



**SOCIAL
MEDIA MARKETING**

Brandstädter, Ullrich, Haertel

Klinikmarketing mit Web 2.0

Ein Handbuch für die
Gesundheitswirtschaft

Kohlhammer

Dieses praxisbezogene Handbuch verbindet die Themen Klinikmarketing und Social Media. Es vermittelt PR-Verantwortlichen und Entscheidern im Gesundheitswesen essenzielle Kenntnisse über die zentralen Kommunikationsmechanismen sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen, um sich erfolgreich und 'sicher' im Web 2.0 zu bewegen. Spezifische Fallbeispiele beleuchten die jeweiligen Werkzeuge einer effektiven Marketingarbeit und machen das Buch so zu einem 'Muss' für Mitarbeiter der Unternehmenskommunikation und Klinikleiter.

Dr. Mathias Brandstädter, PR-Berater, Pressesprecher und Leiter Kommunikation im Universitätsklinikum Aachen.

Thomas W. Ullrich, Director Consulting und Strategic Advisor bei der Full-Service-Agentur komm.passion GmbH in Düsseldorf, Betreiber des Experten-Blogs webosoph.de.

Alexander Haertel, Rechtsanwalt in der Kanzlei Preu Bohlig & Partner, Spezialist für Medienrecht, Markenrecht und Urheberrecht.

Mathias Brandstädter,
Thomas W. Ullrich,
Alexander Haertel

Klinikmarketing mit Web 2.0

Ein Handbuch für die Gesundheitswirtschaft

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Umschlagabbildung: © MH – fotolia.com

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN: 978-3-17-021612-9

E-Book-Formate

pdf: 978-3-17-026533-2

epub:978-3-17-027262-0

mobi:978-3-17-027263-7

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort

Vorwort der Autoren

1 Klinikmarketing – Warum?

- 1.1 Gesundheitsökonomie erzwingt Wettbewerb
- 1.2 Medizin für Lebensqualität statt Reparaturmedizin
- 1.3 Wandel des Anspruchs: Vom Patienten zum Kunden
- 1.4 Fazit: Klinikmarketing wird conditio sine qua non

2 Grundfragen des Klinikmarketings

- 2.1 Was ist Klinikmarketing?
- 2.2 Klinikstrategie als Ausgangspunkt für das Marketing
- 2.3 Die Klinik als „Produkt“ aus der Sicht des Marketings
 - 2.3.1 Klinikleistungen als Vertrauens- und Erfahrungsgüter
 - 2.3.2 Klinikleistungen als High-Involvement-Produkte
 - 2.3.3 Konsequenzen: Screening und Signaling
- 2.4 Der Markt
 - 2.4.1 Arten von Patienten
 - 2.4.2 Wie wählen Patienten eine Klinik aus?
 - 2.4.3 Einweiser und ihre Kriterien der Klinikempfehlung
- 2.5 Marketingziele
- 2.6 Ableitung der Strategie der Marketingkommunikation
 - 2.6.1 Festlegung des Kommunikationsobjekts
 - 2.6.2 Festlegung der Zielgruppen
 - 2.6.3 Festlegung der Kernbotschaft(en)
 - 2.6.4 Festlegung der Kommunikationsmaßnahmen
 - 2.6.5 Zeitplanung
 - 2.6.6 Budgetplanung

2.7 Steuerung und Evaluation der Umsetzung

3 Klinikmarketing und Web 2.0

3.1 Paradigmenwechsel der Unternehmenskommunikation

3.2 Internet (Web 1.0) und Klinikmarketing

3.2.1 Nutzerzentrierte Gestaltung von Websites

3.2.2 Suchmaschinenoptimierte Gestaltung von Websites

3.2.3 Klassisches Online-Marketing

3.2.4 Pressearbeit im Internet – neue Spielregeln

3.3 Das Mitmach-Web (Web 2.0) – Überblick

3.3.1 Blogs

3.3.2 Mikroblogs

3.3.3 Social Sharing-Plattformen

3.3.4 Consumer Communities

3.3.5 Social Networks

3.3.6 Online-Diskussionsforen

3.3.7 Wikis

3.3.8 Weitere Phänomene des Web 2.0

3.4 Web 2.0 und die Konsequenzen für die Mediengesellschaft

3.5 Die Zielgruppe im Internet und Web 2.0

3.5.1 Patienten im Internet und Web 2.0

3.5.2 Einweiser im Internet und Web 2.0

3.6 Klinik-Mitarbeiter im Web 2.0 – Chance oder Risiko?

3.7 Konsequenzen für das Klinikmarketing

4 Web 2.0 – das Mitmach-Web

4.1 Das Vorgehen: Trial and Error vs. Strategie

4.1.1 Empirisch fundiertes Vorgehen

4.2 In drei Schritten zu einer Social Media-Strategie

4.2.1 Wahl und Option? Der Entscheidungsbaum

4.2.2 Web 2.0 als technische oder kulturelle Herausforderung?

4.2.3 Monitoring als Basis – Meinungsbildungsprozesse scannen, Marktforschung und Themenmanagement betreiben

Fazit

4.2.4 Strategiebildung: Taxonomie der Ziel- und Anspruchsgruppen im Web 2.0

Online-Nutzerverhalten typisieren

4.2.5 Kasuistik: Web 2.0 im Gesundheitswesen im Spiegel seiner Nutzergruppen

4.2.5.1 Die Nutzergruppe der Inactives (Passiven)

4.2.5.2 Die Nutzergruppe der Spectators (Zuschauer)

4.2.5.3 Die Nutzergruppe der Joiners (Sozialen)

4.2.5.4 Die Nutzergruppe der Collectors (Sammler)

4.2.5.5 Die Nutzergruppe der Critics (Partizipanten)

4.2.5.6 Die Nutzergruppe der Creators (Macher)

4.2.5.7 Dritter Schritt: Web 2.0-Kommunikation integrieren

4.2.6 Social Media Guidelines

4.2.6.1 Wer hat welche Befugnis?

4.2.6.2 Wie gehen wir mit Meinungsvielfalt und Kritik um?

4.2.6.3 Wo liegen die Grenzen privater und geschäftlicher Nutzung?

4.2.6.4 Kennen Ihre Mitarbeiter alle relevanten rechtlichen Bestimmungen?

4.2.6.5 Kennen Ihre Mitarbeiter einen festen Ansprechpartner zu allen Belangen im Web 2.0?

5 Controlling der Web 2.0-Kommunikation

6 Rechtliche Aspekte und Besonderheiten der Online-Kommunikation

6.1 Einführung in die Grundstruktur der Rechtsgebiete Der gewerbliche Rechtsschutz teilt sich in mehrere „Fachgebiete“ auf, die allesamt bei der Werbung und Betätigung im Web 2.0 relevant werden können. Zu den klassischen Gebieten des gewerblichen Rechtsschutzes gehören

