



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Gesundheit und Pflege

**DIENSTLEISTUNGSMARKE
KRANKENHAUS –
EINE NACHFRAGERORIENTIERTE
ANALYSE**

Masterthesis zur Erlangung des
akademischen Grades

**Master of Science in
public health and administration**

Vorgelegt von: Robert Schreiber

Erstbetreuer: Prof. Dr. Roman F. Oppermann
Zweitbetreuer: Prof. Dr. Harald Seider

Tag der Einreichung: 08.10.2008

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0087-7



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abstract.....	VII
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Zielsetzung	1
1.2 Gang der Untersuchung	3
2 Dienstleistungsmarke Krankenhaus	5
2.1 Begriffliche Abgrenzung	5
2.2 Merkmale von Dienstleistungsmarken	6
2.3 Dienstleistungen im Krankenhaus	7
2.3.1 Einordnung und Abgrenzung	7
2.3.2 Merkmale medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen	8
2.3.3 Qualitätsdimensionen medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen	10
2.4 Krankenhausmarke	12
2.4.1 Krankenhausdachmarke.....	13
2.4.2 Krankenhausfamilienmarke.....	14
2.4.3 Krankenhauseinzelmarke.....	14
2.5 Funktionen einer Krankenhausmarke.....	15
3 Markenführung im Krankenhaus.....	19
3.1 Konzept der Markenführung	19
3.1.1 Ziele der Markenbildung im Krankenhaus.....	20
3.1.2 Zielgruppen der Markenbildung.....	22
3.2 Einfluss der Markenführung auf die Krankenhauswahl des Patienten.....	26
3.2.1 Entscheidungsphasen der Krankenhauswahl.....	26
3.2.2 Allgemeine Entscheidungskriterien der Krankenhauswahl.....	27
3.2.3 Besonderheiten der Krankenhauswahl	30
3.3 Anforderungen an die Markenführung im Krankenhaus.....	32
3.4 Identitätsorientierte Markenführung ein strategischer Ansatz für das Krankenhaus	33



3.4.1	Markenidentität.....	34
3.4.2	Markenimage und Markenbekanntheit.....	36
3.5	Auf und Abbau des Markenfremdbildes	39
3.5.1	Markenfremdbild als Gegenstand von Markenschemata semantischer Gedächtnisforschung.....	40
3.5.2	Markenfremdbild als Gegenstand der Imagery- und Hemisphärenforschung	42
4	Empirische Untersuchung zur Markenbekanntheit von Krankenhäusern am Beispiel einer norddeutschen Ballungsregion	44
4.1	Allgemeiner Versuchsaufbau	44
4.2	Stichprobenauswahl.....	44
4.3	Nachfragerbezogene Analyse	46
4.3.1	Allgemeines Krankenhausschema.....	47
4.3.2	Aktive und Passive Bekanntheit.....	47
4.3.3	Inneres Krankenhausbild – Top of Mind.....	48
4.3.4	Personifizierte Eigenschaften eines Krankenhauses.....	49
4.3.5	Kriterien der Krankenhauswahl.....	50
4.3.6	Einflussnehmer der Krankenhauswahl	51
4.4	Ergebnisse der Analyse	52
4.4.1	Allgemeines Krankenhausschemata	52
4.4.2	Aktive und Passive Bekanntheit.....	54
4.4.3	Inneres Krankenhausbild – „Top of Mind“	57
4.4.4	Eigenschaften und Kriterien der Krankenhauswahl	59
4.4.5	Einflussnehmer des Krankenhausauswahlprozesses	62
4.4.6	Zusammenfassung	63
5	Fazit	64
	Eidesstattliche Erklärung.....	77
	Anhang auf CD- Rom.....	78



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenhausdienstleistungen im Überblick.....	7
Abbildung 2: Phasenbezogener Zusammenhang von konstitutiven Krankenhausmerkmalen	9
Abbildung 3: Qualitätsdimensionen medizinisch-pflegerischer Leistungen.....	11
Abbildung 4: Images und Markentypen von Krankenhausmarken.....	13
Abbildung 5: Funktionen einer Marke aus Nachfragersicht	16
Abbildung 6: Funktionen der Marke aus Anbietersicht	17
Abbildung 7: Faktoren für die Bedeutungszunahme der Markenführung im Krankenhaus	20
Abbildung 8: Kriterienkatalog zur Bewertung von Krankenhäusern.....	28
Abbildung 9: Stufen der Markenbekanntheitspyramide.....	38
Abbildung 10: Der Markenentstehungsprozess.....	39
Abbildung 11: Aufbau der Krankenhaustichprobe.....	45
Abbildung 12: Aufbau der Öffentlichkeitsstichprobe	46
Abbildung 13: Erhebung der spontanen Krankenhausassoziationen	47
Abbildung 14: Erhebung der aktiven Krankenhausbekanntheit.....	48
Abbildung 15: Erhebung der passiven Krankenhausbekanntheit.....	48
Abbildung 16: Messung der „inneren „Krankenhausbilder“	49
Abbildung 17: Erhebung des „Top of Mind“ Krankenhauses.....	49
Abbildung 18: Messung der (gewünschten) personalifizierten Eigenschaften eines Krankenhauses	50
Abbildung 19: Erhebung über die Kriterien der Krankenhauswahl.....	51
Abbildung 20: Messung der Einflusskriterien der Krankenhauswahl.....	51
Abbildung 21: Quantitative Zusammensetzung der allgemeinen Krankenhausschemata	52
Abbildung 22: Qualitatives Krankenhaus-Schema	53
Abbildung 23: Verteilung der allgemeinen Bekanntheit von Krankenhäusern.....	54
Abbildung 24: Bekanntheitsgrad der einzelnen Krankenhäuser im regionalen Krankenhausmarkt	55



Abbildung 25: Vergleich aktiver und passiver Bekanntheitsgrade der Krankenhäuser .	56
Abbildung 26: Allgemeine Auswertung des inneren Krankenhausbildes.....	57
Abbildung 27: Krankenhaus und inneres Bild	58
Abbildung 28: Auswertung „Top of Mind“ Krankenhauses	59
Abbildung 29: Auswertung der Krankenseigenschaften	60
Abbildung 30: Auswertung der Kriterien der Krankenhauswahl.....	61
Abbildung 31: Relevanz Einzelner auf den Krankenseauswahlprozess.....	62



Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
DRG	Diagnostic Related Groups
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGE	Strategische Geschäftseinheit
TK	Techniker Krankenkasse
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz



Abstract

Deutsch

Zum einen ist es das Ziel dieser Arbeit zu eruieren, inwieweit Marken im Krankenhaussektor in den Köpfen der potentiellen Patienten eine Rolle spielen. Zweitens soll die Notwendigkeit einer krankenhausspezifischen Markenführung erläutert werden. Die dazu verwendeten Materialien und Methoden waren sowohl die Recherche und Analyse relevanter Literatur, als auch eine die empirische Erhebung und Auswertung eines standardisierten Fragebogens.

Im Ergebnis kann konstatiert werden, dass für Krankenhäuser die Möglichkeit, aber auch die Notwendigkeit besteht, sich als Marke zu positionieren. Auf diese Weise kann die Wahrscheinlichkeit für das eigene Bestehen erhöht und zugleich Wettbewerbsvorteile generiert werden. Bisher allerdings sind Krankenhausmarken kaum bekannt und spielen bei der Wahl eines planbaren stationären Aufenthaltes eher eine untergeordnete Rolle. **Schlussfolgerung:** Auf Grund der fehlenden Bekanntheit von Krankenhäusern, kann es einem einzelnen Haus bzw. Verbund sehr schnell gelingen sich als Marke zu etablieren. Dafür steht dem Krankenhausmanagement das Konzept der identitätsorientierten Markenführung als geeignetes Instrument zur Verfügung, welches auch auf den Krankenhausbereich in modifizierter Form übertragbar ist.

Englisch

The main aim of this study is to scrutinize, in which extent brands are an important factor for patients when it comes to hospital services. Based on these findings, however, the necessity of a hospital specific brand management is discussed in the second part of this inquiry. For this purpose the relevant literature was reviewed comprehensively in a first step. In addition, an empirical analysis based on a standard questionnaire was prepared, executed and evaluated. Even though hospital brands are not very well known in German population today (they do not play an important role when choosing a hospital for attendance), hospitals are able to create competitive advantages in relation to relevant competitors when possessing a strong brand. Hence, it is necessary for hospitals, however, to establish a hospital specific brand.

Because of the low-level popularity of hospitals in general, it is possible for single as well as a number of hospitals acting together (in form of cooperation) to quickly establish a strong brand. The framework of brand management is a widely accepted tool which has proven its effectiveness in other markets than health care. It has to be adjusted for the needs of hospitals and health care markets, but it will allow hospital management to take internal and external views into account when building up a brand.



1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Seit dem GKV-GMG im Jahre 2004 hat in den deutschen Krankenhaussektor eine neue Marktdynamik Einzug gehalten, welche vorwiegend durch Verdrängungswettbewerb und ein preisorientiertes Entgeltsystem gekennzeichnet ist.¹ Zwar sprechen einige Autoren² von einem Krankenhauswandel mit Beginn der 70er Jahre, aber diese Art von Dynamik ist neu und stellt die Manager von Krankenhäusern vor schwierige Aufgaben. Im Zeitraum von 1996-2006 verringerte sich die Krankenhausanzahl von 2.269 auf 2.104 (-7,3%), die Bettenanzahl nahm von 593.743 auf 510.767 (-14,1%) ab und die durchschnittliche Verweildauer je Behandlungsfall sank um 2,3 Tage (-21,3%).³ Unter diesen Rahmenbedingungen müssen Krankenhäuser Profilstrategien entwickeln, durch die sie im Meinungsbild ihrer Anspruchsgruppen eine unverwechselbare Alleinstellung erreichen.

Eine Möglichkeit ist dabei die Markenbildung.⁴ Grundsätzlich haben Dienstleistungsmarken in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen.⁵ Dies verwundert nicht, betrachtet man die differenzierende wie präferenzbildende Wirkung von Marken beim Kunden.⁶ Zudem werden in einem Verdrängungswettbewerb von Dienstleistungsanbietern Marken bessere Überlebenschancen eingeräumt.⁷ Eine Dienstleistungsmarke ist in der Lage mittels Vertrauensaufbau das hohe subjektive Konsumrisiko und die Gefahr der Austauschbarkeit beim Patienten und anderer externer Kunden einzudämmen.⁸ Diese Möglichkeit wird von den meisten Krankenhäusern nur unzureichend, im Sinne einer konsequenten Markt- bzw. Kundenorientierung, umgesetzt.⁹ Beim Aufbau von Dienstleistungsmarken im Gesundheitswesen besteht ein großer Nachholbedarf. Diesem Umsetzungsdefizit steht eine gestiegene Marktmacht der Patienten gegenüber, die sich ihrer

¹ Vgl. Eiff, W. von (2005), S. 18f.

² Vgl. Eichhorn, P./Greiling, D. (2003), S. 36; Braun, G.E./Schulz-Nieswandt, F. (2006), S.5

³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2008)

⁴ Vgl. Mayer, A.G. (2005), S.200

⁵ Vgl. Stauss, B. (2004), S. 103 ff.

⁶ Vgl. Meffert, H./Burmann, C./Koers, M. (2002)

⁷ Vgl. Eiff, W. von (2003), S.31

⁸ Vgl. Burmann, C./Schleusener, M./Weers, J.-P. (2005), S.415 f.

⁹ Vgl. Gorschlüter, P. (1999), S. 11



Rolle als Kunden zunehmend bewusster werden und ihre Rolle durch entsprechende Anspruchs- und Erwartungshaltungen ausfüllen.¹⁰ Auf Grund der zunehmenden Markttransparenz tritt das Krankenhaus in einen bis dato nicht existenten Wettkampf um ehemalige, aktuelle sowie zukünftige Patienten. Nur wenn es dem Krankenhaus gelingt, die speziellen Kompetenzen und Leistungen am Markt nachvollziehbar und somit für Konsumenten greifbar zu machen, wird es sich zukünftig erfolgreich behaupten können.¹¹ Ausgehend von der unzureichenden Marktbeziehung zwischen Krankenhäusern und externen Kunden soll im Rahmen dieser Arbeit ein Überblick darüber gegeben werden, in welchem Maße Krankenhausmarken in den Köpfen der Bevölkerung heutzutage verankert sind (empirisches Erkenntnisziel). Eingebettet wird das empirische Erkenntnisziel in ein gesellschaftspolitisches sowie wirtschaftspsychologisches Rahmenkonstrukt, welches die Notwendigkeit und Grundlage zum Markenverständnis im Krankenhaussektor bildet (theoretisches Erkenntnisziel). Vom Verfasser wurde somit ein multidimensionaler Forschungsansatz gewählt, um ein möglichst umfassendes Bild der Markenbekanntheit von Krankenhäusern in der Gesellschaft aufzuzeigen. Auch von Expertenseite wurde in den letzten Jahren versucht krankenhausbegleitende Leistungsangebote über den Aufbau von Marken am Markt zu positionieren. Einige, überwiegend private Anbieter, haben zumindest in Fachkreisen einen gewissen Markenstatus erreicht.¹² Dennoch ist die damit verbundene wissenschaftliche Debatte genauso ungenügend wie der Transfer von Markenbekanntheit in die Allgemeinbevölkerung.¹³ Ein Blick auf das weltweite Gesundheitswesen zeigt vielfach erfolgreiche Beispiele für Krankenhausmarken.¹⁴ In Bezug auf den Aufbau von Marken belegen die Beispiele den grundsätzlichen Erfolg von Markenmanagement im Krankenhausbereich.¹⁵

¹⁰ Vgl. Hildebrandt, H./Martini, O. (1999) S. 30

¹¹ Vgl. Lohmann, H./Bornemeier, O.(2002), S. 457

¹² Vgl. Cornelius, F./Otto, W./Amelung, V. (2008), S. 6

¹³ Vgl. Baumgarth, C. (2004), S. 308

¹⁴ Vgl. Mayer, A.G. (2005), S.202 f.

¹⁵ Vgl. Stauss, B. (2004), S.103



1.2 Gang der Untersuchung

Bei der Entwicklung einer Dienstleistungsmarke steht dem Krankenhaus ein in anderen Branchen bereits fest etablierter Ansatz zur Verfügung. Als kundenorientierte Unternehmensstrategie erscheint die Etablierung einer Marke als geeignet die Wünsche und Bedürfnisse der erfolgsrelevanten Zielgruppen zu befriedigen und gleichzeitig eine herausragende Stellung im deutschen Krankenhausmarkt einzunehmen. Gegenstand dieser Untersuchung wird es demzufolge sein, die Grundlagen zur Krankenhausmarke, Notwendigkeit und die Bedeutung, aber auch die Besonderheiten der Marke Krankenhaus im Gesundheitswesen herauszuarbeiten. Zusätzlich soll analysiert werden, inwieweit Krankenhausmarken schon heute in den Köpfen der potentiellen Patienten präsent sind, um so auch das mit der Marke Krankenhaus verbundene Relevanzpotential bestimmen zu können.

Ausgehend von dieser Vorgehensweise wurde eine Unterteilung der Arbeit in fünf Kapitel gewählt. Nach den einleitenden Ausführungen dieses ersten Kapitels widmet sich das Zweite den Grundlagen zur Dienstleistungsmarke Krankenhaus. Dazu erfolgt zunächst eine Definition und Abgrenzung des Begriffs „Dienstleistungsmarke“. Anschließend findet eine systematische Auseinandersetzung mit den Dienstleistungen im Krankenhaus statt. Darauf aufbauend wird der Begriff Krankenhausmarke diskutiert. Im Ergebnis werden die unterschiedlichen Funktionen einer Krankenhausmarke abgeleitet und erläutert.

Gegenstand des dritten Kapitels ist die ausführliche Diskussion des strategischen Ansatzes der Markenführung im Krankenhaus. Nach der Vorstellung des Konzeptes, seiner Ziele und Zielgruppen kommt es zur ausführlichen Erläuterung des Einflusses der Markenführung im Krankenhaus auf den Krankenhausauswahlprozess des Patienten. Markenführungsprozesse sind einem stetigen Wandel unterworfen. Derzeit gibt es mit dem identitätsorientierten Ansatz ein Instrument, welches nicht nur die externen Zielgruppen, sondern gleichzeitig auch die internen Kunden z.B. Mitarbeiter und Lieferanten berücksichtigt. Daher wird er im Rahmen dieser Arbeit kurz dargestellt, wobei im besonderen Markenidentität, Markenbekanntheit und Markenimage als erfolgskritische Faktoren eingegangen wird. Abschließend sollen die psychologischen Aspekte des



Markenauf- und abbaus näher beschrieben werden. Dadurch wird der Leser in die Lage versetzt die unterschiedlichen Zyklen dieses Prozesses nachvollziehen zu können und entsprechende Handlungsoptionen bezüglich des Markenführungsprozesses für sich abzuleiten.

Im vierten Kapitel nimmt der Autor eine empirische Untersuchung zur Markenbekanntheit von Krankenhäusern in einer norddeutschen Ballungsregion vor. Ziel ist es zu eruieren, welches allgemeine Krankenhausschema in der Bevölkerung vorherrscht, wie ausgeprägt die aktive und passive Bekanntheit der Krankenhäuser in der Region ist und welcher Stellenwert einzelnen Eigenschaften eines Krankenhauses zugemessen wird. Darüber hinaus wird untersucht, was letztendlich die Kriterien der Krankenhauswahl sind und wer den meisten Einfluss auf die Krankenhausauswahl ausübt. Im Nachgang werden die einzelnen Untersuchungsergebnisse ausgewertet und interpretiert sowie die ermittelten Befunde zusammengefasst.

Im letzten Kapitel fünf findet eine Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse der Arbeit statt. Des Weiteren wird ein Ausblick auf den Entwicklungsprozess der Marke Krankenhaus gegeben und eine Einschätzung des damit verbundenen Potentials für den Krankenhausesektor vorgenommen.



2 Dienstleistungsmarke Krankenhaus

2.1 Begriffliche Abgrenzung

In diesem Abschnitt der Arbeit soll ein Verständnis vom Begriff der Dienstleistungsmarke entwickelt werden. In der Literatur wird der Begriff Markendienstleistung zunehmend kontrovers diskutiert. Derzeit existieren die unterschiedlichsten Definitionsansätze. Gemeinsam sind ihnen allen die fehlenden handhabbaren Vorgaben für eine Operationalisierung der Begriffe und eingeschränkte Anwendbarkeit in einem sich immer weiter ausdehnenden Feld der Markenpolitik.¹⁶ Offensichtlich gibt es, unter anderem auf dem Markt medizinischer Leistungen, Phänomene die sich mit herkömmlichen Definitionen nur unzureichend beschreiben lassen.¹⁷ Der Begriff Dienstleistungsmarke muss, im Gegensatz zur klassischen Markenartikeldefinition, von einer weiter gefassten Begriffsauslegung ausgehen, bei der die subjektive Wahrnehmung sowie die Vorstellungsbilder der Konsumenten im Vordergrund stehen.

