsg.) (1995):** Wirtschaftsinformatik. Theoretische Grundlagen. München: Hanser.
- Leiberich, P.; Nedoschill, J.; Nickel, M.; Loew, T.; Tritt, K. (2004):** Selbsthilfe und Beratung im Internet. Mündige Benutzer können die Arzt-Patienten-Beziehung neu gestalten. In: Medizinische Klinik, Jg. 99, Nr. 5, S. 263–268.
- Lenz, R.; Kuhn, K. A. (2001):** Intranet meets Hospital Information Systems: The Solution to the Integration Problem? In: Methods of Information in Medicine, Vol. 40, Nr. 2, S. 99-105.
- Leschnikowski, A.; Götze, U.; Schmidt, A. (2006):** Mass customization und Kundenintegration. Formen, Beziehungen und Erklärungsansätze. Chemnitz: GUC Ges. für Unternehmensrechnung und Controlling (Arbeitsbericht/Technische Universität Chemnitz, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Professur BWL III, 2006,1).

- Liao, L.; Jollis, J. G.; DeLong, E. R.; Peterson, E. D.; Morris, K. G.; Mark, D. B. (1996):** Impact of an Interactive Video on Decision Making of Patients with Ischemic Heart Disease. In: Journal of General Internal Medicine, Vol. 11, S. 373–376.
- Liebelt, J.; Schrappe, G. (2004):** Qualitätsmanagement-Systeme und Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9000:2000-Reihe. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 468–482.
- Lindlar, M. (2004):** Gesundheitsökonomie und Informationstechnologie: Einsatzgebiete von Informations- und Kommunikationstechnologien in der Medizin. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 252–257.
- Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001):** Marketing für vernetzte Systeme. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 313–338.
- Link, J. (2001):** Grundlagen und Perspektiven des Customer Relationship Management. In: Link, J. (Hrsg.): Customer Relationship Management – Erfolgreiche Kundenbeziehungen durch integrierte Informationssysteme. Berlin [u.a.]: Springer, S. 1-34.
- Loh, A.; Simon, D.; Kriston, L.; Härter, M. (2007):** Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Nr. 21, S. A1483-1488.
- Lohr, K. N. (1990):** Medicare. A strategy for quality assurance. Washington, D.C: National Academy Press (Volume I).
- Ludwig, M. A. (2000):** Beziehungsmanagement im Internet. Eine Analyse der Informationsbedürfnisse auf Konsumgütermärkten und der Möglichkeiten ihrer Befriedigung durch Beziehungsmanagement unter Nutzung des Internets. Lohmar: Eul (Wirtschaftsinformatik, 29).

- Lutfey, K. E.; Wishner, W. J. (1999):** Beyond "Compliance" Is "Adherence". Improving the prospect of diabetes care. In: *Diabetes Care*, Vol. 22, Nr. 4, S. 635–639.
- Lüthy, A. (2001a):** Internet und Intranet als Marketinginstrumente im Krankenhaus. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren*. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 143–163.
- Lüthy, T. (2001b):** Telematische Anwendungen im Gesundheitswesen. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren*. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 197–235.
- Marinker, M. (1997):** Personal paper: Writing prescriptions is easy. In: *British Medical Journal*, Vol. 314, Nr. 7082, S. 747–748.
- Marstedt, G. (2009):** GKV-Reformen im Urteil der Versicherten: Erst einmal Systemdefizite beheben! In: *Gesundheitsmonitor*, Nr. 3, S. 1-7.
- Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007):** Eine Patiententypologie: Befunde zur Differenzierung unterschiedlicher Normen und Verhaltensmuster von Patienten im Gesundheitssystem. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, S. 231–256.
- Mayer, R. (1993):** Strategien erfolgreicher Produktgestaltung. Individualisierung und Standardisierung. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- McKenna, R. (2004):** Marketing in an Age of Diversity. 1988. In: Gilmore, J. H.; Pine, B. J. (Hrsg.): *Markets of one. Creating customer-unique value through mass customization*. Boston, Mass.: Harvard Business School Publ. (A Harvard business review book), S. 17–31.
- McPherson, K.; Britton, A. (2001):** Preferences and understanding their effects on health. In: *Quality in Health Care*, Vol. 10, Supplement I, S. i61-i66.