6.1.1 Urheberrecht

6.1.2 Leistungsschutzrechte

6.1.3 Markenrecht

6.1.4 Geschmacksmusterrecht

6.1.5 Patent-/Gebrauchsmusterrecht

6.1.6 Wettbewerbsrecht/HWG

6.1.7 Presserecht

6.2 Was muss man bei der Erstellung von eigenen Inhalten für das Web 2.0 beachten?

6.2.1 Allgemeines

6.2.1.1 Verstoß gegen Rechte Dritter

6.2.1.2 Rechtsfolgen der Verstöße

6.2.1.3 Lizenzierung von Inhalten

6.2.1.4 Notwendige Einwilligungen

6.2.2 Fallbeispiele

6.3 Welche Rechtsschutzmöglichkeiten gibt es?

6.3.1 Allgemeines

6.3.2 Fallbeispiele

6.4 Sonstiges

6.4.1 Datenschutzrecht

6.4.2 Arbeitsrecht

6.4.3 Lizenzierung von Pressespiegeln

6.5 Ausblick

6.5.1 Geplantes Leistungsschutzrecht für Presseverleger

Literatur

Quellenverzeichnis der Abbildungen

Stichwortverzeichnis

Geleitwort

Ohne Zweifel: Die Kommunikationsverhältnisse in und außerhalb von Organisationen haben sich in den Kommunikationskontexten und -konstellationen der Mediengesellschaft 2.0 tiefgreifend verändert. Der diesen Szenarien inhärente Kommunikations- und Präsenzdruck erfordert ein situationsadäquates Handeln von Organisationen und ihren Kommunikatoren. Um im medialisierten Kommunikationswettbewerb einer internetinduzierten Aufmerksamkeitsökonomie bestehen zu können, müssen jene Akteure bei der Gestaltung ihrer intentional reputationsbildenden Kommunikationsauftritte ständig über eine funktionale wie inhaltliche „Anpassung“ der Kommunikationsverbindungen zu ihren Publika nachdenken, damit sie kontakt- und beziehungsfähig bleiben. Die Spielregeln und Wirkungsmechanismen der vernetzt-interaktiven Kommunikationsrealitäten 2.0 in der Bedeutung für die eigene kommunikative Einflussosphäre zu verstehen und die daraus resultierenden Vorgaben für ein strategisch geplantes, adressatenorientiert umgesetztes Kommunikationsmanagement zu nutzen, ist dabei erfolgsrelevant.

Auch Kliniken – als öffentlich „exponierte“ Organisationen betrachtet – stehen in ihrem spezifischen „Marktumfeld“ in zunehmender Kommunikationskonkurrenz um die Knappheitsfaktoren Wahrnehmung, Akzeptanz und Vertrauen. Sie müssen wahrnehmungsbildend Öffentlichkeit herstellen, um ihre Klientel ziel- und interessengerichtet zu erreichen, durch ansprechende Informations- und Dialogangebote ihre Kompetenzen und Leistungsangebote zu vermitteln und Patienten in ihrem Entscheidungsverhalten für deren Nutzung zu motivieren. Das bedeutet: Wollen Kliniken – im Hinblick auf den Wandel im Gesundheitssystem und eine medial konditionierte Gesundheitsöffentlichkeit – ökonomisch bestandsfähig bleiben und agieren, so müssen sie absatzorientierte Kommunikation betreiben, wobei sich die Marketingziele aus den jeweiligen Klinikzielen ableiten. Ausgangspunkt dafür ist die Entwicklung von konzeptionell fundierten Kommunikationsfahrplänen, zu denen auch geeignete Web 2.0-

Strategien zählen. Erfolgreiche Klinikmarketingaktivitäten 2.0 – basierend auf einem ausgewogenen Medien-Mix – werden stets mit Blick auf die Kommunikationserwartungen und Wissensanforderungen sowie das Diskurs- und Mediennutzungsverhalten der adressierten Bezugsgruppen installiert. Nur so lassen sich Handlungs- und Diskursspielräume in stakeholderrelevanten Meinungsbildungsprozessen sichern.

Wie Marketing 2.0 im Kommunikationsalltag von Kliniken erfolgversprechend funktioniert soll hier vermittelt werden. Basierend auf einer systematischen Analyse der Bedingungen und Einflussfaktoren eines effektiv-effizienten Kommunikationsmanagements 2.0 erhalten interessierte Kommunikatoren vertiefende, praxisorientiert nutzbringende Einblicke in die Konzeption, Umsetzung und Evaluation integrierter Kommunikationsprozesse, deren Instrumente und Maßnahmen auf spezifische Wirkungen im Web angelegt und von den intendierten aufmerksamkeitsbildenden Effekten in der Patientenansprache her strategisch geplant werden.

Die Autoren haben sich mit diesem aktuellen Diskussions- und Handlungsfeld der „markenbildenden“ Klinikkommunikation 2.0 in einer beachtlichen Durchdringungstiefe auseinandergesetzt und gehen dabei über bisherige Darstellungen hinaus. In der Themenbesetzung zeichnen sie aus verschiedenen disziplinären Perspektiven ein differenziertes, in sich schlüssiges Bild des Einflusses, den das „Mitmach-Web“ auf Imagekonstruktionen und das damit korrelierende Kommunikationsmanagement von Kliniken hat und in welcher Weise dadurch ein chancenreiches, innovatives Klinikmarketing als Werttreiber konditioniert wird.