Den Versuch einer Metadefinition unternimmt Bruhn¹⁸ der Dienstleistungsmarken folgendermaßen definiert: *„Eine Dienstleistungsmarke ist ein Eigenschaftsbild beim Kunden, das ein Versprechen in Form der Bereitstellung und/oder des Einsatzes von Leistungsfähigkeiten (Markierung des Dienstleistungspotentials) darstellt, im Erstellungsprozess durch die Integration eines externen Faktors eine auf nutzenstiftende Wirkungen ausgerichtete Leistung bei dem externen Faktor (Markierung von Dienstleistungsergebnissen) standardisiert in gleich bleibender Qualität sicher zustellen.“*

Diese Definition lässt Platz für die von Meffert¹⁹ vertretene Ansicht, dass es sich bei Marken um ein sozialpsychologisches Phänomen handelt. Sie fokussiert auf den Qualitätsgedanken stationärer Leistungen, welches insbesondere unter dem Aspekt der weiteren Lebensqualität des Patienten wichtig ist. Darüber hinaus fußt sie auf der Abfolge von Prozess, Ergebnis und subjektivem Eindruck, welche bei stationären Krankenhaus-

¹⁶ Vgl. Bruhn, M. (2003), S. 19

¹⁷ Vgl. Lungen, M. (2007), S. 5

¹⁸ Bruhn, M. (2003), S.180

¹⁹ Vgl. Meffert, H. (2002), S.6



leistungen vorkommt.²⁰ Dementsprechend soll diese Definition als Arbeitsgrundlage für die vorliegende Arbeit dienen.

2.2 Merkmale von Dienstleistungsmarken

Neben anderen Unterschieden lassen sich als zentrale Abgrenzungsmerkmale gegenüber Gütermarken folgende zwei Punkte herausarbeiten.²¹

1. Immaterialität: Folge der Immaterialität sind die Nichtlagerfähigkeit sowie die Nichttransportfähigkeit der Dienstleistung. Implizit folgt daraus, dass nicht in Anspruch genommene Dienstleistungskapazitäten verfallen und den damit verbundenen Kosten keine Erlöse gegenüber stehen.
2. Integration eines externen Faktors: Die Erstellung von Dienstleistungen erfolgt ausschließlich unter Mitwirkung eines außerhalb des direkten Unternehmenseinflusses liegenden externen Faktors.

Die oben genannten Charakteristika von Dienstleistungen führen zum einen zu einer Notwendigkeit der Markierung von Dienstleistungen und zum anderen zur Berücksichtigung spezifischer Probleme der Markierungspolitik von Dienstleistungen. Infolge der Immaterialität verfügen Dienstleistungen über einen überproportionalen Anteil an Erfahrung- und Vertrauenseigenschaften, da der Kunde ex ante die Qualität der Leistung nur bedingt einschätzen kann. Hierbei können Dienstleistungsmarken helfen das subjektive Kaufrisiko zu reduzieren. Hinzu kommt das durch die leichte Nachahmbarkeit und der subjektiven Austauschbarkeit eine Wettbewerbsdifferenzierung nur schwer durch die Dienstleistung selbst erreicht werden kann. Daher stellt die Dienstleistungsmarke ein wichtiges Instrument zur Differenzierung von Dienstleistungen dar.²²

²⁰ Vgl. Lungen, M. (2007), S. 6

²¹ Vgl. Meffert, H. (2002), S.265 f.

²² Vgl. Bruhn, M. (2001), S. 214

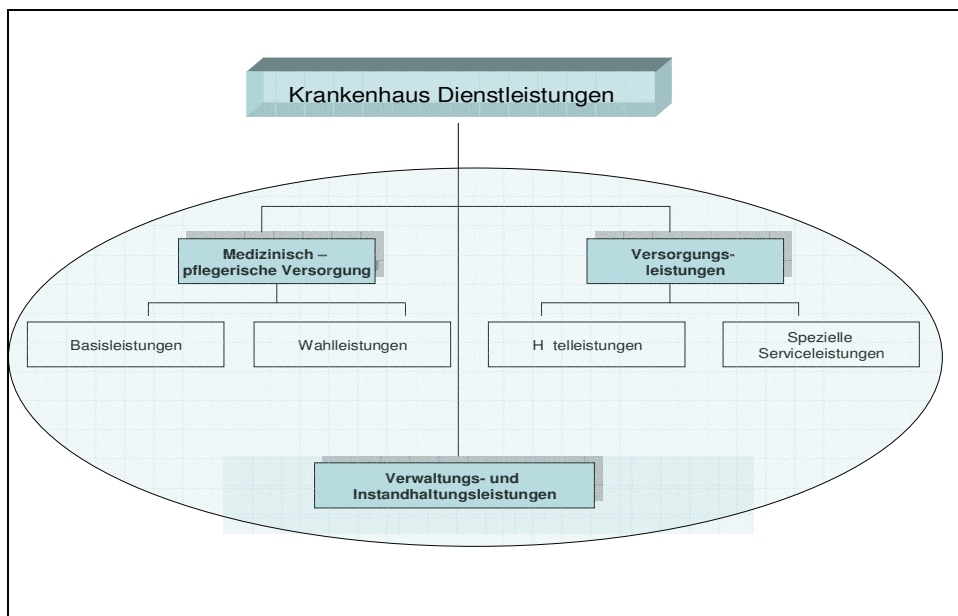


2.3 Dienstleistungen im Krankenhaus

2.3.1 Einordnung und Abgrenzung

Die im Krankenhaus vornehmlich erbrachten Dienstleistungen sind durch Immaterialität des Leistungsergebnisses, die Notwendigkeit des synchronen Kontaktes von medizinischen Leistungserbringern und Patient sowie der Bereitstellung von Ressourcen seitens des Anbieters gekennzeichnet.²³ Eine scharfe Trennung von medizinischen Dienstleistungen und Sachleistungen ist aber nur schwer möglich, da eine Reihe von Dienstleistungen im Krankenhaus unter zu Hilfenahme von Sachleistungen erbracht werden. Beispielsweise umfasst das Einsetzen einer künstlichen Hüfte neben der Dienstleistung einen Anteil von Sachleistung, ohne die die Dienstleistung keinen Nutzen stiften würde.²⁴ Dennoch ist nach der Art der betrieblichen Leistungen das Krankenhaus in die Gruppe der Dienstleistungsbetriebe einzuordnen.²⁵ Dabei kann das Dienstleistungsangebot eines Krankenhauses in die nachstehenden drei Teilbereiche gegliedert werden.

Abbildung 1: Krankenhausedienstleistungen im Überblick





Die Hauptleistungen eines Krankenhauses stellen die medizinisch-pflegerischen Leistungen dar (Primärleistungen). Ergänzt werden diese um die Leistungen in den Bereichen Unterbringung und Verpflegung sowie besondere Serviceleistungen, die den Krankenhausaufenthalt für den Patienten angenehmer gestalten sollen (Sekundärleistungen). Des Weiteren liefern die Verwaltungs- und Instandhaltungsleistungen die notwendige Infrastruktur für die Erbringung aller patientennahen Prozesse (Unterstützungsleistungen).²⁶ Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werden allerdings nicht alle Kosten für Primär- und Sekundärleistungen übernommen, so dass zwischen Basisleistungen und Wahlleistungen differenziert werden muss. Während bei den Basisleistungen alle medizinisch-pflegerisch notwendigen Leistungen und die grundsätzlich erforderliche Unterbringung sowie die Verpflegung von der GKV bezahlt werden, müssen darüber hinausgehende Wahlleistungen privat vergütet werden.²⁷

2.3.2 Merkmale medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen

Die in der Literatur diskutierten konstitutiven Dienstleistungsmerkmale potential-, prozess- oder ergebnisorientierter Definitionsansätze greifen im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen zu kurz. Einen für Krankenhausleistungen besser geeignetes Dienstleistungsverständnis publizierte Hilke²⁸, der von einem phasenbezogenen Dienstleistungsverständnis ausgeht. Dazu bündelt Hilke die drei erwähnten Definitionen zu einer einzigen, denn nur so wird in seinen Augen das Wesen einer Dienstleistung umfassend abgebildet. Für Krankenhäuser ergibt sich daraus der folgende Zusammenhang: Ausgehend von den spezifischen Fertigkeiten der Mitarbeiter sowie der grundsätzlichen Bereitschaft des Krankenhauses zur Leistungserbringung (Potentialorientierung) und das Vorhandensein eines externen Faktors als prozeßauslösendes und prozessbegleitendes Element (Prozessorientierung) ermöglichen letztendlich das Ergebnis der Dienstleistung.²⁹

²⁶ Vgl. Damkowski, W./Meyer-Pannwitt, U./Precht, C. (2000), S 295f.

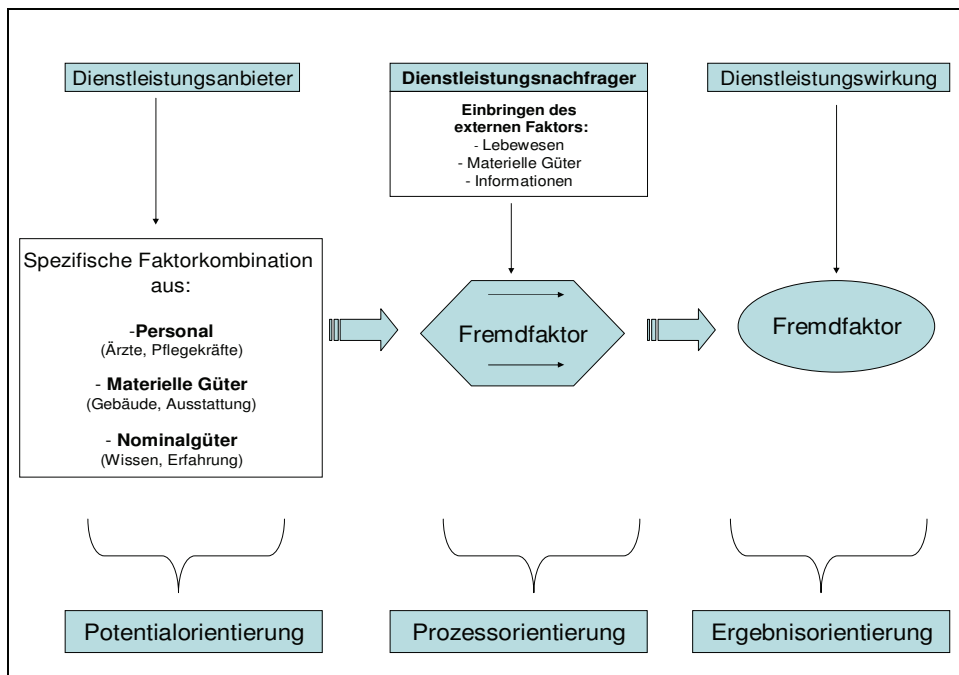
²⁷ Vgl. Tscheulin, D.K./ Helmig, B.(2000), S.211

²⁸ Vgl. Hilke, W. (1989), S. 15

²⁹ Vgl. Storcks, H. (2003), S.19



Abbildung 2: Phasenbezogener Zusammenhang von konstitutiven Krankenhausmerkmalen



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Storcks, H. (2003), S. 19

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsprozesse als originäres Leistungsangebot des Krankenhauses weisen darüber hinaus spezifische Merkmale auf, welche über die allgemeinen Merkmale von Dienstleistungen hinausgehen.³⁰

- Der medizinisch-pflegerische Versorgungsprozess im Krankenhaus ist durch heterogene Teilleistungen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Pflege gekennzeichnet und erstreckt sich im Regelfall über einen längeren Zeitraum.³¹
- Bei medizinisch-pflegerischen Leistungen handelt es sich um bilaterale personenbezogene Dienstleistungen. Nachfragerbezogene und interne Faktoren bewirken eine Individualität der Leistungserbringung. Dieses Zusammenspiel bewirkt eine unterschiedliche Dienstleistungsqualität im Krankenhaus, wodurch eine Leistungsstandardisierung und Qualitätskonstanz erschwert wird.³²
- Auf Grund der Einbringung der eigenen Person in den Leistungsprozess stellt die Inanspruchnahme einer primären Krankenhausleistung eine Ri-

³⁰ Vgl. Gorschlüter, P. (1999) S. 24

³¹ Vgl. Olandt, H. (1998), S. 12 f.

³² Vgl. Gorschlüter, P. (1998), S. 28



sikosituation für den Patienten dar.³³ Infolge des Bewusstseins über die Verletzlichkeit der eigenen Person legen Patienten einen großen Wert auf die Auswahl des Krankenhauses. Dabei wird der Konsumententscheidungsprozess neben persönlichkeitspezifischen Merkmalen von situationspezifischen Einflussfaktoren wie Indikation oder Dringlichkeit der Behandlung beeinflusst.³⁴

- Zur Erstellung und objektiven Beurteilung von primären Krankenhausleistungen ist Expertenwissen erforderlich. Dieses spezifische Wissen ist auf der Seite der Patienten nur selten vorhanden. Hieraus folgt, dass die meisten Konsumententscheidungen in einem Umfeld eingeschränkter Markttransparenz stattfinden (Informationsasymmetrie).³⁵ Somit sind ein Großteil der originären Krankenhausleistungen Vertrauensgüter.³⁶

Aus Patientensicht führen die oben genannten angebotsspezifischen Besonderheiten im Krankenhaus zu einem Konsumrisiko, welches das Risiko anderer Dienstleistungen im Extremfall um ein Vielfaches übertrifft. Um sein persönliches Konsumrisiko zu minimieren, orientiert sich der Patient an der Dienstleistungsqualität der Anbieter und versucht diese mit seinen individuellen Bedürfnissen abzugleichen.³⁷ Ob und wie der Patient diese Qualität wahrnimmt, soll im nächsten Abschnitt erörtert werden.

2.3.3 Qualitätsdimensionen medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen

Ausgehend von dem im Kapitel 2.3.2 erörterten phasenbezogenen Dienstleistungsverständnis kann dieser Prozess in drei Teilbereiche untergliedert werden. Im Allgemeinen wird zwischen den drei Dimensionen der Zusammenhang unterstellt, dass eine hohe Potentialqualität qualitativ hochwertige Prozesse ermöglichen, welche sich positiv auf die Ergebnisqualität auswirken.³⁸ Als Hauptziel soll der Gesundheitszustand des Patienten verbessert bzw. erhalten bleiben. Dieses Ziel ist ohne eine entsprechende Potential- und Prozessqualität nicht gewährleistet. Deshalb spielen auch die anderen beiden Di-

³³ Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), S.40

³⁴ Vgl. Storeks, H. (2003), S. 21

³⁵ Vgl. Güthoff, J (1995), S. 42

³⁶ Vgl. Meffert, H./ Bruhn, M (2006): S. 86

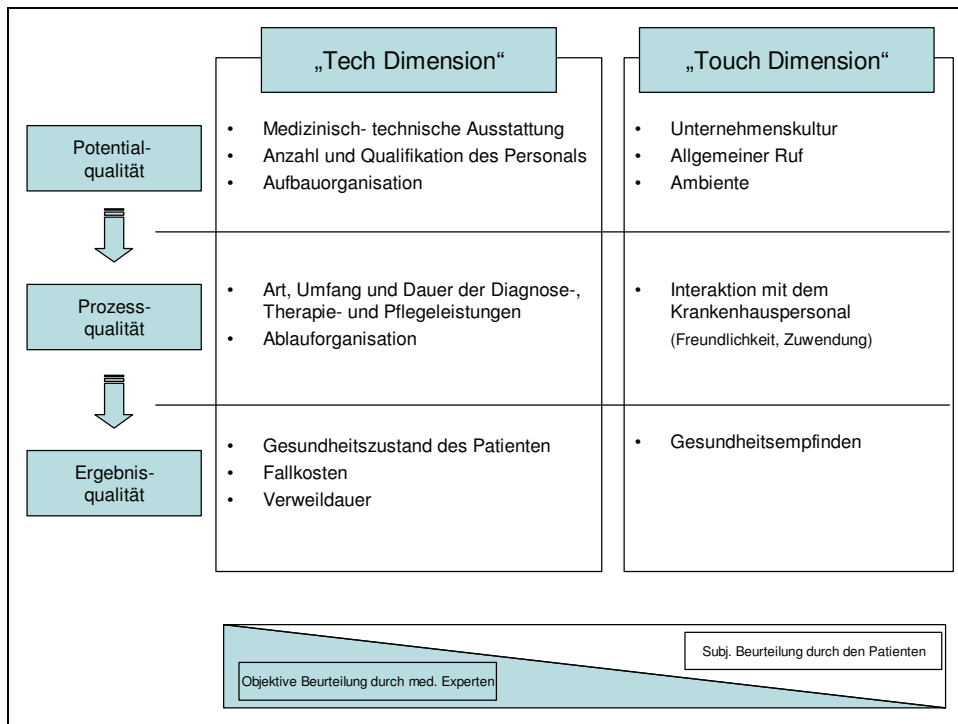
³⁷ Vgl. Bruhn, M. (1996), S. 27

³⁸ Vgl. Schlüchtermann, J. (1996), S. 252

mensionen bei der Krankenhauswahl eine große Rolle. Sie treten umso mehr in den Vordergrund, je vergleichbarer die Ergebnisqualität verschiedener Anbieter ist.³⁹

Einen anderen Versuch der Systematisierung von Dienstleistungsqualität unternimmt Grönroos.⁴⁰ Er unterscheidet zwischen einer technischen und funktionalen Dimension der Dienstleistungsqualität. Die „Tech-Dimension“ orientiert sich an ökonomischen, medizinischen und gesamtgesellschaftlichen Kriterien. Als Qualitätsmerkmale werden objektive Effektivitäts- und Effizienzmerkmale (z.B. Mortalitätsrate, Verweildauer) herangezogen. Im Gegensatz dazu betrachtet die „Touch-Dimension“ die subjektive Wahrnehmung der Leistungserstellung aus Sicht der Kunden. Der Erfüllungsgrad individueller Bedürfnisse ist hierbei der Qualitätsmaßstab und das Ergebnis eines individuen-spezifischen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesses. Als Determinanten der funktionalen Qualität fungieren die tatsächlich erfahrene Qualität sowie persönliche Vergleichsmaßstäbe der Patienten wie Erwartungen, Normen und Wünsche.⁴¹

Abbildung 3: Qualitätsdimensionen medizinisch-pflegerischer Leistungen



Quelle: Storcks, H. (2003), S. 24

³⁹ Vgl. Storcks, H. (2003), S. 23

⁴⁰ Vgl. Grönroos, C. (1984), S. 36 ff.