- Meffert, H. (2003):** Kundenbindung als Element moderner Wettbewerbsstrategien. In: Bruhn, M.; Homburg, Ch. (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement. Strategien und Instrumente für ein erfolgreiches CRM. 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 125–145.
- Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2008):** Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung; Konzepte - Instrumente - Praxisbeispiele. 10. Aufl. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Meffert, J. P. H. (1994):** Standards als Integrationsinstrument in der Computer- und Kommunikationsindustrie. Wettbewerbsstrategische Bedeutung und Durchsetzung. Konstanz: UVK Univ.-Verl. Konstanz.
- Meier, R. (2004):** Mobile Dienste als Instrument des CRM - eine kundenwertorientierte Perspektive. In: Sexauer, H. J. (Hrsg.): Konzepte des Customer-Relationship-Management (CRM). Strategien - Instrumente - Umsetzung. Wiesbaden: Denk!Institut-Verl., S. 189–213.
- Meyer, A.; Kantsperger, R.; Schaffer, M. (2006):** Die Kundenbeziehung als ein zentraler Unternehmenswert – Kundenorientierung als Werttreiber der Kundenbeziehung. In: Günter, B.; Helm, S. (Hrsg.): Kundenwert – Grundlagen, Innovative Konzepte, Praktische Umsetzungen. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 61-81.
- Meyer-Lutterloh, K. (2001):** Netzmanagement - Aufbau von Praxisnetzen. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 299–312.
- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2003):** Flut von Patientendaten in geordnete Bahnen gelenkt. Kundenreferenz. Unterschleißheim.
- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2006):** Die neue CRM-Generation - Effektiv und wirtschaftlich. In: salesBusiness. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.
- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2007):** Onlinezugriff auf Klinikbefunde erleichtert niedergelassenen Ärzten die Behandlung. Microsoft Services Kundenreferenz. Unterschleißheim.

- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008a):** Healthcare - Microsoft Dynamics CRM. Unterschleißheim.
- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008b):** Intranet- und Webangebot mit zuverlässiger Suchfunktion. Microsoft Office System - Kundenreferenz. Unterschleißheim.
- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2008c):** Knowledge Driven Health. Patient-Focused Customer Relationship Management. Unterschleißheim.
- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2009):** Ärzteportal für Abrechnung, Formulare und Fachdiskussionen. Microsoft Office System - Kundenreferenz. Unterschleißheim.
- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (2009):** Microsoft Dynamics CRM Erweiterungen. Unterschleißheim.
- Microsoft Deutschland GmbH (Hrsg.) (o.J.):** Enterprise - Technical Introduction. München.
- Microsoft Schweiz GmbH (Hrsg.) (2007):** Ärzte haben mehr Zeit für die Patienten dank Elektronischer Patientenakte auf Basis von Microsoft-Standard-Produkten. Kundenreferenz. Wallisellen.
- Mörschel, I. C. (2005):** Produktmodelle für Dienstleistungen - Möglichkeiten zur Strukturierung und Beschreibung von Dienstleistungen. In: Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.): Wege zu erfolgreichen Dienstleistungen. Normen und Standards für die Entwicklung und das Management von Dienstleistungen. Berlin: Beuth, S. 46–125.
- Mühlbacher, A.; Ackerschott, S. (2007):** Die Integrierte Versorgung. In: Wagner, K.; Abraham, W. (Hrsg.): Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Stuttgart: Kohlhammer .
- Mullen, P. D. (1997):** Compliance becomes concordance. In: British Medical Journal, Vol. 314, Nr. 7082, S. 691–692.
- Müller, P. (2007a):** Die Kosten des Qualitätsmanagements. In: Stiftung Gesundheit (Hrsg.): Stiftungsbrief. QM-Sonderausgabe 2007. Hamburg.

- Müller, P. (2007b):** Gängige QM-Systeme in der Praxis. Definitionen zu bekannten Systemen und Sonderformen. In: Stiftung Gesundheit (Hrsg.): Stiftungsbrief. QM-Sonderausgabe 2007. Hamburg.
- Munte, A.; Froschauer, S. (2008):** Hippokrates als Unternehmer oder: die niedergelassene Ärzteschaft zwischen Solidarsystem und Wettbewerb. In: Gellner, W.; Schmöller, M. (Hrsg.): Neue Patienten - Neue Ärzte. Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., S. 119–134.
- Nagel, E. (2007a):** Ambulante und zahnärztliche Versorgung. In: Nagel, E.; Braasch, P. (Hrsg.) (2007): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. 4. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl., S. 119-134.
- Nagel, E. (2007b):** Gesetzliche Krankenversicherung. In: Nagel, E.; Braasch, P. (Hrsg.) (2007): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. 4. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl., S. 65-96.
- Nagel, E. (2007c):** Öffentliches Gesundheitswesen. In: Nagel, E.; Braasch, P. (Hrsg.) (2007): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. 4. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl., S. 27-44.
- Nagel, E.; Braasch, P. (Hrsg.) (2007):** Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. 4. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands:** Startschuss für Internetplattform der Ärzte-Netze. Pressemitteilung vom 14.04.2008. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.nav-virchowbund.de>.
- Nebling, T. (2009):** Gesundheitsbildung - Eine vernachlässigte Ressource im Gesundheitswesen. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Jg. 4, S. 98–109.
- Nederegger, G.; Putlitz, J. zu; Thiäner, M.; Wallmann, C. (2001):** Zukunft des gesetzlichen Krankenkassenwesens in Deutschland: von der Budgetierung zur wert- und leistungsorientierten Gesundheitsversorgung. In: Salfeld, R.; Wettke, J. (Hrsg.): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte. Berlin: Springer, S. 77–94.