Prof. Dr. Bodo Kirf
Düsseldorf, im September 2012

Vorwort der Autoren

Das Web ist dynamisch – „Mitmachen statt Nachdenken“ scheint die Devise zu sein: Was viele machen, das kann nicht falsch sein – oder? Überall im Internet gibt es gute Ideen, neue Plattformen, Chancen und Möglichkeiten und alles ist ständig im Umbruch. Ganz ähnlich wie im Krankenhaussektor selbst.

Dieses Buch sagt „nein“ zur Hysterie um das Web 2.0, denn setzen Unternehmen bzw. Kliniken allein auf trendige Portale, um die Welle des Hypes mitzureiten, jagen sie in aller Regel an der Nutzungsrealität ihrer Zielgruppen vorbei und oft auch in ein nicht nur rechtlich bedenkliches Dilemma.

Das Internet ändert sich nahezu täglich: Populäre Plattformen verschwinden, andere wandeln in kurzer Zeit ihr Erscheinungsbild oder gar ihr Geschäftsmodell vollständig und neue Plattformen entstehen. Von der einst als Killerapplikation gehandelten Plattform „Second Life“ mag kaum noch jemand öffentlich sprechen, heute ist man auf Flickr statt auf Netflix, nutzt Google statt Yahoo und derzeit ist Facebook das größte Social Network, doch vielleicht wird es bald durch Google plus abgelöst – doch all das ist im Kern nicht so wichtig. Über der „Faszination Technik“ wird allzu oft die „Relevanz Mensch“ vergessen.

Gerade vor dem Hintergrund, dass sich im Kliniksektor das Feld der Marketingkommunikation gerade erst zu etablieren beginnt und gleichzeitig die emergierende Gesundheitsöffentlichkeit im Web 2.0 Anforderungen an Kliniken stellt, die mit der klassischen Marketingkommunikation allein nicht zu bewältigen sind, war es uns als Autoren ein besonderes Anliegen, dieses Buch als Kompass für eine raue Seenlandschaft zu konzipieren: Die hier vorgestellten methodischen Ansätze und grundlegenden Aussagen behalten auch in der sich täglich stark wandelnden Internetlandschaft ihren richtungsweisenden Charakter.

Entsprechend der im Alltag sehr unterschiedlichen Anforderungen an ein solches Werk haben wir den Stoff sowohl als prägnantes Lesebuch und gleichzeitig als kompaktes Nachschlagewerk aufbereitet:

- **Kapitel 1** leitet die Relevanz des Marketings für Kliniken systematisch her.
- **Kapitel 2** liefert – ausgehend von Reflexionen zu einer zeitgemäßen Klinik-Strategie – einen prägnanten Überblick über Grundfragen und Grundlagen des Marketings für Kliniken und eruiert, nach welchen Kriterien Patienten sowie Einweiser eine Klinik auswählen.
- **Kapitel 3** bietet zunächst einen Überblick über das Internet und die bereits damit neu geschaffenen Möglichkeiten des Online-Marketings, um dann die vielfältigen Phänomene des Web 2.0 derart zu strukturieren, dass Web 2.0-Neulinge Orientierung gewinnen, aber auch Web-Veteranen neue Einblicke erhalten. Das Kapitel schließt mit der Einführung einer Web-2.0-Nutzertypologie, die sich leicht auf die bestehenden Zielgruppensegmente, etwa einer Klinik, anwenden lässt und die Ableitung einer nutzergerechten und damit wirkungsvollen Kommunikationsstrategie und eines entsprechenden Maßnahmen-Mix ermöglicht.
- **Kapitel 4** führt zunächst in die Notwendigkeit und die Mittel eines geeigneten Online-Monitorings ein. Es konkretisiert die in Kapitel 3 gelegten Grundlagen zur Ableitung einer Web 2.0-Strategie und exemplifiziert die erforderlichen Fragestellungen, Schritte und mögliche Maßnahmen der Marketingkommunikation für jeden einzelnen Web 2.0-Nutzertyp.
- **Kapitel 5** reflektiert die Grundfragen und Limitationen eines geeigneten Controllings von Online-Kommunikation.
- **Kapitel 6** schließlich bietet einen prägnanten Überblick über die für die Marketingkommunikation in Internet und Web 2.0 relevanten Rechtsgebiete und sensibilisiert anhand von Fallbeispielen für die vielfältigen rechtlichen Fallen und ungeklärten Rechtsfragen.

Die einzelnen Kapitel ergänzen sich inhaltlich, lassen sich jedoch auch unabhängig voneinander lesen. Insgesamt war es unser Ziel, eine bündige Einführung in die vielschichtige Thematik zu bieten, jedoch hinreichend Wissen und Methode zu vermitteln, um Sie im praktischen Alltag urteils- und entscheidungsfähig zu machen.

Zur weiteren Vertiefung einer jeden Thematik sind zahlreiche, jedoch sorgfältig ausgewählte, Quellen und Literaturhinweise eingearbeitet.

Auf drei formale Aspekte möchten wir an dieser Stelle noch hinweisen:

- Der Begriff „Klinik“ wird hier synonym zu Krankenhaus verwendet, auch wenn davon abweichend eine „Klinik“ zuweilen als „Fachbereich“ eines Krankenhauses verstanden wird.
- Der Begriff Website bezeichnet die Gesamtheit eines unter einer Domain befindlichen Webauftritts (z. B. ihreklinik.de), während eine Webseite (engl. webpage) eine einzelne Seite einer Website bezeichnet (z. B. ihreklinik.de/Startseite.htm). So wurden die Begriffe in diesem Buch auch – ohne weitere Hinweise – streng distinkt verwendet.
- Soziale Netze hat es auch vor Zeiten des Internets gegeben. Daher ist es richtig, für die entsprechenden Pendanten im Internet von „online Sozialen Netzen“ (engl. Online Social Networks) zu sprechen. Aus Gründen der Einfachheit wurde in diesem Buch der englische Begriff Social Network verwendet, wenn online Soziale Netze gemeint sind.

Wir danken Ihnen für Ihr uns mit dem Kauf dieses Buches entgegengebrachte Vertrauen und wünschen viel Freude beim Lesen und viel Erfolg beim Anwenden der gewonnenen Erkenntnisse in der Praxis.

Wir freuen uns auf Ihr Feedback, Ihre Fragen und Anregungen.