⁴¹ Vgl. Siefke, A. (1998), S. 67



Basierend auf dem Expertengutcharakter medizinisch-pflegerischer Leistungen lässt sich die „Tech-Dimension“ in vielen Fällen nur mittels medizinischer Experten objektiv beurteilen.⁴² Daher wird die Qualitätswahrnehmung der Patienten nur zum Teil bzw. überhaupt nicht auf den technisch-objektiven Qualitätsdimensionen fußen. Vielmehr dient das subjektiv erlebte Dienstleistungsangebot als Beurteilungsgrundlage der Dienstleistungsqualität. Hieraus ergibt sich die Diskrepanz, dass Patienten ein Krankenhaus auf Grund medizinisch-pflegerischer „Tech-Dimensionen“ aufsuchen, ihre subjektive Einschätzung der Qualität sich jedoch überwiegend an den „Touch-Dimensionen“ der Dienstleistungen sowie weiteren so genannten Surrogatparametern orientiert. Solche Surrogate können verschiedene „Tech“- und „Touch“- Dimensionen der sekundären und indirekten Krankenhausleistungen sein, wie Freundlichkeit des Personals oder Sauberkeit.⁴³ Somit spielen für die Imagebildung eines Krankenhauses die sekundären Krankenhausleistungen eine größere Rolle als die Primären.⁴⁴ Daraus konstituiert sich folgendes Dilemma: Einerseits soll ein Krankenhaus konkurrenzfähige und funktionale Qualität erbringen, um so den Anforderungen externer medizinischer Leistungserbringer und gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen. Andererseits sollen die Präferenzen und Erwartungen der Endkonsumenten erfüllt werden. Bedingt durch den Expertengutcharakter der primären Krankenhausleistungen, ist dies jedoch nur eingeschränkt möglich. Die gezielte Abkopplung von den Patientenerwartungen kann zu einer Divergenz von objektiv geleisteter und wahrgenommener Qualität führen. Das Bestreben des Krankenhausmanagements muss es zukünftig sein, die Erwartungen der Patienten stärker zu berücksichtigen und die eigene Dienstleistungsqualität nach außen zu kommunizieren.⁴⁵

2.4 Krankenhausmarke

Unter dem Begriff Krankenhausmarke werden sämtliche Marken zusammengefasst, die sich im weitesten Sinne auf das Wirtschaftssubjekt Krankenhaus beziehen.⁴⁶ Ausgehend von den grundlegenden Markenstrategien können für den Krankenhausbereich Einzel-,

⁴² Vgl. Gorschlüter, P. (1999), S.33

⁴³ Vgl. Schlüchtermann, J (1996), S. 253

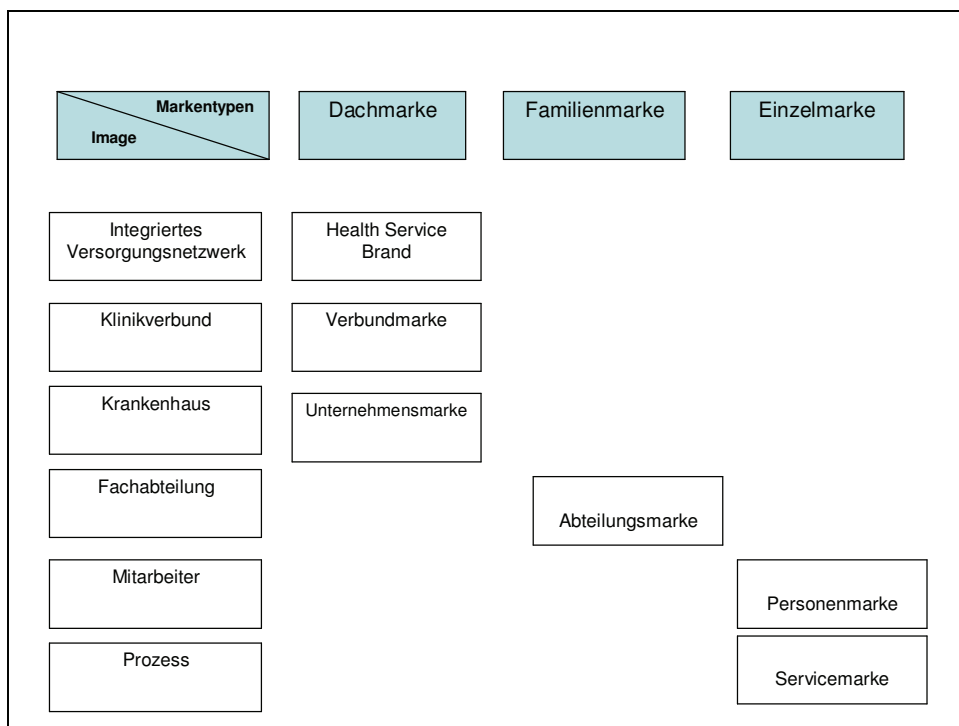
⁴⁴ Vgl. Meffert, H. (1998), S. 113

⁴⁵ Vgl. Thill, K.-D. (1999), 1 ff.

⁴⁶ Vgl. Storcks, H (2003), S. 76

Familien- sowie Dachmarken identifiziert werden.⁴⁷ Integrierte Versorgungssysteme, Krankenhausverbünde und Krankenhäuser sind den Dachmarken zuzuordnen. Die Abteilungsmarke gehört zu der Familienmarke und die Personen- sowie Servicemarke zu den Einzelmarken.⁴⁸ Alle Marken im Kontext mit dem Krankenhaus sind mit einem eigenständigen Image versehen, welches sich positiv oder negativ auf das jeweilige Krankenhaus auswirken kann.⁴⁹ Die folgende Abbildung gibt einen Überblick bezüglich den von Patienten mit Krankenhausmarken verbundenen Images.

Abbildung 4: Images und Markentypen von Krankenhausmarken



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Safi, S. (2007), S. 15

2.4.1 Krankenhausdachmarke

Grundsätzlich werden bei einer Dachmarkenstrategie alle Dienstleistungen eines Unternehmens unter einer einheitlichen Marke geführt. Im Vordergrund der Profilierungsmaßnahmen steht das Unternehmen und dessen Kompetenz.⁵⁰ In einem Integrierten Ver-

⁴⁷ Vgl. Becker, J. (2005), S.385

⁴⁸ Vgl. Safi, S. (2007), S. 15

⁴⁹ Vgl. Storcks, H. (2003), S. 120

⁵⁰ Vgl. Becker, J. (2005), S. 391



sorgungssystem gilt dies für ein ganzes Netzwerk von Dienstleistungen und Dienstleistungsanbietern. Das Wesen der Krankenhausverbundmarke ist dadurch gekennzeichnet, dass für eine bestimmte Gruppe von Krankenhäusern eine einheitliche Marke gewählt und umgesetzt wird. Häufig werden die Krankenhäuser unter gemeinsamer Trägerschaft geführt und profilieren sich nicht mehr als individuelle Anbieter am Markt. Hierbei ist es das Ziele der Markenführung die allgemeinen Merkmale und das Nutzenversprechen des Verbundes herauszustellen. Werden alle Leistungen bzw. Produkte unter einer einzigen Marke erbracht, so spricht man von einer Krankenhausunternehmensmarke.⁵¹

2.4.2 Krankenhausfamilienmarke

Prinzipiell allen Familienmarkenstrategien ist gemein, dass die angebotenen Produkte vom aufgebauten bzw. weiterentwickelten Markenimage profitieren.⁵² Somit wird bei einer Krankenhausabteilungsmarke für mehrere Produkte, Produktgruppen oder Leistungsgruppen eine einheitliche Marke gewählt und genutzt. Innerhalb eines Krankenhauses können in diesem Zusammenhang verschiedene Familienmarken selbständig nebeneinander geführt werden. Organisatorisch abgegrenzte Fachabteilungen wie Chirurgie oder Neurologie treten in diesem Zusammenhang als strategische Geschäftseinheiten auf. Dabei beziehen sich Familienmarken fast ausschließlich auf das Leistungsspektrum einer solchen SGE.⁵³

2.4.3 Krankenhauseinzelmarke

Ziel der Einzelmarkenstrategie ist es für die einzelnen Leistungen eines Anbieters jeweils eigene Marken zu schaffen und im Markt durchzusetzen. Hierbei lautet das Prinzip, eine Marke = ein Versprechen = ein Dienstleistungsversprechen.⁵⁴ Die Servicemarke im Krankenhaus ist dadurch gekennzeichnet, dass für einzelne Dienstleistungen eine bestimmte Produktmarke verwendet wird. So werden zum Beispiel einzelne Operationstechniken als Marke etabliert und dienen als Differenzierungsmerkmal gegenüber Mitbewerbern. Wird für einzelne Personen ein spezielles Identitäts- und Imagemanagement

⁵¹ Vgl. Safi, S. (2007), S. 16

⁵² Vgl. Esch, F.-R. (2004), S. 268

⁵³ Vgl. Storcks, H. (2003), S. 121

⁵⁴ Vgl. Esch, F. R. (2004), S. 266



betrieben, handelt es sich um das Grundprinzip der Personenmarke. Sowohl Führungskräfte wie Chefärzte als auch andere führende Krankenhausmitarbeiter können als Personenmarke aufgebaut werden.⁵⁵

2.5 Funktionen einer Krankenhausmarke

Im Dienstleistungsmanagement erfüllt die Marke sowohl für den Anbieter als auch für den Nachfrager zahlreiche Funktionen. Unter den Funktionen der Marke werden ihre grundsätzlichen Aufgaben verstanden, mit denen gewisse Wirkungen erzielt werden sollen, die bei Anbieter, Vermittler und Nachfrager einen Nutzen stiften.⁵⁶ Im Folgenden wird zuerst auf die Funktionen der Marke für den Patienten eingegangen. Anschließend sollen die Funktionen der Marke aus Sicht des Krankenhauses skizziert werden. Nur kurz soll an dieser Stelle auf die Markenfunktion für die Vermittler von stationären Dienstleistungen (z.B. Krankenkassen, niedergelassene Ärzte) Bezug genommen werden.

Aus verhaltenstheoretischer Sicht dient eine Dienstleistungsmarke als Orientierungshilfe, da sie eine rasche Identifikation der gewünschten Dienstleistung ermöglicht. Über die Wahrnehmung einer Marke und die sich direkt anschließende Aktivierung des zugehörigen Markenimages wird die Bewertung und Entscheidungsfindung erleichtert. Marken bündeln in der Vorstellung des Patienten eine Vielzahl von Informationen und tragen so zur Komplexreduktion bei.⁵⁷ Dementsprechend übernimmt eine Marke für den Konsumenten eine Orientierungs- und Informationsfunktion.⁵⁸ Gleichzeitig lässt sich konstatieren, dass Marken die Transaktionskosten verringern, welche sich aus Such- und Informationskosten zusammensetzen. Somit sind Marken in der Summe aus Preis und Transaktionskosten günstiger als nicht- markierte Dienstleistungen.⁵⁹ Durch ihre Bekanntheit, Kompetenz und Identität wird Marken Vertrauen entgegen gebracht, da sie als Sinnbild für Leistungsqualität dienen und so zu einer Minderung des vom Patienten subjektiv wahrgenommenen Risikos beitragen.⁶⁰ Dieser Funktion wird in der Literatur große Relevanz zugesprochen. Im Besonderen weisen medizinische Dienstleistungen

⁵⁵ Vgl. Storcks, H. (2003), S. 124f.

⁵⁶ Vgl. Koppelman, U. (2004), S. 375

⁵⁷ Vgl. Esch, F.-R. (2004), S. 24

⁵⁸ Vgl. Koppelman, U. (2004), S. 378

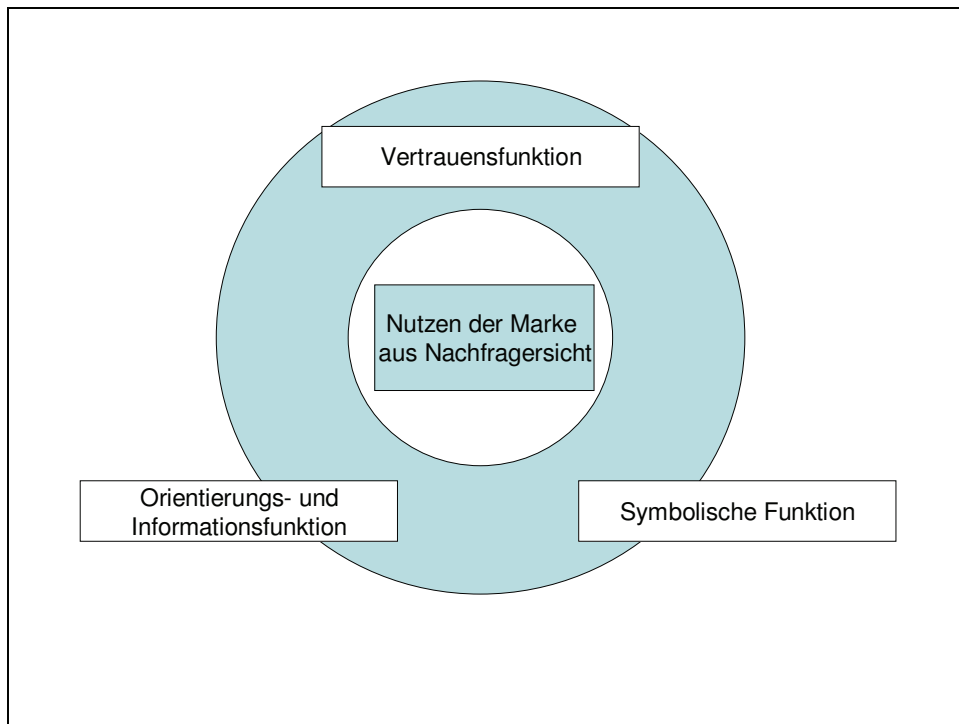
⁵⁹ Vgl. Burmann, C./Meffert, H./Koers, M (2005), S. 11

⁶⁰ Vgl. Keller, K.L. (2003), S. 10



einen enorm hohen Anteil an Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften gegenüber anderen Sachgütern oder Dienstleistungen auf. Des Weiteren wird der Marke eine symbolische Funktion zugeschrieben, da sie für wichtige Motivatoren des Nachfragerverhaltens steht. Eine Marke stiftet beim Kunden u. a. einen Zusatznutzen in Form eines ideellen Wertes.⁶¹ Marken und ihr positives Images werden von Konsumenten zur Abgrenzung nach außen und zur Profilierung der eigenen Persönlichkeit genutzt (Prestigefunktion). Hierbei kann die Marke auch eine identitätsstiftende Wirkung haben, indem der Nachfrager durch die Übertragung von Attributen auf sich selbst sein Eigenbild im sozialen Umfeld gestalten will (Bsp. Schönheitsoperationen).

Abbildung 5: Funktionen einer Marke aus Nachfragersicht



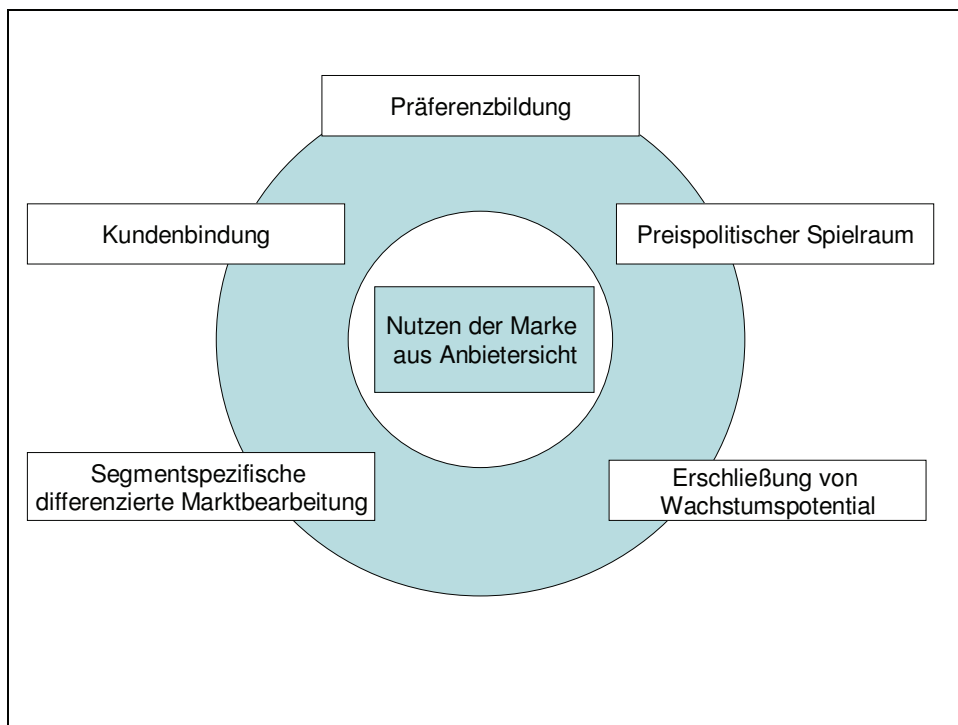
Quelle: Burmann, C./Meffert, H./Koers, M. (2005), S. 11

Aus diesem nachfragerseitigen Nutzen ergeben sich zahlreiche Chancen für die Krankenhäuser. Für Anbieter dient die Marke einerseits zur Präferenzbildung bei den Anspruchsgruppen über den Aufbau einer hohen Markenbekanntheit und eines unverwechselbaren Markenimages. Andererseits kann die Marke als Differenzierung von Wettbe-

⁶¹ Vgl. Fischer/Meffert/Perrey (2004), S. 339

werben eingesetzt werden.⁶² Ziel ist es, eine hohe Kundenbindung zu erreichen, die wiederum die Volatilität der Absatzentwicklung des Krankenhauses reduziert und eine höhere Sicherheit garantiert. Infolge der Risikoreduktion kann das Krankenhaus über niedrige Zinssätze bei der Diskontierung zukünftiger Zahlungsüberschüsse eine Unternehmenswertsteigerung erreichen. Investitionen in die Markenführung können ein Krankenhaus in die Lage versetzen, einen höheren Preis für bestimmte (Zusatz-) Leistungen als die Konkurrenz zu verlangen, wodurch weitere Gewinne möglich sind.⁶³ Dieser preispolitische Spielraum kann wiederum in einer Wertsteigerung des Krankenhauses münden. Eine professionelle Markenführung ermöglicht eine differenzierte Bearbeitung mehrerer Marktsegmente, indem einzelne Bereiche mit zielgruppenspezifischen Marken bedient werden. Starke Marken sind zudem mittels Markendehnung oder Lizenzierungen als Plattform für neue Dienstleistungen verwendbar. Auf diese Weise lassen sich durch Markenpolitik attraktive Wachstumspotentiale erschließen.⁶⁴

Abbildung 6: Funktionen der Marke aus Anbietersicht



Quelle: Burmann, C./Meffert, H./Koers, M. (2005), S. 11

⁶² Vgl. Esch, F.-R./Wicke, A./Rempel, J.E. (2005), S. 12

⁶³ Vgl. Burmann, C./Meffert, H./Koers, M (2005), S. 13

⁶⁴ Vgl. Esch, F.-R./Wicke, A./Rempel, J.E. (2005), S. 12



Dienstleistungsmarke Krankenhaus

Die aufgezeigten Funktionen der Marke verdeutlichen ihre Vorteilhaftigkeit in der wechselseitigen Beziehung zwischen Anbieter und Nachfrager. Voraussetzung für die Realisierung der Funktionen ist jedoch ein professionelles Management der Dienstleistungsmarke Krankenhaus.