- Newell, F. (2000):** Loyalty.com. Customer relationship management in the new era of Internet marketing. London: McGraw-Hill.
- Nies, C. (2009):** Interdisziplinäre Betreuung von Patienten – eine medizinische und wirtschaftliche Notwendigkeit. In: *Kliniker*, Jg. 38, Nr. 3, S. 112.
- Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H. (2002):** Marketing. 19. Aufl. Berlin: Duncker & Humblot.
- Nonaka, I.; Takeuchi, H. (1996):** A theory of organizational knowledge creation. In: *International Journal of Technology Management*, Vol. 11, Nr. 7/8, S. 833–845.
- Nonaka, I.; Toyama, R.; Konno, N. (2000):** SECI, Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. In: *Long Range Planning*, Vol. 33, S. 5–34.
- o.V. (2008):** Rollout weiter auf Eis. In: *E-HEALTH-COM*, Nr. 6, S. 7.
- o.V. (2009):** Dr. Twitter. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Ausgabe Nr. 99, 29. April 2009, S. N1.
- Oehme, S.; Oehme, W. (2001):** Marketing für ärztliche Leistungen. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren*. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 365–388.
- Oehme, W.; Oehme, S. (1995):** Marketing für niedergelassene Ärzte. Der Arzt als Mediziner und Unternehmer. München: Vahlen.
- Ogilvy, D.; Rabenau, G. v.; Tostmann, T. (1984):** Ogilvy über Werbung. Düsseldorf: Econ-Verlag.
- Ollenschläger, G.; Kirchner, H.; Thomeczek, C. (2004):** Aktuelle Initiativen zur Realisierung nationaler Leitlinien in Deutschland - eine Übersicht. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 513–523.
- Paland, N. (2006):** Bedeutung und Funktionen der Gesundheitskarte. Starnberg: Schulz.

- Paulzen, O.; Haas, S. (2004):** Analytisches CRM aus der Sicht des Wissensmanagement - Konzeption und Anwendung in der Versicherungswirtschaft. In: Sexauer, H. J. (Hrsg.): Konzepte des Customer-Relationship-Management (CRM). Strategien - Instrumente - Umsetzung. Wiesbaden: Denk!Institut-Verl., S. 119–140.
- Peppers, D.; Rogers, M. (2004):** Managing customer relationships. A strategic framework. Hoboken, NJ: Wiley.
- Peppers, D.; Rogers, M.; Dorf, B. (2004):** Is Your Company Ready for One-to-One Marketing. 1999. In: Gilmore, J. H.; Pine, B. J. (Hrsg.): Markets of one. Creating customer-unique value through mass customization. Boston, Mass.: Harvard Business School Publ. (A Harvard business review book), S. 75–95.
- Peters, L.; Saidin, H. (2000):** IT and the mass customization of services: the challenge of implementation. In: International Journal of Information Management, Vol. 20, Nr. 2, S. 103–119.
- Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E. (2005):** Organisation. Eine ökonomische Perspektive. 4. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Picot, A.; Franck, E. (1992):** Informationsmanagement. In: Frese, E. (Hrsg.): Handwörterbuch der Organisation. 3. Aufl. Stuttgart: Poeschel (Enzyklopädie der Betriebswirtschaftslehre, Bd. 2), S. 886–900.
- Picot, A.; Reichwald, R.; Wigand, R. T. (2003):** Die grenzenlose Unternehmung. Information, Organisation und Management; Lehrbuch zur Unternehmensführung im Informationszeitalter. 5. Aufl. Wiesbaden: Gabler (Gabler-Lehrbuch).
- Piller, F. T. (1998):** Kundenindividuelle Massenproduktion. Die Wettbewerbsstrategie der Zukunft. München: Hanser.
- Piller, F. T. (2005):** Erfolgsfaktoren kundenindividueller Produktion. In: Kirn, S. (Hrsg.): Kundenzentrierte Wertschöpfung mit Mass Customization. Kundeninteraktion, Logistik, Simulationssystem und Fallstudien. Stuttgart: Fraunhofer-IRB-Verl., S. 208–215.
- Piller, F. T. (2008):** Mass Customization. Ein wettbewerbsstrategisches Konzept im Informationszeitalter. 4. Aufl. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.