Thomas W. Ullrich
(tu@webosoph.de)

Dr. Mathias Brandstädter
(mathias.brandstaedter@gmx.de)

Alexander Haertel
(alexanderhaertel@gmx.de)

1 Klinikmarketing – Warum?

Thomas W. Ullrich

In der Berufsordnung (MOB) der Ärzte hieß es 1997: „Dem Arzt ist jegliche Werbung für sich und andere Ärzte untersagt“. Bereits drei Jahre später wurde dem Arzt in der Revision auf dem 103. Bundesärztertag in Köln durch Änderung des § 27 (2) „sachliche Informationen über seine Berufstätigkeit“ zugestanden (Bundesärztekammer 2000).

Unter Ärzten, Medizinethikern und Sozialtheoretikern ist die werbliche Kommunikation heftig umstritten (vgl. u. a. Dammann 2007). So sei nur der Arzt aufgrund seines Fachwissens in der Lage, die richtige Versorgungsentscheidung für den Patienten zu treffen, was durch Marketing konterkariert werde. Ferner sei Marketing auch deshalb abzulehnen, weil nicht mehr medizinische Versorgung verkauft werden soll, als nötig ist. Neben solchen, ethisch begründeten Argumenten werden oft praktische Gründe gegen den Einsatz von Marketing angeführt – etwa beschränkte Budgets, wenig Zeit und die Überzeugung, dass die Klinik über hinreichend Bekanntheit im lokalen Umkreis verfüge, um sich hinreichender Patientenströme sicher sein zu können.

Tatsächlich jedoch befindet sich das Deutsche Gesundheitssystem in mehrfacher Hinsicht in einem tiefgreifenden Wandel: Die zunehmende Kommerzialisierung des Arztberufs, in dem über die Kassenerstattung hinaus auch die direkte Abrechnung mit dem Patienten – selbst bei der GKV-Klientel – zum Alltag wird, ist eine politisch motivierte bzw. notwendige Veränderung des Gesundheitssystems.

Darüber hinaus ändern sich einerseits die Informationsmöglichkeiten für Patienten durch umfassende Gesundheitsberichterstattung in den Massenmedien sowie durch die vielfältigen Angebote im Internet, andererseits die Erwartung der Patienten an die Medizin sowie zudem das Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient nachhaltig. Diese Entwicklungen erzwingen bei Ärzten und Gesundheitseinrichtungen mehr absatzorientierte

Kommunikation, d. h. Marketing, wie sich aus den Detailbetrachtungen dieses Kapitels ergeben wird.

1.1 Gesundheitsökonomie erzwingt Wettbewerb¹

Im Jahr 2010 betrugen die **Ausgaben für Gesundheit** in Deutschland 287,3 Mrd. Euro und lagen damit bei 11,6 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Allein seit 2005 (Gesundheitsausgaben: 240,3 Mrd. Euro) stiegen die Ausgaben damit um 19,6 %.

Die Ausgaben der **gesetzlichen Krankenversicherungen** (GKV) stiegen zwischen 2005 (143,8 Mrd. Euro) und 2010 (176 Mrd. Euro) um 22,4 % an, und konnten trotz kontinuierlicher Einnahmenanpassungen 2010 nicht kompensiert werden (Einnahmen 2005: 145,8 Mrd. Euro; Einnahmen 2010: 175,6 Mrd. Euro; Steigerung: 20,4 %). Die regulären Beiträge, die in den Gesundheitsfonds einfließen, reichen für die Ausgabendeckung regelmäßig nicht aus – ein Bundeszuschuss und Zusatzbeiträge sind zur Kostendeckung erforderlich.

Auch die Aufwendungen der **privaten Krankenversicherungen** stiegen zwischen 2005 (20,4 Mrd. Euro) und 2010 (26,7 Mrd. Euro) um 30,9 %, was jedoch durch die vergleichsweise hohen Einnahmen nicht zu einem Defizit führte (Einnahmen 2005: 27,3 Mrd. Euro; Einnahmen 2010: 33,3 Mrd. Euro; Steigerung: 22 %), sondern lediglich den Einnahmeüberschuss leicht schmälerte (vgl. **Abb. 1.1**).