3 Markenführung im Krankenhaus

3.1 Konzept der Markenführung

Ebenso wie die Definition der Marke ist auch der Begriff der Markenführung einem Wandel unterworfen. Die formale Sichtweise beschränkt sich nach Bruhn auf die Analyse des Einsatzes von Markenzeichen. Demgegenüber beschäftigt sich die ergebnisbezogene Sichtweise mit dem Aufbau und der Pflege von Leistungen als Marke. Bruhn hat die beiden beschriebenen Ansichten in der folgenden Definition zusammengeführt. Demnach umfasst Markenpolitik „[...] sämtliche kurz- und langfristig orientierten Entscheidungen und Maßnahmen der markenführenden Institution (z.B. [...] Dienstleister [...]) die darauf abzielen, markenpolitische Ziele zu erreichen.“⁶⁵ Dabei bedeutet Markenbildung, dass für den Abnehmer ursprünglich homogen erscheinende Produkte eines Marktes heterogenisiert und somit für den Abnehmer unterscheidbar werden. Im Zuge der Unterscheidbarkeit ist der Abnehmer nun in der Lage den jeweiligen Zusatznutzen zu erkennen.⁶⁶ Für Kießling⁶⁷ ist Markenbildung eine Marketingstrategie, die den Aufbau und die Entwicklung von Marken beinhaltet. Am Beispiel der Krankenhauswahl nach v. Eiff⁶⁸ werden die wesentlichen Einflussfaktoren des Kreislaufs der Markenbildung aufgezeigt. Demzufolge entsteht Markenstatus, wenn erlebte Qualität im Sozialkontakt zu aktiver Weiterempfehlung führt und diese sowohl bei der empfehlenden Person als auch bei der Dritten eine vermutete medizinische Qualität bewirkt. Wird dieses Markenversprechen befriedigt, kann Markenvertrauen aufgebaut werden. Markenvertrauen wiederum ist die Basis für Markentreue und Patientenbindung.⁶⁹

⁶⁵ Bruhn, M. (2003), S. 181

⁶⁶ Vgl. Meffert, H. (2002), S. 7

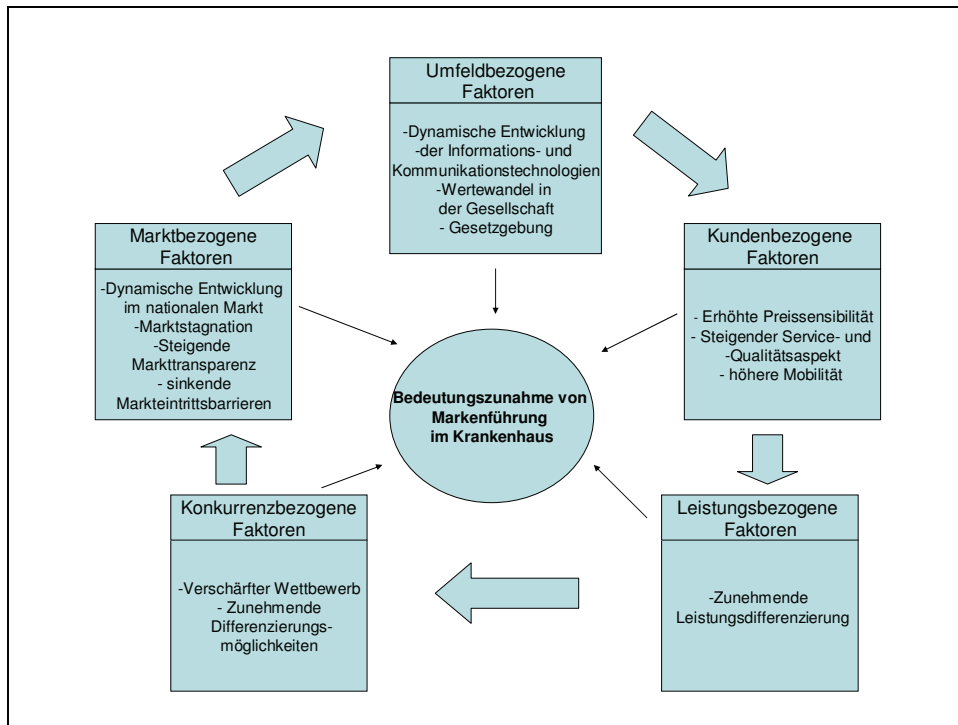
⁶⁷ Vgl. Kießling, G. (1990), S. 328

⁶⁸ Vgl. v. Eiff, W. (2003), S. 31

⁶⁹ Vgl. Burmann, C./Zeplin, S. (2005a), S. 116



Abbildung 7: Faktoren für die Bedeutungszunahme der Markenführung im Krankenhaus



Quelle. Eigene Darstellung, in Anlehnung an Meffert, H./Bruhn, M. (2006), S. 6

3.1.1 Ziele der Markenbildung im Krankenhaus

In einem Umfeld mit hoher gesetzlicher Regelungsdichte, einer hohen gesellschaftlichen Sensibilität bezüglich qualitativer Misserfolge und weitreichender Mitspracherechte der Krankenkassen sind die Handlungsoptionen der Krankenhäuser sehr begrenzt.⁷⁰ Markenpolitik bedeutet in diesem schwierigen Umfeld eine Option zur Stärkung der Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Krankenhäusern, niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenkassen zu nutzen. Neben der Ausrichtung der Markenpolitik auf ein höheres Patientenvertrauen und ein positives Image müssen vor allem folgende drei Punkte die Ziele des Managements ein.⁷¹

Erhaltung des Standortes

Die Anzahl der Krankenhäuser nimmt in den letzten Jahren kontinuierlich ab. Infolge einer im internationalen Vergleich immer noch zu hohen durchschnittlichen Verweildauer, dem derzeitigen politischen Willen und anderer Faktoren wird dieser Trend auch

⁷⁰ Vgl. Marshall, M.N. et al. (2000), S. 1870f.

⁷¹ Vgl. Lungen, M. (2007), S. 9 f.



in den nächsten Jahren anhalten. Erstaunlich ist die Tatsache, dass die Entscheidung über eine Schließung oder Zusammenlegung eines Krankenhauses nur teilweise an ökonomischen Kennzahlen oder Versorgungsdichten festgemacht wird. Vielmehr scheinen weiche Faktoren, und somit von der Markenpolitik beeinflussbare Segmente, eine entscheidende Rolle über den Fortbestand des Krankenhauses oder Fachabteilungen zu spielen.

Sicherung der Erlöse

An dieser Stelle sind die Möglichkeiten der Krankenhäuser beschränkt. Im System der GKV verhandeln die Krankenhäuser mit den Krankenkassen jedes Jahr ein Budget, innerhalb dessen die Mengen und Preise fixiert sind. Eine eigenmächtige Fallzahlsteigerung des Krankenhauses über das vereinbarte Maß hinaus, führt zu massiven Rückforderungen im darauf folgenden Jahr. Auch der Versuch höhere Preise für die erbrachten Leistungen zu erzielen, scheitert an der kalkulatorischen Allokation des Gesamtbudgets, welches seit dem Jahr 2007 landesweit einheitlich festgelegt wird. Daraus folgt, dass Zielsetzungen der Markenpolitik aus anderen Dienstleistungsbereichen nur bedingt auf den Krankenhaussektor übertragbar sind. Eine Markendienstleistung kann demnach nur indirekt seine Wirkung entfalten, als das die Patienten von ihrem Recht der freien Wahl des Krankenhauses Gebrauch machen. Eine etwas andere Rolle nehmen die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ein. Ähnlich wie bei den niedergelassenen Ärzten könnten der Preis und die Qualität des IGeL-Angebotes zu einem Wettbewerbsmittel auch zwischen den Krankenhäusern werden. Zudem ergeben sich über die §§ 108 und 140 SGB V zahlreiche Ansätze für einen Wettbewerb (Stichwort Direktverträge) zwischen den Krankenhäusern und so auch Profilierungschancen für das einzelne Krankenhaus.⁷²

Patientenbindung

Weder für das Krankenhaus noch für den Patienten ist eine häufige und intensive Nutzung von Krankenhausleistungen zielführend. Indikatoren der Patientenbindung bei Dienstleistungen, wie sie beispielsweise Aaker⁷³ postuliert, sind auf den Krankenhaussektor nur modifiziert übertragbar. Demnach bedeutet Patientenbindung im Kranken-

⁷² Vgl. Bruckenberger, E./Klaue, S. Schwintowski, H.-P. (2006), S 11

⁷³ Vgl. Aaker, D.A. (1992), S. 61 ff.



haus auf Seiten des Patienten Präferenzen zu schaffen, die ihn im medizinisch indizierten Bedarfsfall zu einem Aufenthalt im Eigenen bewegen. Unabhängig vom eigenen Bedarfsfall fungiert der anbietertreue Patient als positiver Multiplikator und damit als (unentgeltlicher) Werbeträger des Krankenhauses.⁷⁴

3.1.2 Zielgruppen der Markenbildung

Für die Markenpolitik im Krankenhaus ist es wichtig zu wissen, wer die Zielgruppen des Krankenhauses sind und welche Bedeutung sie haben. Nur so kann eine zielgruppenspezifische Ansprache erfolgen.⁷⁵ Grundsätzlich wird die Funktion der Nachfrage nach Krankenhausleitungen im deutschen Gesundheitswesen durch verschiedene Personen und Institutionen wahrgenommen.⁷⁶ Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Veranlassung, dem Verbrauch und der Finanzierung der in Anspruch genommenen Leistungen ist nicht gegeben.⁷⁷

Im Regelfall fungiert der Patient als Initiator einer medizinischen Behandlung indem er einen Arzt aufsucht. Anschließend entscheidet in erster Linie der behandelnde (Krankenhaus-) Arzt über Art und Umfang der zu erbringenden medizinisch-pflegerischen Leistungen. Da die Patienten normalerweise vom niedergelassenen Arzt in ein Krankenhaus überwiesen werden, nimmt dieser eine Schlüsselfunktion bei der Krankenhauswahl des Patienten ein. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen von der Solidargemeinschaft übernommen.⁷⁸ Dazu schließen die Krankenkassen mit den Krankenhäusern Versorgungsaufträge ab, die sie verpflichten die im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erbrachten Leistungen zu vergüten. Gleichzeitig sind die Krankenkassen die Interessenvertreter der Versichertengemeinschaft und fordern vom Krankenhaus eine qualitativ hochwertige Versorgung zu vertretbaren Beitragssätzen.⁷⁹

⁷⁴ Vgl. Storcks, H. (2003), S. 45

⁷⁵ Vgl. Lungen, M. (2007), S. 12

⁷⁶ Vgl. Haubrock, M./Peters, S.H.F./Schär, W. (1997), S. 60

⁷⁷ Vgl. Eichhorn, S. (1997), S. 131 ff.

⁷⁸ Vgl. Haubrock, M. et al. (1997), S. 44

⁷⁹ Vgl. Ziegenbein, R. (2001), S. 80



Patient

Zentrales Untersuchungsobjekt dieser Arbeit ist der Patient und seine Krankenhauswahl. Allerdings verfügt nur ein sehr kleiner Teil von ihnen über eine tatsächlich vorhandene Entscheidungsautonomie. Doch anhand welcher Kriterien soll ein Patient seine Auswahl treffen? Derzeit existieren in Deutschland keine aussagefähigen und repräsentativen Qualitätsdaten, die für Laien verständlich sind. Abzüglich der Notfälle im Krankenhaus werden jedes Jahr ca. 12 Millionen geplante stationäre Fälle im Krankenhaus aufgenommen. Doch nur ca. 1,5 Millionen von ihnen sind als informierte, aufgeklärte und souveräne Patienten in der Lage im Angebot der Krankenhäuser nach wettbewerblichen Spielräumen zu suchen.⁸⁰ Der Rest vertraut hauptsächlich den Empfehlungen des Vertragsarztes. Dabei hat auch der gesetzlich versicherte Patient weitgehend die freie Wahl unter den im Landesplan zugelassenen Krankenhäusern.⁸¹ Infolge des gestiegenen Bildungsstandes der Bevölkerung, neuer Informationsquellen und einem erhöhten Anspruchsdenken findet ein Wandel im Bewusstsein der Bevölkerung statt. Zunehmend sehen sich die Patienten als Kunden eines Krankenhauses. Die subjektive Wahrnehmung der Versicherten hat große Bedeutung bezüglich ihrer Präferenzen bei der Krankenhauswahl. Demzufolge muss es das Ziel der Markenpolitik sein, eine aktive Beeinflussung der Auswahlentscheidung zugunsten des eigenen Angebots vorzunehmen.⁸² Eine wesentliche Aufgabe der Markenpolitik ist hierbei in der Komplexreduktion der Informationen, zur Vermeidung von Überforderung der Patienten, zu sehen.

Einweisende Ärzte

Niedergelassene Ärzte genießen in mehreren Studien bei Patienten eine sehr wichtige Funktion als vertrauenswürdige Quelle für die Krankenhauswahl. Für das Krankenhaus ergibt sich daraus, dass Markenpolitik sich explizit an einweisende Ärzte richten muss. Eine denkbare Situation wäre, dass der Arzt eine Empfehlung über ein Krankenhaus abgeben muss, jedoch keine weitere Kenntnis über die erwartbare Qualität der umliegenden Krankenhäuser hat. Verweigert der Arzt eine Empfehlung, könnte er als inkompetent gelten und falls er ein ungeeignetes Krankenhaus empfiehlt, hat er den Patienten möglicherweise an einen Kollegen verloren. Der Arzt benötigt also die Gewissheit, dass

⁸⁰ Vgl. Bruckenberger, E./Klaue, S. Schwintowski, H.-P. (2006), S 11

⁸¹ Vgl. Lungen, M. (2007) S. 13

⁸² Vgl. Haubrock, M./Meiners, N./Albers, F. (1998), S. 1 ff.



seine Empfehlung für ein Krankenhaus auch mit der Rückkehr des Patienten verbunden ist. An dieser Stelle können Markendienstleistungen dem Arzt emotionale Sicherheit vermitteln. In einer amerikanischen Studie konnte nachgewiesen werden, dass 87 % der befragten Ärzte die Frage verneinten, ob vorwiegend die Ergebnisse der Qualitätsmessungen im Krankenhaus das Kriterium für eine ausgesprochene Empfehlung waren. Demnach muss Markenpolitik über Qualitätsnachweise hinausgehende Anstrengungen zur Etablierung von Dienstleistungsmarken unternehmen.⁸³

Krankenkassen

Seit 1996 dürfen Versicherte mit einer Sperrfrist von 18 Monaten die Krankenkasse wechseln. Dadurch sind die Krankenkassen erstmals gezwungen worden, sich um ihre Versicherten aktiv zu bemühen. Im Hinblick auf die eigene Positionierung stellt das gemeinsame, kollektive Aushandeln von Krankenhausverträgen ein Dilemma dar. Eine selektive Vertragsgestaltung mit speziellen Konditionen für die eigenen Versicherten, wie sie momentan von der AOK und der TK gefordert wird, ist derzeit nur sehr begrenzt möglich. Lediglich die grundlegende Neuordnung der Verträge zur Integrierten Versorgung (§ 140 a-d SGB V) bietet die Möglichkeit für Krankenkassen mit Krankenhäusern flexible Vereinbarungen hinsichtlich Preis, Menge und Qualität zu treffen. Zusammenfassend ergibt sich für Markenpolitik die Aufgabe gegenüber einer Krankenkasse attraktive Komplexleistungen in vertraglicher Form zu begünstigen und vorteilhafte Mengenkontingente bei den Kollektivverträgen mit den Krankenkassenverbänden auszuhandeln. Des Weiteren gibt es noch eine Vielzahl von Interaktionspartnern mit denen ein Krankenhaus in Austauschbeziehungen steht. Beispielsweise vertreten die Steuerungsinstanzen Politik und Gesundheitsbehörden die Interessen gegenüber der Institution Krankenhaus.⁸⁴ Während die Krankenkassen für die Kosten des laufenden Betriebs aufkommen, erfolgt auf Landesebene die Steuerung und Finanzierung der von den Krankenhäusern getätigten Sachinvestitionen.⁸⁵ Außerdem sind die entsprechenden Landesbehörden für die Gewährleistung einer regional bedarfsgerechten Versorgungsdichte verantwortlich.

⁸³ Vgl. Lungen, M. (2007), S. 14 f.

⁸⁴ Vgl. Holzmüller, H.H./Scharitzer, D. (1996), S.351

⁸⁵ Vgl. § 6 Abs. 1 KHEntgG



Innerhalb des Patientenversorgungsprozesses übernehmen zahlreiche externe Leistungserbringer operative Aufgaben. Andere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialstationen erbringen für das Krankenhaus notwendige Folge- und Ergänzungsleistungen. Hinzu kommen sämtliche weitere Wertschöpfungspartner des Krankenhauses wie Hersteller, Händler und sonstige Dienstleister, ohne die eine Gesundung des Patienten nur schwer möglich wäre.