- Piller, F. T.; Meier, R. (2001):** Strategien zur effizienten Individualisierung von Dienstleistungen. In: *Industrie Management*, Jg. 17, Nr. 2, S. 13–17.
- Piller, F. T.; Reichwald, R.; Koller, H. (2003):** Mass Customization. Ein wettbewerbsstrategisches Konzept im Informationszeitalter. 3. Aufl. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. (Gabler Edition WissenschaftMarkt- und Unternehmensentwicklung).
- Piller, F. T.; Schaller, C. (2004):** Innovative Kundenbindungsstrategien im E-Business - ein ganzheitlicher Ansatz. In: Sexauer, H. J. (Hrsg.): *Konzepte des Customer-Relationship-Management (CRM). Strategien - Instrumente - Umsetzung*. Wiesbaden: Denk!Institut-Verl., S. 55–85.
- Pine II, B. J. (1998):** Einführung Mass Customization: Die Wettbewerbsstrategie der Zukunft. In: Piller, F. T.: *Kundenindividuelle Massenproduktion. Die Wettbewerbsstrategie der Zukunft*. München: Hanser, S. 1–17.
- Pine II, B. J.; Peppers, D.; Rogers, M. (2004):** Do You Want to Keep Your Customers Forever. In: Gilmore, J. H.; Pine, B. J. (Hrsg.): *Markets of one. Creating customer-unique value through mass customization*. Boston, Mass.: Harvard Business School Publ. (A Harvard business review book), S. 53–74.
- Pine II, B. J.; Victor, B.; Boynton, A. C. (2004):** Making Mass Customization Work. In: Gilmore, J. H.; Pine, B. J. (Hrsg.): *Markets of one. Creating customer-unique value through mass customization*. Boston, Mass.: Harvard Business School Publ. (A Harvard business review book), S. 149–166.
- Pitt, L.; Berthon, P.; Watson, R. T. (1999):** Cyberservice: Taming Service Marketing Problems with the World Wide Web. In: *Business Horizons*, Vol. 42, Nr. 1, S. 11–18.
- Potthoff, P.; Güther, B. (2006):** Gesundheitsmonitor Feld- und Methodenbericht - Welle 10 - Bevölkerungsbefragung/Versichertenstichprobe. Herausgegeben von TNS Healthcare im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/-bst/GeMo\\_VW10\\_FeldundMethoden.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/-bst/GeMo_VW10_FeldundMethoden.pdf), zuletzt geprüft am 13.07.2009.

- Potthoff, P.; Güther, B. (2007a):** Gesundheitsmonitor Feld- und Methodenbericht - Welle 11 - Bevölkerungsbefragung/Versichertenstichprobe. Herausgegeben von TNS Healthcare im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/-bst/GeMo\\_FeldundMethoden\\_Bericht\\_VW11.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/-bst/GeMo_FeldundMethoden_Bericht_VW11.pdf), zuletzt geprüft am 13.07.2009.
- Potthoff, P.; Güther, B. (2007b):** Gesundheitsmonitor Feld- und Methodenbericht - Welle 12 - Bevölkerungsbefragung/Versichertenstichprobe. Herausgegeben von TNS Healthcare im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/-bst/GeMo\\_FeldundMethoden\\_Bericht\\_VW12.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E8DD5ACD-3A3BB8F0/-bst/GeMo_FeldundMethoden_Bericht_VW12.pdf), zuletzt geprüft am 13.07.2009.
- Preuß, K.-J. (2004):** Gesundheitsökonomie und Managed Care. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 231–248.
- Preuß, K.-J.; Rübiger, J.; Roski, J. (2007):** Über die Integrierte Versorgung zu mehr Transparenz, Patientenautonomie und echtem Qualitätswettbewerb - Plädoyer für eine "Stiftung Warentest" im Gesundheitswesen. In: Wagner, K.; Abraham, W. (Hrsg.): Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Stuttgart: Kohlhammer, S. 125–143.
- Prokosch, H. U. (2001):** KAS, KIS, EKA, EPA, EGA, E-Health: Ein Plädoyer gegen die babylonische Begriffsverwirrung in der Medizinischen Informatik. Institut für Medizinische Informatik und Biomathematik Westfälische-Wilhelms-Universität Münster. Online verfügbar unter [http://www.imi.med.uni-erlangen.de/team/download/mis\\_begriffsdefinitionen.pdf](http://www.imi.med.uni-erlangen.de/team/download/mis_begriffsdefinitionen.pdf), zuletzt geprüft am 14.07.2009.
- Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.a):** Die psychonomics Gesundheitstypologie - 6 Gesundheitstypen. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitstypen.de>, zuletzt geprüft am 25.06.2009.

- Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.b):** Gesundheitstypologie - Ängstliche. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitstypen.de/typ3.php>, zuletzt geprüft am 26.06.2009.
- Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.c):** Gesundheitstypologie - Bequeme. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitstypen.de/typ4.php>, zuletzt geprüft am 26.06.2009.
- Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.d):** Gesundheitstypologie - Desinteressierte. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitstypen.de/typ6.php>, zuletzt geprüft am 26.06.2009.
- Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.e):** Gesundheitstypologie - Informierte. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitstypen.de/typ1.php>.
- Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.f):** Gesundheitstypologie - Nachlässige. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitstypen.de/typ5.php>, zuletzt geprüft am 26.06.2009.
- Psychonomics AG (Hrsg.) (o.J.g):** Gesundheitstypologie - Souveräne. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitstypen.de/typ2.php>, zuletzt geprüft am 26.06.2009.
- Ratzel, R.; Lippert, H.-D. (Hrsg.) (1995):** Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte. (MBO). Begründet von Ratzel, R.; Lippert, H.-D. Berlin: Springer.
- Redaktionsbüro Gesundheit (2007):** Wettbewerb im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de).
- Reese, J. (2004):** Informationsverarbeitung, Organisation der. In: Schreyögg, A.; Werder, A. von (Hrsg.): Handwörterbuch Unternehmensführung und Organisation (HWO). 4. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 481–488.
- Reichardt, C. (2000):** One-to-One-Marketing im Internet. Erfolgreiches E-Business für Finanzdienstleister. Wiesbaden: Gabler.