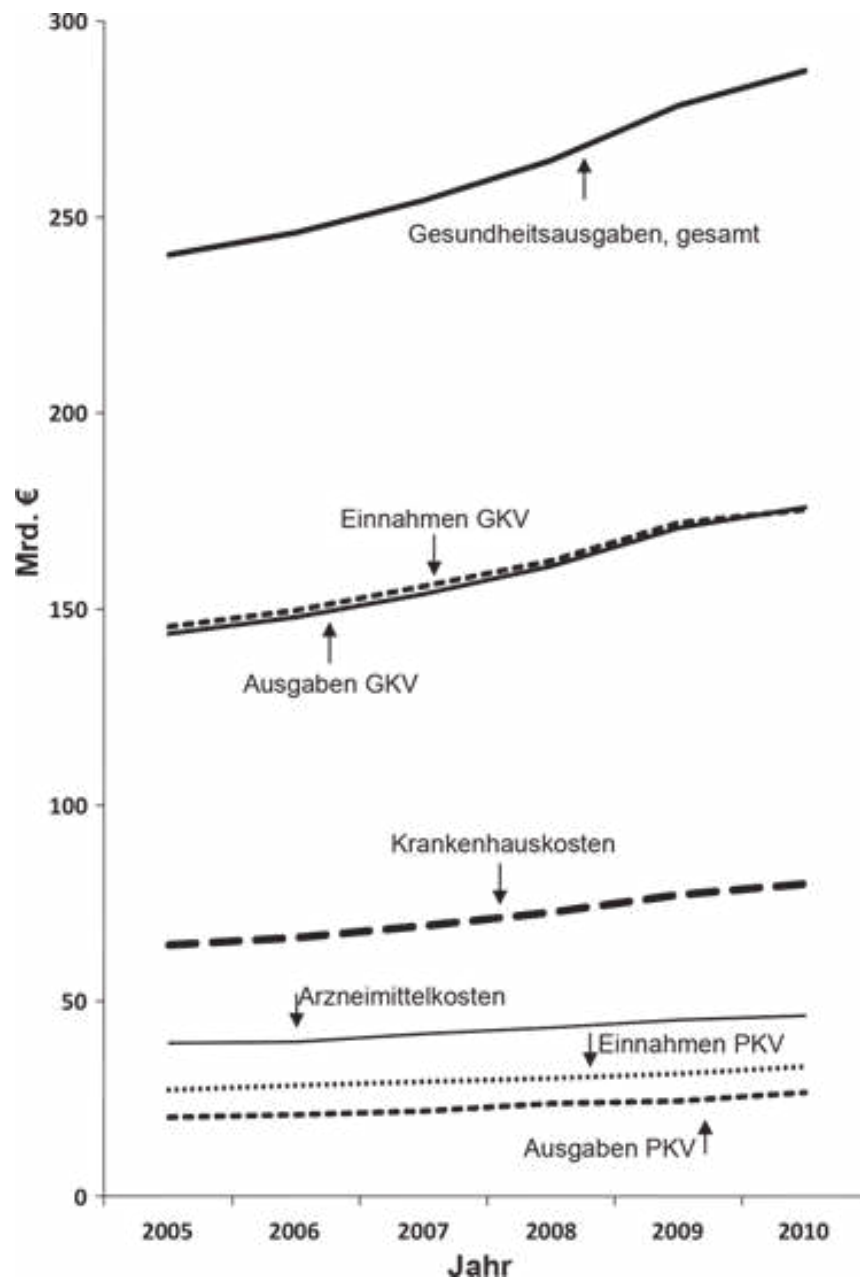


Abb. 1.1: Kostentrends im deutschen Gesundheitssystem (Auswahl).

Die Steigerung der Kosten des Gesundheitssystems ist der Öffentlichkeit seit Langem bewusst (vgl. u. a. Zok 2002; Nolting und Wasem 2002) und wird von einem großen Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem begleitet. Die zunehmenden Regulierungsversuche der Politik – nach der Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurden bis 2011 mehr als 20 weitere Gesetze zur wirtschaftlichen Optimierung

des deutschen Gesundheitssystems beschlossen – führen nicht zu einer Stärkung des Vertrauens.

Mit rund 27,8 % sind die **Krankenhauskosten** der größte Einzelausgabenblock der Gesundheitsausgaben. Zwischen 2005 (64,3 Mrd. Euro) und 2010 (79,9 Mrd. Euro) stiegen die Krankenhauskosten um 24,3 %.

Im gleichen Zeitraum sank jedoch die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland um 3,5 %, die Zahl der Krankenhausbetten um 4,0 % und die Anzahl der Belegungstage um 1,8 %. Während die Fallzahl zwischen 2005 und 2010 um 8,5 % zunahm, verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer im gleichen Zeitraum um 8,1 %. Die Zahl der hauptamtlichen Ärzte (Vollkräfte) in Krankenhäusern nahm zwischen 2005 und 2010 um 10,9 % zu, während die Zahl der nichtärztlichen Vollkräfte im Krankenhaus stagniert (Steigerung um 1 % zwischen 2005 und 2010). Die Personalkosten stiegen dabei um 15,9 %, die Sachkosten hingegen sogar um satte 34 %.

Schreibt man die Entwicklungen fort, zeigt sich auch weiterhin eine kontinuierliche Zunahme der Gesundheitskosten, die beim gegenwärtigen Modell der Finanzierung über Krankenkassenbeiträge bis 2030 einen Beitragssatz von etwa 20 bis 25 % erforderlich machen würde (vgl. u. a. die Zusammenstellung von Hochrechnungen von Lauterbach et al. 2009, S. 92; Schlander und Schwarz 2005, S. 182).

Die **Hintergründe** dieser Entwicklung erschließen sich, wenn man die Krankheitskosten nach Altersgruppen betrachtet: Mit zunehmendem Alter steigen die Krankheitskosten exponentiell an – von etwa 1.300 Euro pro Kopf bei den unter 30-Jährigen bis zu 14.568 Euro bei den über 85-Jährigen (vgl. **Abb. 1.2**). Bei der angenommenen Entwicklung der Alterspyramide zur Bienenstockform, wird deutlich: Der immer größerer Anteil älterer Menschen verursacht immer höhere Krankheitskosten. Rechnet man nun noch die bessere medizinische Versorgung hinzu, d. h. eine teurere Diagnostik, Therapie in Form von Operationsmöglichkeiten und Medikamenten, wird die Kostensteigerung umso höher sein.

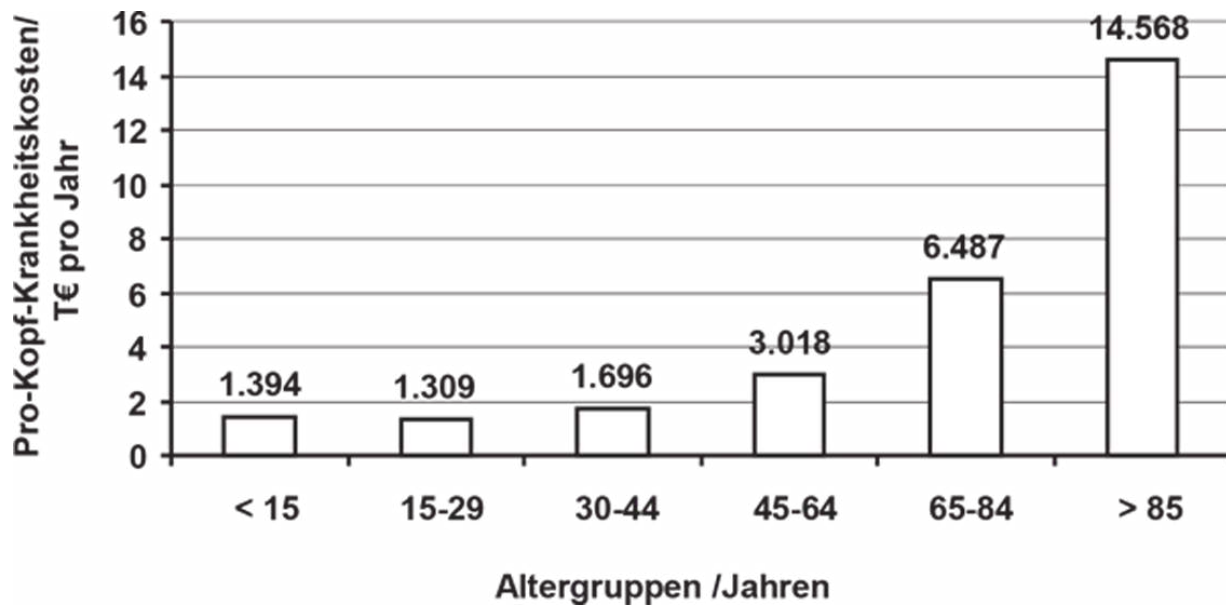


Abb. 1.2: Krankheitskosten pro Kopf nach Altersgruppen (2008).