Natürlich gehören auch Angehörige und Besucher zur Zielgruppe der Markenpolitik. Nicht nur das sie direkte Kunden des Krankenhauses auf Grund des Konsums von Versorgungsleistungen (z.B. Unterbringung) und/oder primären Krankenhausleistungen (z.B. Schulung) sind, sie nehmen auch die Rolle eines Beobachters ein. In dieser Rolle sammeln die Angehörigen/Besucher unterschiedliche Eindrücke in Bezug auf die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses. Daraus entwickelt sich eine bestimmte Einstellung gegenüber dem Krankenhaus, die bei der eigenen Krankenhauswahl eine entscheidende Rolle spielt. Zudem tritt diese Gruppe insofern als Multiplikator auf, als das sie die subjektiv wahrgenommen Eindrücke in verschiedensten Gesprächen nach außen kommuniziert.⁸⁶

Die Mitarbeiter eines Krankenhauses bestimmen im hohen Maße die objektive und subjektive Dienstleistungsqualität eines Krankenhauses. Bereits heute konkurrieren die Krankenhäuser um gut ausgebildetes und motiviertes Personal. In Zukunft wird sich das Problem geeignetes Personal zu finden noch verschärfen.⁸⁷ Deshalb muss Markenpolitik im Krankenhaus zukünftig auch die aktuellen zukünftigen Mitarbeiter mit einbeziehen. Im Ergebnis ist das Management eines Krankenhauses mit sehr unterschiedlichen Austauschbeziehungen konfrontiert. Im Hinblick auf die Ziele des Krankenhauses müssen die Beziehungen so gestaltet werden, dass effektive und effiziente Transaktionen zwischen der eigenen Organisation und den Anspruchsgruppen zustande kommen.⁸⁸

⁸⁶ Vgl. Thill, K.-D. (1999), S. 7

⁸⁷ Vgl. Reif, M (2001), S. 571 ff.

⁸⁸ Vgl. Storcks, H. (2003), S. 29



3.2 Einfluss der Markenführung auf die Krankenhauswahl des Patienten

3.2.1 Entscheidungsphasen der Krankenhauswahl

Im Hinblick auf die Krankenhauswahl kann der zu Grunde liegende Entscheidungsprozess in die Phasen der Anregung, Suche, Bewertung, Auswahl sowie Reflexion unterteilt werden.⁸⁹

Beginnend mit der Anregungsphase wird zunächst durch den Patienten und/oder Dritte der Bedarf und der Umfang von medizinisch-pflegerischer Leistung festgestellt. Am Ende dieser Stufe steht die Zielformulierung des Patienten ein für seine persönlichen Bedürfnisse optimal passendes Krankenhaus zu finden.⁹⁰ Der zunächst identifizierte Bedarf mündet demnach in einer konkreten Absicht der Leistungsanspruchnahme.

Im Anschluss beginnt der Patient mit der Suche nach geeigneten Informationen. Dabei können die dem Patienten zur Verfügung stehenden Informationen sowohl hinsichtlich der Informationsübermittlung als auch des Absenders variieren. In Absprache mit anderen Meinungsführern (in der Regel der niedergelassene Arzt) stellt der Patient zum Ende dieser Phase eine Liste von möglichen Krankenhäusern zusammen (Evoked-Set), die grundsätzlich für die Leistungserbringung in Betracht kommen.⁹¹ Anhand einer Reihe von individuell festgelegten Kriterien findet im Rahmen der Bewertungs- und Auswahlphase eine Bewertung der Alternativen statt. Am Ende der Prozessstufe entscheidet sich der Patient für das auf seine Bedürfnisse am besten abgestimmte Leistungsangebot.⁹²

Hat der Patient sich für ein bestimmtes Krankenhaus entschieden, beginnt er zeitgleich mit der Aufnahme im Krankenhaus mit einem Soll-Ist Vergleich. Er reflektiert also, ob eine Befriedigung seiner spezifischen Bedürfnisse und Erwartungen erfolgt. Der Patient wird dann zufrieden sein, wenn der Ist-Zustand im Krankenhaus mit seinen determinierten Soll-Zuständen übereinstimmt bzw. noch übertroffen werden. Das vom Patienten Erlebte wird von ihm als krankenhausspezifisches Wissen abgespeichert. Dieses Wissen

⁸⁹ Vgl. Kroeber-Riel, W./Weinberg, P. (1996), S. 363 ff.

⁹⁰ Vgl. v. Friesen, A. /Weismann, T. (2001), S. 468

⁹¹ Vgl. Meffert, H. /Bruhn, M. (2006), S. 122

⁹² Vgl. Meffert, H./Steffenhagen, H./Freter, H.. (1979), S. 31



hätte bei einem erneuten (planbaren Krankenhausaufenthalt) erheblichen Einfluss auf den Auswahlprozess des Krankenhauses.⁹³

Demnach können Patienten in zwei Teilgruppen untergliedert werden. Auf der einen Seite gibt es die neuen (potentielle) Patienten, die bei ihrer Krankenhauswahl größtenteils auf externe Informationsquellen zurückgreifen müssen. Auf der anderen Seite gibt es die ehemaligen Patienten, welche ihre bisherigen Erfahrungen und Erlebnisse in den Entscheidungsprozess mit einfließen lassen können.⁹⁴

3.2.2 Allgemeine Entscheidungskriterien der Krankenhauswahl

Anhand der bisherigen Ausführungen konnte dargelegt werden, dass der Krankenhauswahl bestimmte Bewertungsprozesse vorausgehen. Als bedeutendster Einflussfaktor der zu treffenden Krankenauswahl kristallisierte sich hierbei die vom Patienten subjektiv wahrgenommene bzw. vermutete Qualität der vom Krankenhaus erbrachten Dienstleistungen heraus. Wie in Kapitel 2.3.3 angeführt, sind der subjektive Qualitätseindruck und das individuelle Krankenhausimage als identische Konstrukte anzusehen, da beide auf verschiedenen „Tech“ und „Touch“ Dimensionen der primären, sekundären und indirekten Dienstleistungen des Krankenhauses fußen.

Vor diesem Hintergrund ist es denkbar, dass die Krankenhauswahl des Patienten auf ähnlichen Dimensionen beruht wie die Entstehung seines Krankenhausimages oder seines anbieterbezogenen Qualitätseindrucks. Diese Vermutung konnte in zahlreichen vorwiegend amerikanischen Studien nachgewiesen werden.⁹⁵ Die in dem Zusammenhang als relevant identifizierten Kriterien zeigt die nachstehende Grafik.

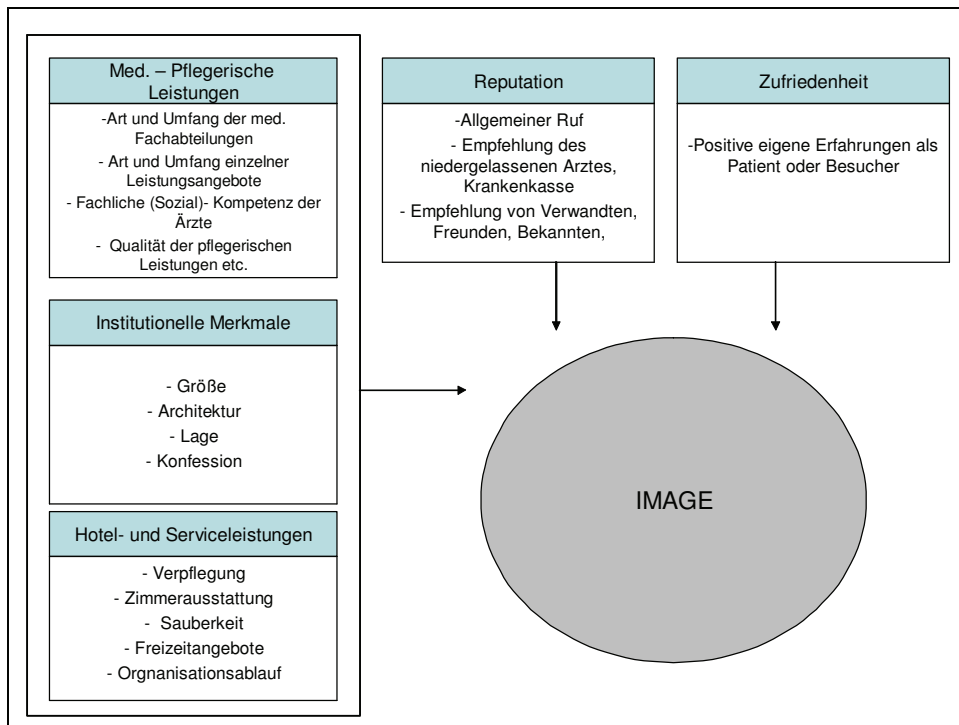
⁹³ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M. (2006), S. 122

⁹⁴ Vgl. Meffert, H./Steffenhagen, H./Freter, H.. (1979), S. 31

⁹⁵ Vgl. Lane, P.M./Lindquist, J.D. (1988), S. 5ff.



Abbildung 8: Kriterienkatalog zur Bewertung von Krankenhäusern



Quelle. Eigene Darstellung, in Anlehnung an Storcks, H. (2003), S. 50

Bezüglich der Entscheidungsrelevanz der einzelnen Kriterien und ihrer Unterpunkte nehmen die fünf Dimensionen (Medizinisch-pflegerische Leistungen, Institutionelle Merkmale, Hotel und Serviceleistungen Reputation, Zufriedenheit) einen unterschiedlichen Stellenwert ein.⁹⁶ Den größten Einfluss auf die Krankenhauswahl haben die Dimensionen „medizinisch-pflegerische Leistungen“, „Reputation“ und „Zufriedenheit“. Danach kommen die „Institutionellen Merkmale“ und als letztes die „Hotel- und Serviceleistungen“. Aber auch innerhalb der Dimensionen konnten zahlreiche interessante Erkenntnisse gewonnen werden. So besitzt das Item „Allgemeiner Ruf“ aus der Bewertungsrelation Reputation eine höhere Entscheidungsrelevanz als das Item „konkrete Empfehlung des Arztes“. Dieses Wissen muss in den Gestaltungsprozess der Markenführung integriert werden. Augenscheinlich beziehen sich die originären Entscheidungskriterien des Patienten vorwiegend auf die Tech- und Touch-Dimensionen der medizinisch-pflegerischen Leistungen des Krankenhauses.⁹⁷ Eine Ausnahme ist das Item „wohnortnahe Versorgung“, welches außerhalb der Tech- und Touch- Dimensio-

⁹⁶ Vgl. Bosarino, J./Steiber, S. (1982), S. 15 ff.

⁹⁷ Vgl. Brandebusemeyer, M/Schuh, A. /Kunter, R. (1990), S. 262



nen des Krankenhauses die Krankenhauswahl beeinflusst.⁹⁸ Generell kann festgehalten werden, dass die sekundären Entscheidungsmerkmale umso wichtiger werden, je austauschbarer die regionalen Anbieter und die von ihnen erbrachten Leistungen vom Patienten wahrgenommen werden.⁹⁹

Für den Patienten ist die Bewertung der Krankenhäuser auf Basis der originären Krankenhausleistungen infolge der Informationsasymmetrie und der Immaterialität der erbrachten Leistungen nur bedingt möglich. Ursache dafür sind die in Kapitel 2.3.2 diskutierten Merkmale medizinisch-pflegerischer Leistungen. Zum Ausdruck kommt dieser Aspekt in der Informations- und Unsicherheitsproblematik auf Seiten des Patienten, die bezogen auf die jeweiligen Entscheidungskriterien in unterschiedlichem Ausmaß zu Tage tritt. Krankenhausleistungen verfügen aus Informationsökonomischer Sicht über Such-, Erfahrungs- sowie Vertrauenseigenschaften.¹⁰⁰ Diesbezüglich müssen die entsprechenden Entscheidungskriterien auf ihre Bedeutung hin geprüft werden. Während Entscheidungsmerkmale, die die Qualität von Sucheigenschaften des Krankenhauses betreffen, vom Patienten relativ einfach durch Informationssuche vor dem Leistungskonsum beurteilt werden kann, beruhen andere Entscheidungskriterien auf Erfahrungseigenschaften, deren Qualität sich nur durch vorherige eigene Erlebnisse bewerten lässt. Kriterien die sich auf die Vertrauenseigenschaften von Krankenhausleistungen beziehen, sind weder vor noch nach der Leistungsanspruchnahme durch den Patienten objektiv überprüfbar. Deshalb sind die Vertrauenseigenschaften der sensibelste Bereich der Markenführung den es durch gezielte Maßnahmen zu unterstützen gilt. Zum Abbau der Informationsdefizite von Vertrauenseigenschaften der Krankenhausleistungen kann sich der Patient unterschiedlicher Strategien bedienen. Durch die Einbeziehung von Such- und Erfahrungseigenschaften des Krankenhauses können die Patienten indirekt die Qualität der Vertrauenseigenschaften für sich selbst ableiten. Damit rücken Ersatzindikatoren in den Vordergrund des eigentlich auf originären Krankenhausleistungen beruhenden Krankenhausauswahlprozesses.¹⁰¹ Des Weiteren können durch Erfahrungsberichte und Empfehlungen Dritter der Informationsstand des Patienten erweitert wer-

⁹⁸ Vgl. Okorafor, H (1983), S. 59

⁹⁹ Vgl. Götte, A. zit. (2000), S. 52 ff., zit. nach Storcks, H. (2003), S. 52

¹⁰⁰ Vgl. Meffert (1998), S. 23 ff.

¹⁰¹ Vgl. Götte, A. (2000), S. 52 ff., zit. nach Storcks (2003), S. 54



den. In der Wahrnehmung des Patienten besitzen solche persönlichen Informationen eine hohe Glaubwürdigkeit. Ähnlichen Einfluss auf die Krankenhausauswahl hat in diesem Zusammenhang der allgemeine Ruf eines Krankenhauses in der Öffentlichkeit.¹⁰² Die einfachste, aber am schwersten zu realisierende Strategie ist die des aktiven Vertrauens des Patienten auf die Qualität der Leistungskomponenten des Krankenhauses. Bezogen auf den Krankenhaussektor ist dabei als wesentlicher Faktor zum Vertrauensaufbau die Reputation der Einrichtung zu nennen. Für den Patienten ergibt sich der Vorteil der Reduzierung seines Informationsbedarfs und der Informationsbeschaffungskosten.¹⁰³

3.2.3 Besonderheiten der Krankenhausauswahl

Die Kombination aus Mensch und Krankheit führt zu einer Vielzahl von spezifischen Krankenhausauswahlprozessen, die vom Idealtypischen stark divergieren können. Auf Basis von Kundensegmentierungsansätzen sowie aktueller empirischer Studien kann folgendes Bild skizziert werden. Dazu ist es sinnvoll die heterogene Zielgruppe Patient anhand indikationsbezogener und/oder allgemeiner Merkmale zu segmentieren.¹⁰⁴

Die Indikation ist die wesentliche Determinante im Krankenhausauswahlprozess. Je nach Art der Indikation und Dringlichkeit der Behandlung gestalten sich auch die Art und Umfang der Informations- und Entscheidungsprozesse. Sie entscheidet darüber, ob der Patient in der Lage ist den Auswahlprozess weitestgehend autonom vorzunehmen oder ob er im Extremfall gar keinen Einfluss darauf hat was mit ihm geschieht. Dies kann beispielsweise bei psychischen Erkrankungen oder nach Unfällen der Fall sein. Aber auch bei elektiven Eingriffen hat der Patient normalerweise nur einen indikationsabhängigen Zeitraum der Informationssammlung und Entscheidungsfindung.¹⁰⁵ In Abhängigkeit von der Indikation treten somit oftmals unterschiedliche Akteure in den Vordergrund, die den Auswahlprozess des Patienten lenken bzw. für ihn übernehmen.

Bezogen auf den Schweregrad einer Erkrankung können fünf Patientenklassen unterschieden werden, die jeweils andere Ansprüche an die Leistungsfähigkeit eines Kran-

¹⁰² Vgl. Meffert, H./Bruhn, M. (2006), S. 121

¹⁰³ Vgl. Meffert, H. /Bierwirth, A. (2001), S. 189f.

¹⁰⁴ Vgl. Meffert, H. (1998), S. 180

¹⁰⁵ Vgl. Haubrock, M//Meiners, N/Albers, F. (1998), S. 88



kenhauses stellen.¹⁰⁶ Im Ergebnis zeigt sich, dass je größer die Bedrohung der Gesundheit des Patienten ist, desto mehr beschäftigt er sich mit möglichen therapeutischen Angeboten und deren Alternativen, vorausgesetzt er ist dazu noch in der Lage. Gerade chronisch Kranke fällen ihre Konsumententscheidung auf Grundlage vorheriger Krankenhausaufenthalte. Die Reputation eines Krankenhauses bzw. Empfehlungen Dritter besitzen in dieser Patientengruppe eine untergeordnete Rolle.¹⁰⁷ Ein weiteres indikationsbezogenes Kriterium ist die Spezifität der Erkrankung. So genannte seltene Erkrankungen bedürfen der Versorgung in überregionalen Zentren, da nicht an jedem Ort entsprechende Potentialfaktoren vorgehalten werden können. In Studien zeigte sich der abnehmende Einfluss der institutionellen Merkmale, umso spezifischer und bedrohlicher die Erkrankung des Patienten ist.¹⁰⁸

Darauf aufbauend werden im nächsten Teil der Arbeit die allgemein indikationsunabhängigen Merkmale und ihr Einfluss auf den Entscheidungsprozess kurz beschrieben. In soziodemografischen Erhebungen konnten signifikante Korrelationen, z. B. der Faktoren Bildung, Alter und Geschlecht auf das Gesundheitsbewusstsein, Anspruchshaltung gegenüber Krankenhäusern oder Emanzipation gegenüber Empfehlungen Dritter ermittelt werden.¹⁰⁹ In Abhängigkeit von der Mobilität und Flexibilität, kann der Wohnort eines Patienten ihn in seinen Möglichkeiten der Leistungsanspruchnahme stark einschränken. In ländlichen Gebieten haben manche Krankenhäuser eine Art Monopolstellung. Anders verhält es sich in Ballungsräumen. Hier hat der Patient infolge der kurzen Wege die Auswahl zwischen mehreren Anbietern.¹¹⁰ Psychografische Kriterien als persönlicher Hintergrund des Patienten haben ebenfalls eine enorme Bedeutung im Krankenhausauswahlprozess. „Welche grundlegenden Einstellungen hat er zum Krankenhaus?“, „Wie wirkt sich sein Schmerzempfinden auf die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen aus?“ oder „Welche Werte- und Bedürfnisvorstellungen verbindet der Patient mit einzelnen Teilleistungsbereichen des Krankenhauses?“, sind Fragen die von jedem Patienten individuell beantwortet werden.¹¹¹ Hinzu kommen verhaltensorientierte Merkmale des Patienten, wie Art und Umfang der Mediennutzung. Dies alles er-

¹⁰⁶ Vgl. Damkowski, W./Meyer-Pannwitt, U./Precht, C. (2000), S. 15

¹⁰⁷ Vgl. Kuchinke, B. (2000), S. 43

¹⁰⁸ Vgl. Damkowski, W./Meyer-Pannwitt, U./Precht, C. (2000), S. 43

¹⁰⁹ Vgl. Hildebrandt, H./Martini, O. (1999), S. 30

¹¹⁰ Vgl. Goedereis, K. (1999), S. 76

¹¹¹ Vgl. Eichhorn, S. (1975), S. 47



gibt einen sehr persönlichen Prozess der Krankenhauswahl, der die Markenführung im Krankenhaus vor die Aufgabe stellt, eine oder mehrere geeignete Strategien zu entwickeln, um möglichst viele Patienten in das eigene Krankenhaus zu lenken.