- Reichheld, F. F.; Sasser, E. W. (2003):** Zero-Migration: Dienstleister im Sog der Qualitätsrevolution. In: Bruhn, M.; Homburg, C. (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement. Strategien und Instrumente für ein erfolgreiches CRM. 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 147–161.
- Reichwald, R.; Möslein, K.; Sachenbacher, H. (2000):** Telekooperation. Verteilte Arbeits- und Organisationsformen. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Reichwald, R.; Müller, M.; Piller, F. T. (2005):** Management von Kundeninteraktion als Erfolgsfaktor. In: Kirn, S. (Hrsg.): Kundenzentrierte Wertschöpfung mit Mass Customization. Kundeninteraktion, Logistik, Simulationssystem und Fallstudien. Stuttgart: Fraunhofer-IRB-Verl., S. 10–45.
- Reichwald, R.; Piller, F. T. (2006):** Interaktive Wertschöpfung. Open Innovation, Individualisierung und neue Formen der Arbeitsteilung. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Reichwald, R.; Piller, F. T.; Ihl, C.; Seifert, S. (2009):** Interaktive Wertschöpfung. Open Innovation, Individualisierung und neue Formen der Arbeitsteilung. 2. Aufl. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden; Gabler.
- Reimann, S. (2009):** Kann Wissensmanagement selbst zum Manager werden oder wo liegen die Grenzen für Business Intelligence. In: Keuper, F.; Neumann, F. (Hrsg.): Wissens- und Informationsmanagement. Strategien, Organisation und Prozesse. Wiesbaden: Gabler, S. 521–538.
- Richter, R.; Furubotn, E. G.; Streissler, M.; Furubotn, E. (1996):** Neue Institutionenökonomik. Eine Einführung und kritische Würdigung. Tübingen: Mohr Siebeck; Mohr (Neue ökonomische Grundrisse).
- Ridder, H.-G.; Jensen, T. (2002):** Telearbeit und Führung. Grundprobleme und Forschungsperspektiven. In: Martin, A.; Nienhüser, W. (Hrsg.): Neue Formen der Beschäftigung - neue Personalpolitik. München: Rainer Hampp Verlag, S. 207–246.

- Riempp, G. (2003):** Von den Grundlagen zu einer Architektur für Customer Knowledge Management. In: Kolbe, L. M. (Hrsg.): Customer Knowledge Management. Kundenwissen erfolgreich einsetzen. Berlin: Springer, S. 23–55.
- Ring, G. (2000):** Werberecht der Ärzte. Stand: November 1999. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.
- Roeder, N.; Hensen, P.; Hindle, D.; Loskamp, N.; Jakomek, H. J. (2003):** Instrumente zur Behandlungsoptimierung. Klinische Behandlungspfade. In: Der Chirurg, Jg. 74, Nr. 12, S. 1149–1155.
- Rüschmann, H.-H.; Roth, A.; Krauss, C. (2000):** Vernetzte Praxen auf dem Weg zu managed care. Aufbau, Ergebnisse, Zukunftsvision. Berlin u.a: Springer (Gesundheitsmanagement).
- Schaeffer, D. (2006):** Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Herausgegeben von Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Schäfer, M.; Neumann, K. (2010):** Beste Praxis Transfer „Segmentierung“ - Beispiel einer psychographischen Segmentierung im Gesundheitswesen. In: Porzolt, F.; Tilgner, S. (Hrsg.): Managed Care – Perspektive für das deutsche Gesundheitswesen? Berlin: PVS/Verband, S. 213-228.
- Schäfer, R. D.; David, D. M. (2004):** Ärztliches Qualitätsmanagement als berufsspezifische Aufgabe. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 303–310.
- Schaller, C.; Stotko, C. M.; Piller, F. T. (2007):** Mit Mass Customization basiertem CRM zu loyalen Kundenbeziehungen. In: Hippner, H.; Wilde, K. D. (Hrsg.): Grundlagen des CRM. Konzepte und Gestaltung. 2. Aufl., Nachdr. Wiesbaden: Gabler, S. 121–143.
- Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003):** Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. In: Sozial- und Präventivmedizin, Jg. 48, Nr. 1, S. 11–23.
- Schellhase, N. (2008):** Ein klares "JEIN". In: E-HEALTH-COM, Nr. 3, S. 34–35.