Für Krankenhäuser ergibt sich daraus eine Zunahme der Fallzahlen: Optimistisch betrachtet bis 2020 etwa um 11 % ohne Bereinigung um das ambulante Potential, mit diesem immerhin noch um 3,8 % (Augurzký et al. 2010).

Zusätzlich steigt durch die hohen Fallzahlen und die weitere wissenschaftliche Entwicklung der Bedarf an qualifiziertem Personal: Im Bereich des ärztlichen Dienstes etwa um 8 %, im Pflegedienst etwa um 4–5 % und in den anderen medizinischen Diensten um 5–6 % (ebd.). Gleichzeitig würde durch weiterhin sinkende Verweildauern in den Kliniken eine Bettenüberkapazität von etwa 30 % entstehen.

Diese Betrachtungen machen deutlich, dass die Kosten für Kliniken weiter steigen werden und damit auch das Risiko der Insolvenz: Hochrechnungen zufolge stehen 18 % der Kliniken bis 2020 vor dem finanziellen Ruin – vor allem kleine, öffentlich-rechtliche und ländliche Krankenhäuser (ebd.).

In der Vergangenheit haben viele Kliniken auf den hohen Kostendruck und den steigenden Wettbewerb vordringlich mit Maßnahmen zur Steigerung von der Effizienz innerhalb der Leistungserstellung reagiert und vor allem Investitionen zurückgehalten. Dadurch ist ein Investitionsstau von rund 50 Mrd. Euro aufgelaufen (vgl. Rong und Schlächtermann 2009).

Tatsächlich jedoch stecken Krankenhäuser weniger in einer Kostenkrise, sondern vielmehr vor einer Absatzkrise: Ihre (umsatztreibenden) Leistungen müssen von hinreichend vielen Patienten in Anspruch genommen werden.

Berücksichtigt man die hier die Wahlfreiheit der Patienten und ihren steigenden Anteil an der Entscheidung der Wahl eines Krankenhauses (vgl. Abschnitte 1.3 und 2.4.2), finden sich die Krankenhäuser zunehmend de facto einem Wettbewerb ausgesetzt, der sie zum Marketing zwingt.

1.2 Medizin für Lebensqualität statt Reparaturmedizin

Das mit der Einführung der gesetzlichen Krankenkasse Ende des 19. Jahrhunderts etablierte Gesundheitssystem zielte vor allem auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Arbeiter. Diesem Ansatz nach ist Medizin eine „Reparaturmedizin“, d. h. eine therapeutisch geprägte Versorgung, die dann einsetzt, wenn ein Schaden, also eine Erkrankung oder Krankheit, bereits entstanden ist.

Sowohl aus der Kostenentwicklung des Gesundheitssystems, d. h. aus Evidenzerwägungen, jedoch im Kern getrieben durch eine zunehmend andere Perspektive der Bevölkerung, gewinnt ein neues Medizinverständnis an Bedeutung: Eine präventive Medizin (lat. *praevenire* – zuvorkommen), die versucht zu verhindern, dass es überhaupt zu Erkrankung und Krankheit kommt bzw. versucht, diese weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (vgl. u. a. Gerber 2000, S. 25f.; Gottwald 2006, S. 22 ff.). Entsprechend befasst sich diese präventive Medizin mit Frühindikatoren bzw. Vorstufen, Risikofaktoren und Risikokonstellationen für Erkrankungen und Krankheiten.

Allerdings setzt sich solch eine Perspektive im Gesundheitssystem nur sehr langsam durch und hat politische und organisatorische Hürden zu überwinden. Einerseits erfordert sie ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Bevölkerung. Diese ist aber praktisch nicht kontrollierbar, womit präventive Medizin nur mit einem

erheblichen Maß an Vertrauen bzw. Eigenverantwortung funktionieren kann. Andererseits bedeutet die Etablierung präventiver Maßnahmen zunächst zusätzliche Ausgaben. Vertrauen und zusätzliche Investitionen sind gesundheitspolitisch jedoch ein schwieriges Unterfangen.

Daher ist die Präventivmedizin für viele Bürger Privatsache: Sie investieren Geld, in diejenigen Produkte und Leistungen, die ein längeres, gesundes Leben oder gar ein Zurückdrehen der Altersuhr versprechen. Dass diese Bereitschaft sehr ausgeprägt ist, verdeutlichen bereits die hohen privaten Ausgaben allein für Vitamine und Mineralstoffe: Im Jahr 2008 waren es 255 Mio. Euro (BKK Faktenspiegel 01/2010).

Wird aber Gesundheit zum Thema des Einzelnen und ist er bereit, hierfür Geld zu investieren, wird Gesundheit auch zum Thema der Mediengesellschaft: Während die Anfänge der Gesundheitskommunikation im Wesentlichen auf eine aufzählende Medizinalstatistik fokussierten, entstand in Deutschland seit den 1980er Jahren eine Gesundheitsberichterstattung, die auch Aufklärung, Beratung und Initiierung gesundheitsförderlicher Aktivitäten (z. B. Impfung, Vorsorgeuntersuchung, Veränderung des Alltagsverhaltens, z. B. Rauchen, Alkoholkonsum Jugendlicher, AIDS-Prävention etc.) zum Inhalt hat (vgl. hierzu auch Hegger und Beske 2003).