3.3 Anforderungen an die Markenführung im Krankenhaus

Dem Konsum von Krankenhausleistungen gehen teilweise hochkomplexe Entscheidungsprozesse voraus. Entsprechend dem originären Bedürfnis des Patienten hat er das Bestreben sein Krankenhaus größtenteils autonom und individuell an seinen Bedarf ausgerichtet auszuwählen. Auf Grund der spezifischen Charakteristika ist dies aber nur sehr eingeschränkt möglich. Viele der originären Entscheidungskriterien beziehen sich auf die Vertrauenskomponenten der Krankenhausleistungen, die ex ante sowie ex post vom Patienten kaum objektiv beurteilbar sind. Der Patient begibt sich durch die Einbringung seiner Person in den Leistungserstellungsprozess in eine für ihn subjektive Hochrisikosituation. Demnach ist der Patient bestrebt nach Ersatzindikatoren für Sicherheit und Vertrauen zu suchen. Zudem ist das Angebot medizinisch-pflegerischer Leistungen für Laien nur schwer zu durchschauen und die Aufwendungen für bedarfsgerechte Informationen ist als sehr hoch einzuschätzen.¹¹² Folge dessen sind verschwommene Vorstellungen über das Leistungsspektrum und die Leistungsfähigkeit einzelner Krankenhäuser. Aus diesem Zusammenhang erwächst das Bedürfnis des Patienten nach einer Vereinfachung seiner Informationsrecherche, hinsichtlich Effektivität und Effizienz.¹¹³

Zentraler Erfolgsfaktor und Herausforderung der Markenführung ist demnach die Erfüllung der Befriedigung der derivaten Patientenbedürfnisse.¹¹⁴

Eine Möglichkeit der Vertrauensbildung ist der Aufbau einer positiven Reputation des Krankenhauses innerhalb der relevanten Zielgruppen, was wiederum zu einer erhöhten Glaubwürdigkeit des Krankenhauses führt. Zum Aufbau einer langfristig stabilen, emotionalen Bindung des Patienten an das Krankenhaus empfiehlt es sich positive Zufriedenheitserlebnisse während und um den Krankenhausaufenthalt herum zu schaffen. Außerdem müssen Krankenhäuser für den Patienten als eine Art Informationstrichter agieren. Nicht alle verfügbaren Informationen sind für den Patienten auch wirklich wichtig.

¹¹² Vgl. Schneider, H. (2001), S.359

¹¹³ Vgl. Hildebrandt, H. (1999), S.52f.

¹¹⁴ Vgl. Hildebrandt, H./Martini, O.(1999), S. 29



Vielmehr kommt es darauf an, die wichtigen Informationen aufzubereiten und zu verdichten. Die Markenkommunikation im Krankenhaus sollte so erfolgen, das im Endeffekt eine Profilierung im Markt stattfindet die sich von Konkurrenzhäusern abhebt. Im Kopf der Patienten müssen sich positive Images im Sinne eines aggregierten gedanklichen Abbildes der zentralen Differenzierungsmerkmale ausprägen und manifestieren.

3.4 Identitätsorientierte Markenführung ein strategischer Ansatz für das Krankenhaus

Der identitätsorientierte Ansatz stellt ein ganzheitliches und integriertes Markenführungskonzept dar und wird als ein nach innen – und außen gerichteter Managementprozess verstanden. Er umfasst alle Maßnahmen zum Aufbau einer starken Markenidentität. Im Sinne eines Gesamtkonzepts strebt der identitätsorientierte Ansatz die Integration der angebots- und nachfrageorientierten Betrachtungsperspektive an, um die Defizite früherer Markenführungsansätze zu überwinden.¹¹⁵ Der Markenwert als Oberziel dieses Ansatzes stellt die zentrale Ziel- und Steuerungsgröße sowie ökonomische Zieldimension der Markenführung dar. Über positive Wirkungen der Marke auf das Vorstellungsbild des Konsumenten und sein Kaufverhalten soll ein Mengen und/oder Preisoptimum realisiert werden, das in einem hohem Markenwert resultiert. Dieser hilft bei der Erreichung des Globalziels des Unternehmens und zwar der Existenzsicherung durch Erhalt bzw. Steigerung des Unternehmenswertes.¹¹⁶ Weiterhin zielt die identitätsorientierte Markenführung auf den Aufbau langfristiger Beziehungen zwischen Kunde und Marke ab.¹¹⁷ Dabei übernimmt die Marke die Rolle eines Moderators, da sie aufgrund ihrer spezifischen Funktionen die Beziehung zwischen Anbieter und Patient vereinfachen kann. Darüber hinaus kann die Marke auch als Beziehungspartner an sich gesehen werden.¹¹⁸ Die Identität der Marke ist dementsprechend das zentrale Markenführungskonzept, wobei ihrer Gestaltung durch das Markenmanagement besondere Bedeutung zukommt.

¹¹⁵ Vgl. Meffert, H./Burmam, C. (2002a), S. 36

¹¹⁶ Vgl. Esch, F.-R. (2004), S. 61 ff.

¹¹⁷ Vgl. Bagusat, A. (2006), S. 22ff.

¹¹⁸ Vgl. Bruhn, M./Hennig-Thurau, T./Hadwich, K. (2004), S. 394



3.4.1 Markenidentität

Hinsichtlich der Umsetzung der Markenidentität nach innen und außen wird zwischen einer innen- und außengerichteten Markenführung differenziert. Die interne Umsetzung erfolgt über die innengerichtete Markenführung. Im Mittelpunkt steht die Überwindung der Lücke zwischen Soll-Selbstbild und Ist-Selbstbild. Die internen Zielgruppen stellen die Träger der Markenidentität dar, die in Interaktion mit den externen Zielgruppen stehen und darüber hinaus deren Wahrnehmung der Marke beeinflussen. Ziel ist es, die Markenidentität im gesamten Unternehmen zu verankern, so dass sie von allen Mitarbeitern gelebt wird. Über Kontakte zu den externen Zielgruppen wird die Marke so als ein einheitliches und konsistentes Bild vermittelt.¹¹⁹ Im Zentrum steht hierbei der Aufbau von Markencommitment bei den Mitarbeitern, als das Ausmaß der psychologischen Verbundenheit aller Organisationsmitglieder zur Marke, die zur Bereitschaft des Mitarbeiters führen, markenidentitätskonform zu entscheiden und zu handeln.¹²⁰ Die Verankerung der Markenidentität innerhalb des Unternehmens ist die Voraussetzung für ihre konsequente und einheitliche Umsetzung nach außen. Bei den externen Zielgruppen resultiert die Umsetzung der Markenidentität über die außengerichtete identitätsorientierte Markenführung. Sie zielt auf eine Annäherung zwischen Selbstbild und Fremdbild ab, die über alle extern gerichteten Maßnahmen erreicht werden soll.¹²¹

Unabhängig von der Perspektive oder dem Gegenstand der Identitätszuschreibung zeichnet sich der Identitätsbegriff in der sozialwissenschaftlichen Forschung grundsätzlich durch vier konstitutive Merkmale aus, die gleichzeitig die Voraussetzungen für Markenvertrauen darstellen.¹²² Es handelt sich dabei um die Merkmale Wechselseitigkeit, Kontinuität, Konsistenz und Individualität.

Wechselseitigkeit als Identitätsmerkmal bezieht sich darauf, dass Identität nur in der Wechselwirkung zwischen Menschen entstehen kann. Mit wachsender Interaktionsintensität wächst dabei tendenziell das einer Marke entgegengebrachte Vertrauen.¹²³

Das Kennzeichen der **Kontinuität** zielt auf die Beibehaltung wesentlicher Merkmale ab.¹²⁴ Diese essentiellen Eigenschaften dienen als zentrale Grundlage der Markenpositi-

¹¹⁹ Vgl. Esch, F.-R. (2004,) S.120

¹²⁰ Vgl. Burmann, C./Zeplin, S. (2005b), S. 1027

¹²¹ Vgl. Burmann C./Meffert, H. (2005), S. 64 ff.

¹²² Vgl. Meffert, H/Burmann, C. (2002b), S. 75

¹²³ Vgl. Burmann, C./Meffert, H. (2005), S. 46



onierung und Differenzierung innerhalb des relevanten Konkurrenzumfeldes. Gehen die essentiellen Merkmale verloren, so verliert auch die Marke ihre Identität. Aufgabe der Markenführung ist es diese Erkennungszeichen einer Marke zu identifizieren, im Zeitablauf konstant zu halten und innerhalb des Marktauftritts gezielt herauszuarbeiten.¹²⁵

Der Aufbau einer starken Markenidentität erfordert, dass sämtliche von der Marke ausgesandten innen- und außengerichteten Signale in ihrer Kombination widerspruchsfrei sein müssen (**Konsistenz**). Für die Variation des stilistischen Markencodes ist das Kriterium der Konsistenz der verbindliche Gestaltungsrahmen. Die akzidentiellen Merkmale der Markenidentität sind daraufhin auszurichten.¹²⁶

Individualität als Identitätsmerkmal kennzeichnet die Einmaligkeit und Einzigartigkeit der Merkmale einer Marke. Sie ist die Grundlage für die Differenzierungsfähigkeit der Marke von der Konkurrenz. Diese Einzigartigkeit kann sich aus einem einzelnen innovativen Leistungsmerkmal heraus entwickeln oder aus einer einzigartigen Kombination auch anderweitig vorzufindender Leistungsmerkmale.¹²⁷

Entsprechend des Identitätsmerkmals der Wechselseitigkeit kann die Markenidentität nicht isoliert aus der Unternehmensperspektive betrachtet werden. Vielmehr muss die Markenidentität im Spannungsfeld der Marke und ihren Anspruchsgruppen gesehen werden. Daher wird zwischen dem Selbstbild der Marke aus Sicht der internen Anspruchsgruppen und dem Fremdbild aus Sicht der externen Anspruchsgruppen unterschieden. Die Markenidentität entspricht dem Selbstbild der Marke.¹²⁸ Sie bildet das Fundament dafür, wofür eine Marke mit all ihren essentiellen, wesensprägenden und charakteristischen Merkmalen nach innen und außen stehen soll.¹²⁹ Die Identität repräsentiert im übertragenen Sinne den „genetischen Code“ einer Marke.¹³⁰ Dementsprechend wird die Markenidentität als ein Aussagekonzept verstanden, im Rahmen dessen der Inhalt, die Idee und die Eigendarstellung der Marke durch das Markenmanagement formuliert und gestaltet werden.¹³¹ Sie konstituiert sich jedoch erst durch die Beziehun-

¹²⁴ Vgl. Wiedmann, K.-P. (2004), S. 1415

¹²⁵ Vgl. Meffert, H./Burmann, C. (1996) S. 28

¹²⁶ Vgl. Meffert/Burmann (2002b), S. 46

¹²⁷ Vgl. Wiedmann, K.-P. (2004), S. 1415

¹²⁸ Vgl. Aaker, D.-A. (1996), S. 70

¹²⁹ Vgl. Esch, F.-R.(2004), S. 70

¹³⁰ Vgl. Kapferer, J.N.(1992), S. 112

¹³¹ Vgl. Aaker, D.A. (1996), S. 69



gen der internen Zielgruppen untereinander und in der Interaktion zwischen internen und externen Zielgruppen.¹³²

Das Fremdbild der Marke, welches im Kontext dieser Arbeit den wesentlichen Untersuchungsgegenstand darstellt, formt sich langfristig über markenpolitische Maßnahmen. Das Ergebnis der Maßnahmen schlägt sich im Image der Marke bei den externen Anspruchsgruppen nieder. In diesem Zusammenhang kann Markenimage als Akzeptanzkonzept verstanden werden, denn um akzeptiert zu sein, muss die Marke zunächst konzipiert sein.¹³³ Die Stärke der Markenidentität ist im großen Maße vom Übereinstimmungsgrad von Selbst- und Fremdbild abhängig.¹³⁴ Die Markenidentität bildet somit die Aktionsebene der Markenführung, während das Markenimage die Wirkungsebene darstellt.

3.4.2 Markenimage und Markenbekanntheit

Markenidentität und Markenimage sind eng miteinander verknüpfte Elemente, die schlüssig aufeinander aufgebaut und permanent miteinander abgeglichen das Gerüst der Markenführung bilden.¹³⁵

Die Wahrnehmung der Marke als Fremdbild findet ihren Ausdruck durch externe Zielgruppen im Markenimage. Es entspricht den gegenwärtig mit einer Marke verbundenen Assoziationen.¹³⁶ Trommsdorff¹³⁷ definiert das Image eines Gegenstandes als die „[...] Ganzheitliche Grundlage der Einstellungen einer Zielgruppe zu diesem Gegenstand.“ Einstellungen können dabei als erlernte, relativ dauerhafte Neigungen von Individuen gegenüber Objekten verstanden werden, die regelmäßig positiv bzw. negativ sind. Das Image ist ein mehrdimensionales Einstellungskonstrukt, bei dem die Eindrücke der Zielgruppe von einem Objekt zu einem ganzheitlichen Bild verbunden werden. Images sind nicht nur kognitiv sondern auch erlebnisbezogen, gefühlsmäßig, und wertend. Im Kontext der identitätsorientierten Markenführung wird Markenimage als Fremdbild der Marke verstanden und als ein in der Psyche relevanter Zielgruppen fest verankertes,

¹³² Vgl. Burmann, C./Blinda, L./Nitsche, A. (2003), S. 5, zit. nach Kiendl, S.C.(2007), S. 55

¹³³ Vgl. Kapferer, J.N. (1992), S. 44 ff.

¹³⁴ Vgl. Meffert, H./Burmann, C. (2002b) S. 47

¹³⁵ Vgl. Thiemer, J.(2004), S. 32

¹³⁶ Vgl. Aaker, D.A./Joachimsthaler, E. (2001), S. 50

¹³⁷ Trommsdorff, V. (2003), S. 150 ff.



verdichtetes und wertendes Vorstellungsbild einer Marke beschrieben.¹³⁸ Es ist das Ergebnis der subjektiven Wahrnehmung, Dekodierung und Akzeptanz der von der Marke ausgesendeten Impulse. Besonders relevant ist die subjektiv wahrgenommene Eignung der Marke und ihrer Eigenschaften, die emotionalen und rationalen Bedürfnisse des Individuums zu befriedigen.¹³⁹ Das Markenimage als Vorstellungsbild des Konsumenten, wird durch die mit der Marke assoziierten Erinnerungen des Konsumenten reflektiert.¹⁴⁰ Die maßgebliche Voraussetzung für die Imagebildung beim Konsumenten ist das Vorhandensein von Markenbekanntheit.¹⁴¹ Entsprechend des konstitutiven Identitätsmerkmals der Wechselseitigkeit wird Markenbekanntheit für den Imageaufbau vorausgesetzt. Nur bei einer Marke die beim Konsumenten bekannt ist, können entsprechende, anbieterspezifische Assoziationen und Bilder verknüpft werden.¹⁴² Die Markenbekanntheit bezieht sich auf die Fähigkeit des Konsumenten eine Marke unter bestimmten Bedingungen zu identifizieren. Nach Aaker¹⁴³ können fünf unterschiedliche Grade der Markenbekanntheit differenziert werden. Die passive Markenbekanntheit als zweite Stufe der Pyramide liegt vor, wenn Konsumenten bei der Konfrontation mit einzelnen Elementen der Marke bereits Wahrgenommenes wieder erkennen. Findet kein derartiger Wiedererkennungseffekt auf Seiten des Konsumenten statt, besteht keine Markenbekanntheit. Wenn eine Marke allein aus der Erinnerung der Zielgruppe hervorgerufen wird, liegt eine aktive Bekanntheit vor. Marken, die unter sämtlichen aktiv bekannten Marken in der Bekanntheitsskala an erster Stelle stehen, besitzen eine intensive aktive Bekanntheit. Exklusive Markenbekanntheit erlangen die Marken, die bei den meisten Individuen innerhalb der relevanten Zielgruppe als einzige Marke aktiv bekannt sind. Sie bilden die Speerspitze der Markenbekanntheitspyramide.

¹³⁸ Vgl. Burmann, C./Blinda, L./Nitsche, A. (2003), S. 6, zit. nach Kiendl, S.C.(2007), S. 55

¹³⁹ Vgl. Burmann, C./Meffert, H. (2005a) , S. 53

¹⁴⁰ Vgl. Keller, J.N. (1993), S.3

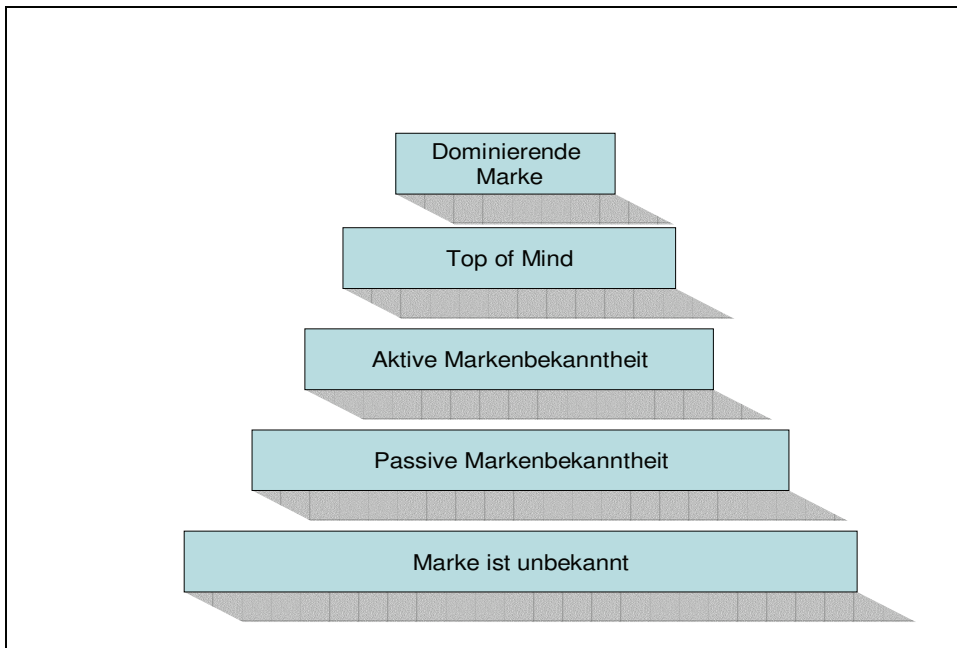
¹⁴¹ Vgl. Esch, F.-R./Wicke, A./Rempel, J.E. (2005), S. 46

¹⁴² Burmann, C./Meffert, H. (2005), S. 54

¹⁴³ Vgl Aaker, D. A. (1992), S. 84



Abbildung 9: Stufen der Markenbekanntheitspyramide



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Aaker, D.A. (1992), S. 84

Aufbauend auf der Bekanntheit der Marke schreiben die externen Zielgruppen einer Marke bestimmte Attribute oder Merkmale zu, die per Definition das Markenimage bilden. Diese Markenassoziationen stehen für alle von Konsumenten wahrgenommenen Eigenschaften einer Marke. Sie umfassen sowohl sachlich-rationale, physische Merkmale als auch immaterielle Merkmale.¹⁴⁴ Die Gesamtheit aller Markenmerkmale wird vom Nutzer verdichtet und bewertet. Das Resultat dieses Prozesses ist der wahrgenommene Markennutzen.¹⁴⁵ Er umfasst den subjektiven Wert, den die Konsumenten den Markenmerkmalen zuschreiben.