- Schmid, E. (2008):** Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management. Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen. Berlin: MWV Med. Wiss. Verl.-Ges. (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung e.V. (DGbG)).
- Schmid, R. E.; Bach, V.; Österle, H. (2000):** Mit Customer Relationship Management zum Prozessportal. In: Bach, V.; Österle, H. (Hrsg.): Customer Relationship Management in der Praxis – Erfolgreiche Wege zu kundenzentrierten Lösungen. Berlin: Springer, S. 3-55.
- Schmitz, M. (2001):** Electronic Disease Management. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 185–195.
- Schmöller, M. (2008):** Neue Patienten - Neue Ärzte? Selbst- und Rollenverständnis niedergelassener Ärzte in Deutschland. In: Gellner, W.; Schmöller, M. (Hrsg.): Neue Patienten - Neue Ärzte. Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., S. 15–59.
- Schmücker, P.; Ohr, C.; Beß, A.; Bludau, H. B.; Haux, R.; Reinhard, O. (1998):** Die elektronische Patientenakte - Ziele, Strukturen, Präsentation und Integration. In: Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie, Jg. 29, Nr. 3-4, S. 221–241.
- Schmutte, A. M. (1998):** Total quality management im Krankenhaus. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. [u.a.].
- Schmutte, A. M. (2001):** Marketing und Umfassendes Qualitätsmanagement. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 485–505.
- Schnabel, M.; Kill, C.; El-Sheik, M.; Sauvageot, A.; Klose, K. J.; Kopp, I. (2003):** Von der Leitlinie zum Behandlungspfad. In: Der Chirurg, Jg. 74, Nr. 12, S. 1156–1166.
- Schnäbele, P. (1997):** Mass Customized Marketing. Effiziente Individualisierung von Vermarktungsobjekten und -prozessen. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. [u.a.].



- Schneider, S. (2004):** Portalkonzepte aus Sicht des Customer Relationship Management (CRM) - Kundenbindung durch Portale und deren Realisierungsmöglichkeiten. In: Sexauer, H. J. (Hrsg.): *Konzepte des Customer-Relationship-Management (CRM). Strategien - Instrumente - Umsetzung*. Wiesbaden: Denk!Institut-Verl., S. 215–236.
- Schneidewind, U.; Fleisch, E. (1996):** Ökologische Chancen und Risiken der Reorganisation von verteilten Geschäftsprozessen durch Telekooperation. In: Krcmar, H. A. O.; Lewe, H.; Schwabe, G. (Hrsg.): *Herausforderung Telekooperation. Einsatzerfahrungen und Lösungsansätze für ökonomische und ökologische, technische und soziale Fragen unserer Gesellschaft; Fachtagung Deutsche Computer Supported Cooperative Work 1996, DCSCW '96*. Berlin: Springer, S. 139–153.
- Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2005):** *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 7. Aufl. München: Oldenbourg.
- Schrage, M. (1990):** *Shared Minds. The new technologies of collaboration*. New York, NY: Random House.
- Schrapppe, M. (2004):** Qualität in der Gesundheitsversorgung. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 267–276.
- Schubert, H.-J. (2004):** Entwicklung eines Leitbildes: Chancen und Gefahren. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 371–374.
- Schulze, J.; Thiesse, F.; Bach, V.; Österle, H. (2000):** Knowledge Enabled Customer Relationship Management. In: Österle, H.; Fleisch, E.; Alt, R.; Bach, V. (Hrsg.): *Business networking. Shaping enterprise relationships on the Internet*. Berlin: Springer, S. 143–160.
- Schumacher, J.; Meyer, M. (2004):** *Customer Relationship Management strukturiert dargestellt. Prozesse, Systeme, Technologien*. Berlin: Springer.

- Schwarz, S. (2009):** Wissens- und Informationsmanagement - Change-Management-Perspektiven. In: Keuper, F.; Neumann, F. (Hrsg.): Wissens- und Informationsmanagement. Strategien, Organisation und Prozesse. Wiesbaden: Gabler, S. 119–145.
- Schweitzer, A.; Weller, D.; Rücker, M. (2008):** Health Care Monitoring. Die Verbraucherstudie für den deutschen Gesundheitsmarkt. Studienportrait. Herausgegeben von Psychonomics AG und Acxiom Deutschland GmbH. Online verfügbar unter <http://www.psychonomics.de/article/articleview/1024/1/58>, zuletzt geprüft am 25.06.2009.
- Seidenschwarz, W. (2008):** Marktorientiertes Prozessmanagement. Wie Process Mass Customization Kundenorientierung und Prozessstandardisierung integriert. 2. Aufl. München: Vahlen.
- Selbmann, H.-K. (2004):** Qualitätssicherung. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 277–286.
- Sens, B.; Abrolat, J. (2009):** Praxismanual integrierte Behandlungspfade. Das Erfolgsrezept. Heidelberg: Economica.
- Sexauer, H. J. (2004):** Customer Relationship Management (CRM) - Ein integriertes Management-Konzept. In: Sexauer, H. J. (Hrsg.): Konzepte des Customer-Relationship-Management (CRM). Strategien - Instrumente - Umsetzung. Wiesbaden: Denk!Institut-Verl., S. 17–29.
- Simon, D.; Härter, M. (2009):** Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient – Zeitraubender Luxus im Praxisalltag? In: Klusen, N.; Fließgarten, A.; Nebling, T. (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., S. 156-169.
- Smigielski, E. (2002):** Patientenrechte und Patientenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen (KBV Kontext, 18), S. 9–18.