Die Medienwelt hat das Thema Gesundheit für sich entdeckt, denn mit Medizin- und Gesundheitsthemen lässt sich Aufmerksamkeit gewinnen, d. h. Einschaltquoten und Auflage machen. Der breiten Gesundheitsöffentlichkeit, d. h. der Teil der deutschen Bevölkerung, der sich für das Thema Gesundheit interessiert, bietet sich eine Vielzahl von Fernsehsendungen (z. B. Focus Report Gesundheit, NTV; ServiceZeit Gesundheit, WDR; Ratgeber: Gesundheit, ARD; Die Sprechstunde, BR; Visite, NDR; Hauptsache Gesund, MDR; Fit for Fun TV, VOX; service: gesundheit, HR) und eigene Fernsehkanäle (z. B. das „Deutsche Gesundheitsfernsehen“, DGF), Zeitschriften (z. B. fit for fun, go longlife, Das grüne Haus, Wellness Magazin, BIO, Gesundheit) und unzählige Internetportale/-seiten (z. B. netdoktor.de, gesundheit.de, medizinfo.de, apotheken-umschau.de, vitanet.de, qualimedic.de). Doch auch in der Tageszeitung darf das Thema Medizin und Gesundheit seit Langem nicht mehr fehlen. In der Praxis zeigt sich die Berichterstattung

mit hohen Qualitätsunterschieden. So hat sich das Internetportal mediendoktor.de zur Aufgabe gemacht, die vielfältigen Beiträge des modernen Medizinjournalismus durch eine neutrale Redaktion in der Qualität zu bewerten.

Werden aber Medizin, Gesundheit und Vorsorge Thema der Öffentlichkeit, sind auch die Leistungserbringer direkt oder indirekt Thema der öffentlichen Debatte: Regelmäßig veröffentlichen führende Magazine und Zeitungen einen Krankenhaus-Report, Listen der „besten Kliniken“ und der „besten Ärzte“. Im Kontext von Berichten zu Diagnosen, Therapien, Gesundheitsstatistiken und innovativer Medizinforschung und ihren Ergebnissen werden auch Kliniken und Klinikärzte genannt, zitiert, fotografiert, gefilmt, portraitiert und als Experten in Gesprächsrunden und Interviews geladen. Will eine Klinik in der Mediengesellschaft Erwähnung finden oder wenigstens nicht negativ in Erscheinung treten, muss sie aktive Kommunikation, d. h. Marketing, betreiben.

1.3 Wandel des Anspruchs: Vom Patienten zum Kunden

Im deutschen Gesundheitssystem war der Patient lange Zeit nur über den behandelnden Arzt bzw. die ihn behandelnde medizinische Einrichtung in die Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden – bestenfalls. Das Arzt-Patienten-Verhältnis konnte vielerorts mit dem **paternalistischen Modell** beschrieben werden (vgl. u. a. Charles et al. 1999, Emanuel und Emanuel 1992): Der Arzt stellt den Gesundheitszustand des Patienten fest und entscheidet allein über etwaige weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

Seit mehreren Jahren wandelt sich die Rolle des Patienten zunehmend: Er wandert vom Rand des Gesundheitssystems, an dem er als Leistungsempfänger steht, in das Zentrum des Gesundheitssystems, in dem er mit allen beteiligten Einrichtungen und Entscheidergruppen in direkten Dialog tritt und seine Forderung nach aktiver Beteiligung und Mitbestimmung einfordert (vgl. **Abb. 1.3**).

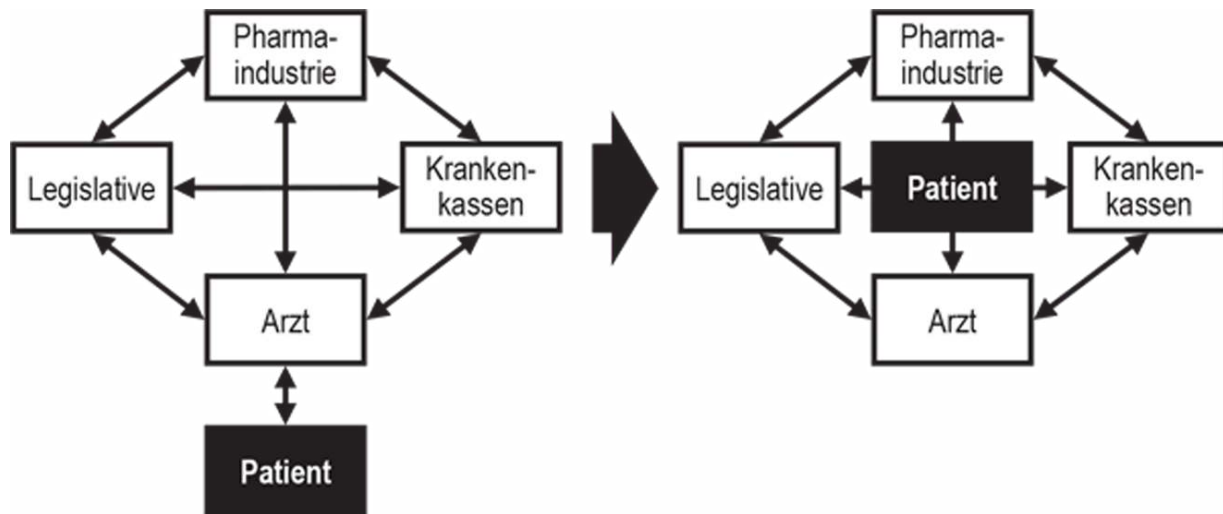


Abb. 1.3: Veränderung der Patientenrolle.

Patienten sind sich – vor allem durch die steigenden Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung – zunehmend darüber bewusst, dass sie nicht nur Patienten, sondern auch Wähler und Steuerzahler sind. Damit ist das Gesundheitswesen zu einem Kernthema für die Politik und für Wahlen geworden. Patientenorganisationen bzw. Patientenvertreter gewinnen in politischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und etwa zur Bewertung von Risiken und Chancen für Therapien und Wirkstoffe zunehmend an Bedeutung (vgl. Croufer et al. 2009).

Auch durch steigende Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von präventiven, diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie beim direkten Einkauf von nicht erstattungsfähigen Leistungen (z. B. medizinische Zusatzleistungen, IGe-Leistungen) wollen die Patienten als Kunden behandelt werden. Insgesamt gaben die Deutschen im Jahr 2008 immerhin rund 4,4 Mrd. Euro allein für verschreibungsfreie Arzneimittel aus (BKK Faktenspiegel 01/2010). 54 % der Patienten wollen die Möglichkeit haben, bei einer anstehenden Operation die Qualität der Leistung, z. B. die Art des Verfahrens, durch Zuzahlungen mitbestimmen zu können (vgl. Bloching et al. 2008, S. 306).