In der Regel findet die Krankenhausauswahl nicht im Krankenhaus selbst statt, sondern im persönlichen oder medizinischen Umfeld des Patienten. Aus diesem Grund ist ein hoher Bekanntheitsgrad für ein Krankenhaus innerhalb der relevanten Zielgruppen erstrebenswert. Infolge der, mit einem medizinischen Eingriff verbundenen Risiken, ist die Auswahl des Krankenhauses für den Patienten eine Hochrisikosituation. Dennoch ist ein hoher Bekanntheitsgrad keine Garantie für Kundenbindung und Akquisition. Dazu müssen spezifische Markenassoziationen konstituiert werden. Gemäß dem identitätsorientierten Markenbegriff entsprechen diese Markenassoziationen dem eigentlichen

¹⁴⁴ Vgl. Burmann/Meffert (2005), S. 55

¹⁴⁵ Vgl. Burmann, C./Blinda, L./Nitsche, A. (2003), S. 7, zit. nach Kiendl, S.C.(2007), S. 56



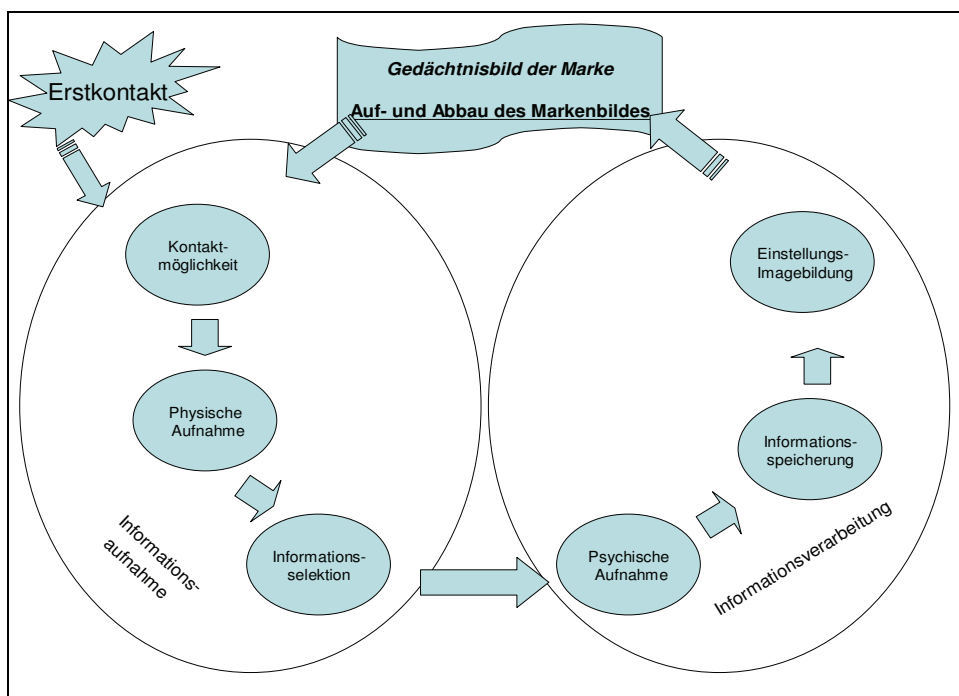
Fremdbild bzw. Image der Markenidentität. In der Konsequenz erzeugt das Zusammenspiel von Markenbekanntheit und des Markenimages im Kopf des Verbrauchers ein spezifisches Markenwissen, welches er im Bedarfsfall abrufen kann. Dieses Wissen kann im Kopf des Konsumenten sowohl verbal als auch nonverbal gespeichert sein und ist darüber hinaus kognitiv sowie emotional geprägt.¹⁴⁶

3.5 Auf und Abbau des Markenfremdbildes

Nach dem subjektiv nachfragerbezogenen Markenverständnis und der Definition des Markenimages als Vorstellungsbild des Konsumenten beinhalten die Begriffe Marke und Markenimage aus Sicht des Verbrauchers das Gleiche.

Betrachtet man den nachstehenden Markenentstehungsprozess, so wird dessen kreisförmiger Verlauf ersichtlich. Im Verlauf der Zeit entsteht ein Markenfremdbild, welches sich aus allen direkten und indirekten Erfahrungen zusammensetzt.

Abbildung 10: Der Markenentstehungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Steinmann, S. (2003), S. 7

¹⁴⁶ Esch F.-R./Wicke, A. (2001), S. 49



Bereits im Kapitel 3.4.2 wurde die Markenbekanntheit als Voraussetzung für die Entwicklung eines solchen Bildes beschrieben. Denn erst wenn der Patient die Marke kennt, kann diese zur Befestigung von Assoziationen dienen. Die Markenbekanntheitspyramide von Aaker¹⁴⁷ verdeutlicht die einzelnen Schritte in der Steigerung der Markenbekanntheit beim Verbraucher. Demzufolge wächst mit jeder Stufe der Pyramide auch das Vorstellungsbild der Marke.

Nach dem Erstkontakt wird entweder noch kein Markenbild vorliegen oder es ist noch nicht besonders ausgeprägt. Mit jedem weiteren Kontakt wachsen die Assoziationen gegenüber der Marke und das Vorstellungsbild wird klarer. Daran lässt sich die Dynamik eines Markenbildes erkennen. Im Laufe der Zeit wird es entweder weiter auf- oder abgebaut, sei es durch zusätzliche Kontakte oder dadurch, dass ein Konsument keinen Kontakt mehr hat. Der Markenentwicklungsprozess ist somit immer von einer gewissen Dynamik gekennzeichnet. Deshalb sollte das Markenbild beim Konsumenten immer wieder gestärkt und gefestigt werden. Je klarer und stimmiger sich das Markenbild darstellt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Konsument im Bedarfsfall auf die eigene Marke zurückgreift. Erfüllt die Dienstleistung allerdings nicht das im Vorfeld Versprochene wandelt sich das Markenbild des Konsumenten zum Negativen.

3.5.1 Markenfremdbild als Gegenstand von Markenschemata semantischer Gedächtnisforschung

Die Vorstellungen und Kenntnisse von einer Marke im Kopf des Verbrauchers können durch Schemata repräsentiert werden. Nach Esch¹⁴⁸ sind Schemata „[...] große, komplexe Wissenseinheiten, die typische Eigenschaften und feste, standardisierte Vorstellungen umfassen, die man von Objekten, Personen oder Ereignissen hat.“ Dabei sind sie als komplex vernetzte Strukturen zu begreifen, die alle Gedächtnisinhalte miteinander verknüpfen und mit anderen Schemata vernetzt sind.¹⁴⁹ Durch diese Vernetzungen lässt sich erklären, warum das Vorstellungsbild einer Marke nicht nur aus gelernten Assoziationen der Werbung besteht. Das Vorstellungsbild wird daher nicht nur von markenspezifischen Elementen geprägt, sondern entwickelt sich ebenso durch die Vernetzung mit bereits existierenden und erlernten Schemata. Im Laufe der Zeit

¹⁴⁷ Vgl. Aaker, D. A. (1992), S. 85

¹⁴⁸ Vgl. Esch, F.-R. (2001), S. 43

¹⁴⁹ Vgl. Sommer, R. (1998), S. 53



bereits existierenden und erlernten Schemata. Im Laufe der Zeit entstehen viele solcher Schemata. Sie alle sind miteinander vernetzt und werden bei neu eingehenden Informationen aktiviert und verglichen. Das bereits bestehende Wissen verleiht den neuen Informationen einen Sinn. Nicht nur die Informationsaufnahme und –verarbeitung wird durch solche Schemata vereinfacht, auch die Informationsspeicherung wird durch sie organisiert.¹⁵⁰ Kann eine Information in ein bestehendes Schemata eingeordnet werden, so verfestigt es sich im Kopf des Konsumenten. Daher ist es wichtig ein einheitliches Bild der Marke zu vermitteln. Denn nur über ausgeprägte Markenschemata und einzigartige, klare relevante Bilder in den Köpfen der Verbraucher kann sich eine Marke dauerhaft etablieren. Die Schemata sind mit Emotionen und Bewertungen verbunden. Folglich sind Gefühle und Bewertungen die Ergebnisse solcher Schemata. Der Verbraucher beurteilt nicht die Marke an sich, sondern er fällt sein Urteil über die mit der Marke verbundenen Vorstellungen und Bewusstseinsprozesse. Darstellen lassen sich die Markenschemata in semantischen Netzwerken.

Das semantische Netzwerk stellt einen Langzeitspeicher als Graph dar, der aus Knoten und Verbindungslinien, die als Kanten bezeichnet werden, besteht. Die Knoten geben Auskunft über Begriffe, Situationen und Ereignisse, die der Einzelne mit einer Marke verbindet. Die Längen und Kanten geben an, wie ausgeprägt die einzelnen Situationen mit der Marke und untereinander verknüpft sind. Der Begriff semantisch drückt aus, dass das Gedächtnis in diesem Ansatz vor allem als Speicher von verbalen Inhalten verstanden wird. Gemäß Grunert¹⁵¹ kann zwischen dem semantischen und dem episodischen Gedächtnis unterschieden werden. Neuere Theorien gehen davon aus, dass die Aufnahme, Interpretation und Speicherung neuer episodischer Informationen immer mit Hilfe von semantischen Informationen geschieht. Während das episodische Gedächtnis eines Menschen Erinnerungen an Ereignisse enthält, die dieser persönlich erlebt hat, umfasst das semantische Gedächtnis allgemeines und konzeptionelles Wissen. Das im Gedächtnis gespeicherte Wissen wird hierarchisch strukturiert, d. h. das Wissen einer Marke ist dem Wissen zu einer bestimmten Produktkategorie zugeordnet. Auf diese Weise wird eine Vereinfachung der Ablage von Wissensseinheiten erreicht und Marken erben von einer Produktkategorie die allgemein gespeicherten Markenvorstellungen der

¹⁵⁰ Esch, F.-R. (2001), S. 47

¹⁵¹ Vgl. Grunert, K.G. (1982), S. 46



Produktkategorie (Vererbungsprinzip)¹⁵². Aus Kundensicht betrachtet sind diese Markenvorstellungen das allgemeine Erlebnisumfeld der Marke. Im Rahmen der Markenführung bieten sie wichtige Anhaltspunkte für die Formulierung von Positionseigenschaften sowie die Gestaltung von Markenidentitäten.¹⁵³ Ziel der Markenführung muss es sein, in der assoziierten Gedankenwelt des Kunden dauerhaft den Status der Einzigartigkeit zu erreichen.

3.5.2 Markenfremdbild als Gegenstand der Imagery- und Hemisphärenforschung

Mit der Entstehung, Verarbeitung, Speicherung und Verhaltenswirkung innerer Bilder beschäftigt sich die Imagery Forschung.¹⁵⁴ Mittlerweile gilt es als unstrittig, dass gespeichertes Markenwissen mit verbalen, aber auch vor allem bildlichen Vorstellungen verbunden wird. Daher ist es besonders für die Markenführung bedeutsam zu wissen, wie Markenbilder beim Konsumenten entstehen.¹⁵⁵ Entscheidend ist dabei zu wissen, dass bildliche Informationen auf eine andere Art gespeichert werden als verbale und dadurch anders wirken. In der Literatur herrscht Einigkeit über die bessere Verarbeitung, Speicherung und Wiederabrufbarkeit von Bildern. Die Verarbeitung von Bildern unterliegt einer geringeren gedanklichen Kontrolle, wodurch sie weniger bewusst abläuft. Darüber hinaus sind bildliche Informationen besser zur Auslösung von Informationen geeignet. Mit Sicherheit werden innere Bilder nicht als solche im ursprünglichen Sinn gespeichert. Man geht eher von bildlichen Schemata aus, die alle zur Bildgenerierung benötigten Informationen enthalten.¹⁵⁶ Somit können auch Marken als visuelle Reizmuster wahrgenommen und gespeichert werden. Im genannten Kontext werden die bildhaften Vorstellungen als innere Markenbilder bezeichnet. Gestützt wird die Imagery Forschung durch die Theorie der dualen Codierung und durch die Hemisphärenforschung. Die duale Codierung beruht auf der Annahme, dass Informationen in zwei voneinander unabhängigen, aber miteinander verbundenen Systemen verarbeitet und gespeichert werden. Auf der einen Seite steht also ein nonverbales System, welches bildli-

¹⁵² Vgl. Esch, F.-R. (2000), S. 950 ff.

¹⁵³ Vgl. Trommsdorff, V. (1998), S. 86

¹⁵⁴ Vgl. Kroeber-Riel, W. (1993), S. 20ff.

¹⁵⁵ Vgl. Bekmeier-Feuerhahn, S. (1998), S. 170

¹⁵⁶ Vgl. Ruge, H.-D. (2001), S. 168



che Informationen als Ganzes speichert und auf der anderen Seite das verbale System bei dem jedes einzelne Element nacheinander aufgenommen wird.¹⁵⁷ Sprachliche wie auch bildliche Informationen können sowohl in verbale als auch visuelle Codes umgesetzt werden. Inwieweit dies umsetzbar ist, hängt von der Konkretheit der entsprechenden Informationen ab.¹⁵⁸

¹⁵⁷ Vgl. Paivio, A. (1977), S. 60

¹⁵⁸ Vgl. Ruge, H.-D. (1988), S. 34



4 Empirische Untersuchung zur Markenbekanntheit von Krankenhäusern am Beispiel einer norddeutschen Ballungsregion

4.1 Allgemeiner Versuchsaufbau

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Praxisrelevanz der Dienstleistungsmarke Krankenhaus herausgearbeitet und die Beeinflussbarkeit durch Markenführung im Krankenhaus dargelegt. Grundlage dafür waren unterschiedliche wissenschaftliche Quellen aus Bereichen der Psychologie und Wirtschaftswissenschaften, insbesondere aus dem Bereich des „Marken-Managements“. Im empirischen Teil der Arbeit wird das derzeitige Markenbewusstsein der Bevölkerung, im Hinblick auf Krankenhäuser, näher untersucht werden. Darüber hinaus ist es das Ziel festzustellen, welche Eigenschaften und Merkmale eines Krankenhauses für die Krankenhauswahl der Menschen von Bedeutung sind und wer welchen Einfluss auf die Entscheidungsfindung ausübt. Auf Grund des stark explorativen Charakters des zu untersuchenden Themas „Dienstleistungsmarke Krankenhaus“ wurde im Rahmen der Arbeit, in Anlehnung an Storcks,¹⁵⁹ eine phänomenologische Vorgehensweise ausgewählt. Daraus können Ansätze für zukünftige Forschungszwecke generiert werden. Diesem induktiven Forschungsansatz liegt die Erhebung vereinzelter Phänomene der Alltagswirklichkeit zu Grunde. Gemäß Seiffert¹⁶⁰ sind phänomenologische Analysen so ausgerichtet, dass sie valide Aussagen treffen können, ohne in einer sozialwissenschaftlichen Induktion bestätigt werden zu müssen. Dennoch stellen sie keinen Ersatz für nach statistischen Gesichtspunkten repräsentativen Untersuchungen dar, was aber nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist.

4.2 Stichprobenauswahl

Ziel des entwickelten Fragebogens ist die Erhebung der Markenbekanntheit von Krankenhäusern innerhalb der untersuchten Region in der dort lebenden Bevölkerung..

Daraus ergeben sich folgende zwei Kriterien:

1. Das Krankenhaus muss sich innerhalb der Ballungsregion befinden.
2. Die Befragten müssen ihren Wohnsitz innerhalb der Ballungsregion haben.

¹⁵⁹ Vgl. Storcks, H. (2003), S.199ff.

¹⁶⁰ Vgl. Seiffert, H. (1996), S.41 ff.



Der analysierte Krankenhausmarkt in der Region verfügt über 34 Krankenhäuser und Kliniken sowie weiteren Spezial-, Privat- und Tageskliniken. Deshalb wurde bei der Analyse der gestützten Bekanntheit von Krankenhäusern nur auf die laut Qualitätsbericht 2006¹⁶¹ zehn größten Krankenhäuser in der Region zurückgegriffen. Geschehen ist dies in der Annahme, dass die Krankenhäuser mit der größten Betten- und Patientenzahl auch in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit die größte Rolle spielen, wenn es um die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung geht.

Abbildung 11: Aufbau der Krankenhaustichprobe

	Trägerschaft	Versorgungsstufe	Bettenanzahl	stat. Fallzahl	amb. Fallzahl
AB KH	freigemeinnützig	Schwerpunktversorgung	668	18.982	30.484
AK G	privat	Schwerpunktversorgung	724	28.607	54.006
AK A	privat	Schwerpunktversorgung	863	32.725	7.958
AK B	privat	Schwerpunktversorgung	676	29.586	65.516
AK H	privat	Schwerpunktversorgung	741	26.173	42.299
AK W	privat	Schwerpunktversorgung	572	19.968	46.147
SK E	privat	Schwerpunktversorgung	590	12.162	10.838
AK KN	privat	Schwerpunktversorgung	1.509	35.370	39.172
MHH	freigemeinnützig	Schwerpunktversorgung	551	40.567	40.567
UK	öffentlich - rechtlich	Maximalversorgung	1.409	43.945	147.938
Gesamt			8.303	288.085	484.925

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2006

Wissenschaftstheoretisch handelt es sich dementsprechend um eine bewusste Stichprobenwahl.¹⁶² Insgesamt wurden 53 Personen an verschiedenen öffentlich zugänglichen Orten innerhalb der Agglomerationsraumes befragt. Die Auswahl der Probanden erfolgte dabei nach dem Zufallsprinzip im Zeitraum von Anfang bis Ende Mai 2008. Zur Erfüllung des Kriteriums „Wohnsitz in der Region“ wurde dieses vor Beginn der Interviews abgefragt. Demzufolge konnten auch alle erhobenen Fragebögen in die Auswertung einfließen.