- Sonntag, S. (2001):** Kundenbindung im neuen Jahrtausend – Multi-Channel-Management im Rahmen von CRM als Differenziator am Markt. In: Link, J. (Hrsg.): Customer Relationship Management – Erfolgreiche Kundenbeziehungen durch integrierte Informationssysteme. Berlin [u.a.]: Springer, S. 59-73.
- Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) (1988),** vom 20.12.1988 (BGBl I, 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I, 534).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008):** Bildungsstand der Bevölkerung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009):** Pflegebedürftige (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/>, zuletzt geprüft am 04.10.2009.
- Statz, A.; Apitz, R.; Thelen, W. (2001):** Qualitätssicherung für Gesundheitsinformationen im Internet. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 253–262.
- Stiftung Gesundheit (Hrsg.) (2007):** Stiftungsbrief. QM-Sonderausgabe 2007. Hamburg. Online verfügbar unter [www.stiftung-gesundheit.de](http://www.stiftung-gesundheit.de).
- Stobrawa, F. F. (2004):** KTQ - ein umfassendes Zertifizierungskonzept für Krankenhäuser. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 486–492.
- Stock, S.; Redaelli, M. (2004):** Kosteneffektivität und Qualitätsmanagement. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 541–550.

- Stock, S.; Redaelli, M.; Lauterbach, K. W. (2004):** Disease Management. In: Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 221–230.
- Sturz, W. (2009):** Wissensmanagement - Technologie oder Kultur. In: Keuper, Frank; Neumann, Fritz (Hrsg.): Wissens- und Informationsmanagement. Strategien, Organisation und Prozesse. Wiesbaden: Gabler, S. 493–510.
- Sydow, J. (2005):** Strategische Netzwerke. Evolution und Organisation. Wiesbaden: Gabler (Neue betriebswirtschaftliche Forschung, 100).
- Tapscott, D.; Williams, A. D.; Dierlamm, H. (2007):** Wikinomics. Die Revolution im Netz. München: Hanser.
- Thun, S. (2006):** Projektmanagement zur praktischen Umsetzung von integrierten Behandlungspfaden. In: Eckardt, J.; Sens, B. (Hrsg.): Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Heidelberg: Economica [u.a.], S. 199-221.
- Tiedtke, D. (2001):** Databased Online Marketing – personalisierte Kundenansprache über elektronische Netzwerke. In: Link, J. (Hrsg.): Customer Relationship Management – Erfolgreiche Kundenbeziehungen durch integrierte Informationssysteme. Berlin [u.a.]: Springer, S. 117-138.
- Trevena, L.; Barratt, A. (2003):** Integrated decision making: definitions for a new discipline. In: Patient Education and Counseling, Vol. 50, S. 265–268.
- Tscheulin, D. K.; Rost, M. (2001):** Versorgungsnetze als Weg zu marktwirtschaftlicher Entwicklungsdynamik. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 339–364.
- Tseng, M. M.; Piller, F. T. (2003):** The Customer Centric Enterprise. An integrative overview on this book. In: Tseng, M. M.; Piller, F. T. (Hrsg.): The customer centric enterprise. Advances in mass customization and personalization. Berlin: Springer-Verl., S. 3–16.

- Tseng, M. M.; Piller, F. T. (Hrsg.) (2003):** The customer centric enterprise. Advances in mass customization and personalization. Berlin: Springer-Verl.
- Tuten, L. T.; Urban, D. J.; Bosnjak, M. (2002):** Internet Surveys and Data Quality: A Review. In: Batinic, B.; Reips, U.-D.; Bosnjak, M. (Hrsg.): Online social sciences. Seattle, Wash.: Hogrefe & Huber .
- U.S. National Library of Medicine (Hrsg.) (2008):** Factsheet MEDLINE. Online verfügbar unter <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>, zuletzt aktualisiert am 22.04.2008, zuletzt geprüft am 26.07.2009.
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Hrsg.) (2009):** Neue Beratung braucht das Land. Online verfügbar unter [http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/fileadmin/upd/bugs/dokumente/broschueren/UPD\\_Selbstdarstellungsbroschuere\\_01042009.pdf](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/fileadmin/upd/bugs/dokumente/broschueren/UPD_Selbstdarstellungsbroschuere_01042009.pdf), zuletzt geprüft am 03.10.2009.
- Victor, B.; Boynton, A. C. (1998):** Invented here. Maximizing your organization's internal growth and profitability. Boston, Mass: Harvard Business School Press.
- Voss, B. (1994):** A new spring for manufacturing. In: Journal of Business Strategy, Vol. 15, Nr. 1, S. 54–57.
- Walla, W.; Eggen, B.; Lipinski, H. (2006):** Der demographische Wandel. Herausforderung für Politik und Wirtschaft. Stuttgart: Kohlhammer.
- Warda, F. (2005):** Elektronische Gesundheitsakten. Möglichkeiten für Patienten, Ärzte und Industrie; aktueller Stand der Entwicklung in Deutschland. Mönchengladbach: Rheinware Verl.
- Weber, W. (1994):** Informationssysteme in der ambulanten Krankenversorgung. In: Wirtschaftsinformatik, Jg. 36, Nr. 4, S. 315–320.
- Weitz, R.; Röder, K. (2005):** Integrations- und Schulungskonzept für die Implementierung von Mass Customization. In: Kirn, S. (Hrsg.): Kundenzentrierte Wertschöpfung mit Mass Customization. Kundeninteraktion, Logistik, Simulationssystem und Fallstudien. Stuttgart: Fraunhofer-IRB-Verl., S. 148–161.