Durch die breite öffentliche Thematisierung von Gesundheitsfragen, Erkrankungen und Therapien in den Massenmedien, durch innovative Bildungsangebote für Patienten (vgl. z. B. patienten-universitaet.de) sowie durch die Möglichkeiten zur Information und zum Austausch mit

anderen mittels des Mitmach-Webs (Web 2.0) sind Patienten zunehmend besser über Erkrankungen, Diagnosen und mögliche Therapien, Medikamente, etwaige Komplikationen sowie über die Leistungserbringer im Gesundheitssystem informiert.

In der Konsequenz wollen sie die Diagnose genau verstehen, über verschiedene Möglichkeiten, Risiken und Chancen, Vorteile und Nachteile der Therapie genau aufgeklärt werden und vor allem die Entscheidungen mit dem Arzt gemeinsam treffen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird damit zunehmend durch das Modell des **Shared Decision Making** (vgl. u. a. Elwyn et al. 1999, 2003, 2005; Härter 2005; Scheibler 2004) beschrieben: Arzt und Patient interagieren miteinander, sie informieren sich gegenseitig, wägen gemeinsam ab und treffen gemeinsam die relevanten (Therapie-)Entscheidungen.

Im bestimmten Teilbereichen – etwa der ästhetischen Medizin, Zahnmedizin etc. – wird man auch ein Arzt-Patienten-Verhältnis nahe dem **informativen Modell** (Konsumenten-Modell) vorfinden, in dem der Arzt dem Patienten alle medizinischen Informationen zur Verfügung stellt, letzterer jedoch allein die Entscheidung trifft, die der Arzt dann umsetzt (vgl. u. a. Charles et al. 1999; Emanuel und Emanuel 1992).

Durch die Wahlfreiheit und die zunehmende wirtschaftliche Bedeutung zuzahlungspflichtiger Wahlleistungen ist eine absatzorientierte Kommunikation für Kliniken von schnell steigender Bedeutung.

Zudem entwickelt sich eine **Internationalisierung des Gesundheitsmarktes** (vgl. u. a. Juszczak 2007; Quast 2009): Etwa 74.000 Patienten kommen jährlich für eine medizinische Behandlung aus dem Ausland nach Deutschland – sei es wegen der im Heimatland längeren Wartezeiten (z. B. Großbritannien, Norwegen, Schweden, Dänemark), der höheren Kosten (z. B. Schweiz) oder der schlechteren Gesundheitsversorgung (z. B. Osteuropa, Russland). Aber auch der Nahe Osten ist für deutsche Kliniken eine interessante Region für die Patientengewinnung. In der Konsequenz müssen sich erfolgsorientierte Kliniken auf Besonderheiten der jeweiligen Patienten, ihrer Kultur, Religion etc. einstellen und ggf. eine spezifische Marketingkommunikation betreiben – etwa Patientenbroschüren in Fremdsprachen.

1.4 Fazit: Klinikmarketing wird conditio sine qua non

Die politische Reaktion auf die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem zwingt die Kliniken in einen gewollten Wettbewerb.

Die Emergenz einer Gesundheitsöffentlichkeit, d. h. die öffentliche Diskussion von Erkrankung, Diagnostik und Therapie, steigert die fachliche Kompetenz der Patienten und verlagert mittelbar die Entscheidung für eine bestimmte Diagnose und Therapie vom Arzt mehr und mehr mit auf den Patienten. Der ehemalige alleinige Kompetenzträger Arzt muss nun also um seine Position, d. h. seine bevorzugte Diagnosemethode und Therapie, werben. Da Patienten in der Regel die freie Wahl haben, zu welchem Arzt bzw. in welche Klinik sie sich begeben wollen, muss dieses Werben dem persönlichen Gespräch vorgelagert sein. Damit wird Marketing erforderlich.

Durch eine zunehmende Bedeutung von Einnahmen außerhalb der Kassenleistung wird dies weiter verstärkt. Präventive Leistungen und besondere Zusatzleistungen, die der Patient bereit ist zu bezahlen, müssen ebenfalls beworben werden.

Aus den Ausführungen der vorherigen Abschnitte folgt also zwangsweise der Schluss, dass sich Kliniken heute mehr denn je dem Thema des Klinikmarketings widmen müssen.

Welche Formen das annehmen kann, lässt sich vor allem in denjenigen Bereichen der Medizin beobachten, in denen um zusätzliche Erlöse außerhalb der Erstattung von gesetzlichen Leistung konkurriert wird – etwa in der ästhetischen Medizin, in der Leistungen überwiegend privat bezahlt werden müssen oder in den Bereichen Zahnmedizin und dem Pflegemarkt, wo viele Zuzahlungen zu leisten sind.

Letztlich bleibt das Klinikmanagement eine Gratwanderung zwischen der staatlich organisierten Medizin und der freien Marktwirtschaft der Medizinleistungen.

1 Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die Datenangaben auf die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (gbe-bund.de) Stand 05/2012

Podcasts [69](#)
Poor Dogs [24](#)
Pop-Up-Banner [56](#)
Pop-ups [103](#)
Positionierung [37](#)
Postmortaler Persönlichkeitsschutz [151](#)
präventive Medizin [16](#)
Pressemitteilung [58](#)
Presserecht [146](#)
Pressespiegel [161](#)
Privatsphäre [126](#)
Produktentwicklung [24](#)
Prognosemärkte [125](#)
Public Relations [38](#), [48](#), [50](#)
Publikumsagenda [45](#)
Pulsing [41](#)

Q

Qualitätsbericht [30](#), [31](#), [52](#)
Qualitätszirkel [39](#)
Question Marks [23](#)

R

Rapportfähigkeit [136](#)
1-9-90-Regel [71](#)
relativer Marktanteil [23](#)
Relevanzkriterien [110](#)
Reparaturmedizin [16](#)
Reputation [25](#), [27](#), [31](#), [49](#), [88](#)
Reputationsschäden [83](#)
Rettungsdienste [29](#)
RSS [91](#), [123](#)
RSS-Feed [59](#)
Rufschädigung [155](#)

S