- Well, B. van (2001):** Standardisierung und Individualisierung von Dienstleistungen. Zur Organisation wissensintensiver Unternehmungsnetzwerke. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. [u.a.].
- Wilhelm, A. (2006):** Der Patient im deutschen Gesundheitssystem: Einstellungen, Präferenzen und Erwartungen. In: Gellner, W.; Wilhelm, A. (Hrsg.): Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur. Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem. Baden-Baden: Nomos, S. 18–57.
- Wilhelm, R. (2007):** Prozessorganisation. 2. Aufl. München: Oldenbourg (Managementwissen für Studium und Praxis).
- Wimmer, F.; Göb, J. (2006):** Customer Intelligence: Marktforschung und Kundenanalyse als Informationsgrundlagen im CRM. In: Hippner, H.; Wilde, K. D. (Hrsg.): Grundlagen des CRM. Konzepte und Gestaltung. 2. Aufl., Nachdr. Wiesbaden: Gabler, S. 399-418.
- Winkelmann, P. (2008):** Vertriebskonzeption und Vertriebssteuerung. Die Instrumente des integrierten Kundenmanagements (CRM). 4. Aufl. München: Vahlen.
- Wissenschaftliche Kommission Wirtschaftsinformatik (1994):** Profil der Wirtschaftsinformatik. In: Wirtschaftsinformatik, Jg. 36, Nr. 1, S. 80–81.
- Witterstätter, K. (2008):** Alternde Bevölkerung und ihre Versorgung - Ansprüche und Möglichkeiten. In: Häusler, E. (Hrsg.): Entwicklungslinien im Gesundheitswesen. Demographie und integrierte Versorgung. Sternenfels: Verl. Wissenschaft & Praxis (Band 9), S. 75–87.
- Wolf, E. (2002):** Konzeption eines CRM-Anreizsystems. München: Rainer Hampp Verlag.
- World Health Organisation (WHO) (Hrsg.) (1998):** Health Telematics. Report of a WHO Intercountry Workshop on Telemedicine for Health Development in the 21st Century. New Delhi.

- Zablah, A. R.; Bellenger, D. N.; Johnston, W. J. (2004):** An evaluation of divergent perspectives on customer relationship management: Towards a common understanding of an emerging phenomenon. In: *Industrial Marketing Management*, Vol. 33, Nr. 6, S. 475–489.
- Zäpfel, G. (2000):** Taktisches Produktions-Management. 2. Aufl. München: Oldenbourg.
- Zerr, K. (2003):** Online-Marktforschung - Erscheinungsformen und Nutzenpotentiale. In: Theobald, A.; Dreyer, M.; Starsetzki, T. (Hrsg.): *Online-Marktforschung. Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen*. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 7–26.
- Zieglwalner, S.; Gemke, G. (2001):** Der Internetauftritt des Arztes aus rechtlicher Sicht. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren*. Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 633–650.
- Zipser, A. (2001):** Business Intelligence im CRM – Die Relevanz von Daten und deren Analyse für profitable Kundenbeziehungen. In: Link, J. (Hrsg.): *Customer Relationship Management – Erfolgreiche Kundenbeziehungen durch integrierte Informationssysteme*. Berlin [u.a.]: Springer, S. 35-57.
- Zok, K. (2004):** Private Zusatzangebote in der Arztpraxis. In: *WIdO-monitor*, Jg. 1, Nr. 1, S. 1–7.
- Zok, K. (2005a):** Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. In: *WIdO-monitor*, Jg. 2, Nr. 1, S. 1–7.
- Zok, K. (2005b):** Gesundheitspolitische Einstellungen im Spiegel von Umfragen. In: Streich, W.; Braun, B.; Helmert, U. (Hrsg.): *Surveys im Gesundheitswesen. Entwicklungen und Perspektiven in der Versorgungsforschung und Politikberatung*. Sankt Augustin: Asgard-Verl. (17), S. 43–50.

**Zok, K. (2006):** Arzneimittelmarkt: Selbstmedikation im Fokus. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten. In: WIdO-monitor, Jg. 3, Nr. 1, S. 1–7.

**Zok, K.; Schuldzinski, W. (2005):** Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Herausgegeben von Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Bonn.