¹⁶¹ Vgl. Verband der Angestellten Krankenkassen (2008)

¹⁶² Vgl. Lamnek, S. (1993), S. 92 ff.



Abbildung 12: Aufbau der Öffentlichkeitsstichprobe

Geschlecht	männlich	weiblich				
	47,2%	52,8%				
Schulabschluss	Hauptschule	Realschule	Fachabitur	Abitur	keinen	
	11,3%	34,0%	13,2%	37,7%	3,8%	
Ausbildung	Lehre	Meister/Fachwirt	Studium	keine		
	47,2%	15,1%	34,0%	3,8%		
Alter	18-29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50-64 J.	65-79 J.	>80 J.
	18,9%	28,3%	18,9%	11,3%	15,1%	7,5%
Krankenversicherung	gesetzlich	privat	keine			
	84,9%	13,2%	1,9%			

Quelle. Eigene Darstellung

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass Art und Umfang der Stichprobe keine statistisch gesicherten Rückschlüsse zulassen. Dennoch genügt die Stichprobenwahl den Anforderungen einer explorativen phänomenologischen Untersuchung. In diesem Sinne gefährdet die fehlende statistische Repräsentanz nicht den Aussagewert der Untersuchungsergebnisse.

4.3 Nachfragerbezogene Analyse

Zur Untersuchung der unterschiedlichen Fragestellungen wurde ein standardisierter Fragebogen eingesetzt, der auf den Erkenntnissen der semantischen Gedächtnisforschung sowie der Imagery- und Hemisphärenforschung aufbaut.¹⁶³ Dazu wurde das allgemeine Krankenhausschema ermittelt, um festzustellen, welche Assoziationen die Menschen in der Region mit einem Krankenhaus verbinden. Die aktive und passive Bekanntheit wurde durch entsprechend freie bzw. vorgegebene Skalen ermittelt. Darauf aufbauend wurde dasjenige Krankenhaus bestimmt, welches in den Köpfen der Befragten den größten Stellenwert einnimmt. Die Bestimmung des Krankenhausbildes war der nächste Untersuchungsgegenstand. Welche Bedeutung den einzelnen Merkmalen eines

¹⁶³ Vgl. Kapitel 3.5.2



Krankenhauses zukommt, wird mit Hilfe der Frage 4 geklärt. Die Bestimmung der Relevanz einzelner Kriterien für die Krankenhauswahl ist ein weiteres Erkenntnisziel. Als letztes wird die Frage untersucht, von wem die Krankenhauswahl vorrangig beeinflusst wird. Im Folgenden werden die einzelnen Variablen und ihre Bestimmungsfaktoren der Erhebung im Detail betrachtet.

4.3.1 Allgemeines Krankenhausschema

Zur Erhebung des allgemeinen Krankenhausschemas wurden die Interviewten gebeten, innerhalb einer Minute alles zum Thema Krankenhaus stichwortartig zu nennen. Es wurde bewusst ein offener Rahmen gewählt, um die Probanden in ihren Gedanken nicht einzuschränken und so einen möglichst großen Assoziationsspielraum zu geben. Vom Interviewer wurden sämtliche genannten Assoziationen schriftlich festgehalten, wobei die Reihenfolge bedeutungslos war. Damit nur die prägnantesten Assoziationen Eingang in die Untersuchung fanden, wurde als Zeitrahmen zur Beantwortung eine Minute vorgegeben. Weitere Vorgaben wurden nicht gemacht.

Abbildung 13: Erhebung der spontanen Krankenhausassoziationen

Frage 1: Bitte nennen Sie stichwortartig alles zum Thema Krankenhaus, auch wenn es für Sie irrelevant oder bedeutungslos erscheint. (Zeitdauer ca. 1 Minute)

4.3.2 Aktive und Passive Bekanntheit

Die Feststellung der aktiven Bekanntheit der untersuchten Krankenhäuser erfolgte über einen Recognition Test.¹⁶⁴ Dazu wurden die Befragten gebeten alle Ihnen bekannten Krankenhäuser der Region zu nennen. Während dessen notierte der Interviewer sämtliche Krankenhäuser in der genannten Reihenfolge. Auf diese Weise sollten erste Vermutungen hinsichtlich des „Top of Mind“ Krankenhauses gezogen werden.

¹⁶⁴ Vgl. Esch, F.-R. (2005), S. 1263ff.



Abbildung 14: Erhebung der aktiven Krankenhausbekanntheit

Frage 2: Welche Krankenhäuser fallen Ihnen spontan, d.h. ohne große Überlegungen, im Stadtgebiet von Hamburg ein?

(1) _____

Über einen Recall Test¹⁶⁵ fand die Erhebung der passiven Bekanntheit statt. Dazu wurden den Interviewten die 10 größten Krankenhäuser des untersuchten Agglomerationsraumes in einer Liste vorgegeben. Die einzelnen Items waren alle neutral, d.h. ohne bestimmte Kennzeichnung vorgegeben und auch der Interviewer hob kein einzelnes Krankenhaus hervor. Wie auch beim Recognition-Test fanden beim Recall-Test keine Zeitmessungen oder Zeitvorgaben statt.

Abbildung 15: Erhebung der passiven Krankenhausbekanntheit

Frage 3: Welche der aufgeführten Krankenhäuser sind Ihnen bekannt.

(1) AB KH

4.3.3 Inneres Krankenhausbild – Top of Mind

In Anlehnung an die Codierungstheorie wurde die Messung der inneren Bilder mit Hilfe einer verbalen Bildmessung vorgenommen.¹⁶⁶ Für das Konsumverhalten besonders relevant ist hierbei die Erhebung der Vividness des inneren Bildes.¹⁶⁷ Diese wurde in Anlehnung an die von RUGE¹⁶⁸ empfohlene Marks-Skala erhoben, bei der die Befragten Auskunft geben sollen, wie prägnant sie einzelne Markenbilder vor Augen haben. Zur Erläuterung die nachstehende Abbildung.

¹⁶⁵ Vgl. Krober-Riel, W./Weinberg, P. (2003), S. 353f.

¹⁶⁶ Vgl. Bekmeier-Feuerhahn, S. (2005), S. 1329ff.

¹⁶⁷ Vgl. Esch, F.-R. (2005), S. 951

¹⁶⁸ Vgl. Ruge, H.-D. (2001), S. 105ff.



Abbildung 16: Messung der „inneren „Krankenhausbilder

Frage 6: Wie sehr sind Ihnen die aufgeführten Krankenhäuser vertraut, so dass Sie ein „inneres Bild“ (z.B. ähnlich einer Automarke) vor sich haben?				
Mein inneres Bild Vom Krankenhaus „X“ ist ...				
	Völlig klar klar		mäßig vage klar	kein Bild
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachdem die Interviewten ihre Antworten gegeben hatten, wurden sie in der nächsten Frage gebeten, dasjenige Krankenhaus zu nennen, von dem sie momentan das deutlichste innere Bild vor Augen haben. Dadurch konnte das „Top of Mind“ Krankenhaus identifiziert werden. Dieses Verfahren eignet sich vor allem, wenn der Proband auf Grundlage für ein oder mehrere Krankenhäuser eine gleich starke „Vividness“ (Lebendigkeit des Vorstellungsbildes) angibt.¹⁶⁹ Im Endeffekt wird deutlich, welches Krankenhaus im Bewusstsein der Verbraucher das „lebendigste“ Vorstellungsbild in der untersuchten Region vermittelt. Diese Resultate können von den Ergebnissen reiner Aufzählungen abweichen.

Abbildung 17: Erhebung des „Top of Mind“ Krankenhauses

Frage 7: Bitte nennen Sie nun dasjenige Krankenhaus, von dem Sie momentan das deutlichste innere Bild vor Augen haben!

4.3.4 Personifizierte Eigenschaften eines Krankenhauses

Zu den freien Assoziationen ergänzend wurden mit Hilfe einer multidimensionalen Einstellungsmessung die personifizierte Eigenschaften eines Krankenhauses gemessen. Entsprechend des Verlaufs des Graphen kann so eine Durchschnittsbetrachtung der erwarteten Eigenschaften eines Krankenhauses abgelesen werden. Unter Bezugnahme auf

¹⁶⁹ Vgl. Storcks, H. (2003), S. 209



das klassische semantische Differential wurde hierfür eine Reihe von sich gegenüberstehenden Items verwendet, die jeweils die Endpunkte einer zweipoligen, siebenstufigen Ratingskala abbilden.¹⁷⁰ Verwendet wurden sowohl wertende Items („kompetent“), als auch Items, die sich auf emotionale („vertrauenswürdig“) oder sachliche Eindrücke („groß“) beziehen. Insofern handelt es sich hierbei um eine dreidimensionale Einstellungsmessung, welche spontan aber dennoch ohne Zeitvorgabe erfolgte.

Abbildung 18: Messung der (gewünschten) personifizierten Eigenschaften eines Krankenhauses

Frage 4: Wenn Sie sich das Krankenhaus als eine Person vorstellen, wie wichtig wären Ihnen folgende Eigenschaften?								
eher	3	2	1	0	1	2	3	eher
persönlich								anonym

4.3.5 Kriterien der Krankenhauswahl

Dieser Fragebogenabschnitt diente zur Erhebung der Gewichtung einzelner Kriterien des in Kapitel 3.2.1 beschriebenen patientenbezogenen Kriterienkatalogs zur Bewertung von Krankenhäusern. Gewählt wurde dieses Vorgehen zur Vermeidung von oberflächlichen Antworten, da es für Laien schwer ist, die relevanten Items der Krankenhauswahl vollständig aufzuzählen. Die Items wurden in 4 Cluster („Medizinisch-pflegerische Leistungen“, „Institutionelle Merkmale“, „Hotel- und Serviceleistungen“, „Allgemeines Kriterium“) unterteilt und durch die Kategorie „Sonstiges“ wurde den Befragten die Möglichkeit eingeräumt, nicht aufgelistete aber aus ihrer Sicht relevante Kriterien der Krankenhauswahl zu ergänzen. Zur Einschätzung der persönlichen Relevanz der einzelnen Items wurde eine fünfstufige bi-polare Ratingskala vorgegeben.

¹⁷⁰ Vgl. Kroeber-Riel, W./Weinberg, P. (2003), S. 197ff.



Abbildung 19: Erhebung über die Kriterien der Krankenhauswahl

Frage 5: Wie wichtig wären Ihnen die aufgeführten Kriterien bei einer persönlichen Krankenhausauswahl für einen medizinischen Eingriff?					
Ausprägung					
Merkmal	+2	+1	0	-1	-2
Medizinisch pflegerische Leistungen					
Art und Umfang medizinischer Abteilungen					

4.3.6 Einflussnehmer der Krankenhauswahl

Mit der abschließenden Frage 8 sollten die Probanden Auskunft darüber geben, wer bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt welchen Einfluss auf den Krankenhausauswahlprozess ausübt. Die Beantwortung erfolgte anhand einer fünfstufigen Ratingskala. Auf diese Weise erhält man einen Überblick über die relevanten Einflussnehmer der Krankenhauswahl, die wiederum Rückschlüsse auf die Anspruchsgruppen und ihre Gewichtung innerhalb des Markenführungsprozesses im Krankenhaus zulassen.

Abbildung 20: Messung der Einflusskriterien der Krankenhauswahl

Frage 8: Stellen Sie sich vor, Sie hätten in nächster Zeit einen geplanten Krankenhausaufenthalt... Wer/Was hätte auf ihre Krankenhauswahl einen entscheidenden Einfluss?					
Ausprägung					
Einflussnehmer	sehr großer Einfluss	großer Einfluss	teilweiser Einfluss	eher keinen Einfluss	gar keinen Einfluss
behandelnder Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

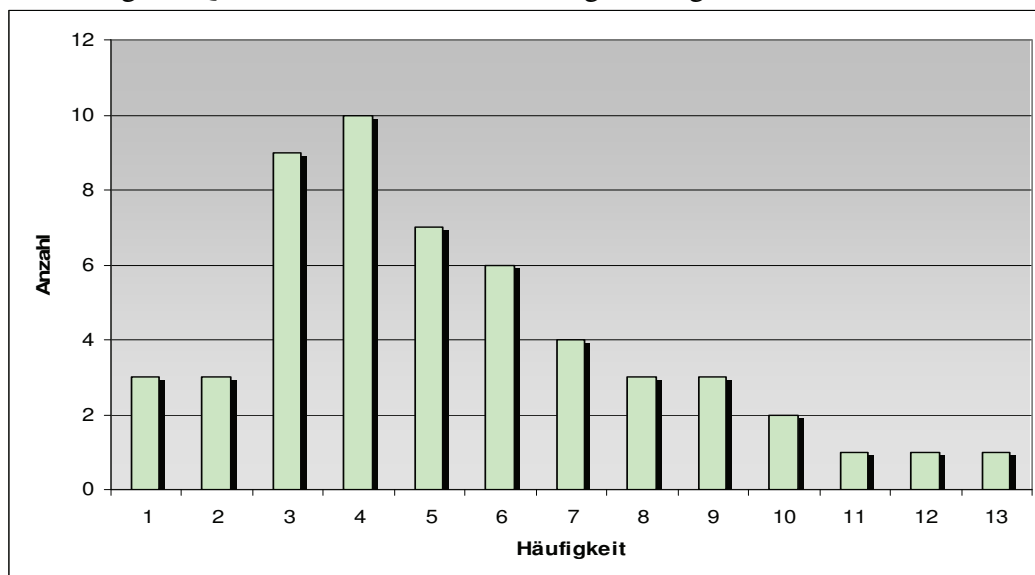


4.4 Ergebnisse der Analyse

4.4.1 Allgemeines Krankenhausschemata

Gefragt nach typischen Merkmalen eines Krankenhauses konnte jeder der Befragten durchschnittlich 5,3 krankenhaustypische Begriffe angeben. Dabei reichte die Bandbreite von Einer bis zu maximal 13 Assoziationen. Die Vielzahl der Nennungen je Proband liegt im Bereich zwischen 3-6. Im Resultat ergibt sich tendenziell eine linksschiefe Verteilung.

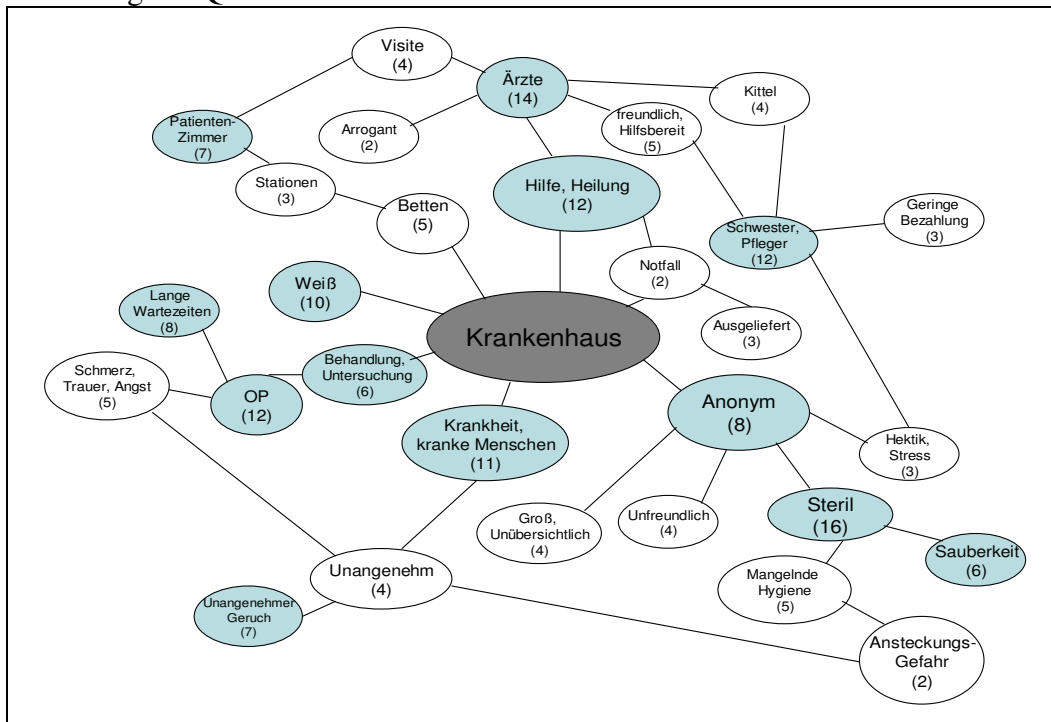
Abbildung 21: Quantitative Zusammensetzung der allgemeinen Krankenhausschemata



Quelle: Eigene Darstellung



Abbildung 22: Qualitatives Krankenhaus-Schema



Quelle: Eigene Darstellung

Im Anschluss an die quantitative Auswertung wurde eine inhaltsanalytische Untersuchung der genannten Begriffe vorgenommen.¹⁷¹ Ziel war es herauszufinden, welche Merkmale besonders oft angegeben werden und somit eine zentrale Rolle in der krankenhausspezifischen Gedankenwelt der Bürger spielen. Die drei am häufigsten genannten Begriffe sind „steril“ (16), „Ärzte“ (14), „Schwester, Pfleger“ (12). Begriffe, die nur eine einzige Nennung erfuhren fanden in dem dargestellten Schemata keine Berücksichtigung.¹⁷² Mit einem Krankenhaus werden sowohl wertneutrale wie werthaltige Eigenschaften verbunden, wobei bei den werthaltigen die negativen Nennungen überwiegen. Von den 283 Assoziationen konnten 201 durch das semantische Netzwerk wiedergegeben werden. Dies entspricht 71,2 % an der Gesamtheit spontaner Assoziationen. Der Aufbau der Darstellung basiert auf Plausibilitätsgründen des Verfassers.

Analyse:

Insgesamt ist innerhalb der Untersuchungsstichprobe ein verhältnismäßig kleines Schema zum allgemeinen Krankenhausbegriff erkennbar. Daraus ergeben sich für den einzelnen Anbieter gute Möglichkeiten spezifische Assoziationen für sich individuell positiv zu

¹⁷¹ Vgl. Baumgarth, C. (2004), 245 f.

¹⁷² Vgl. Bekmeier-Feuerhahn, S. (2005), S. 1345

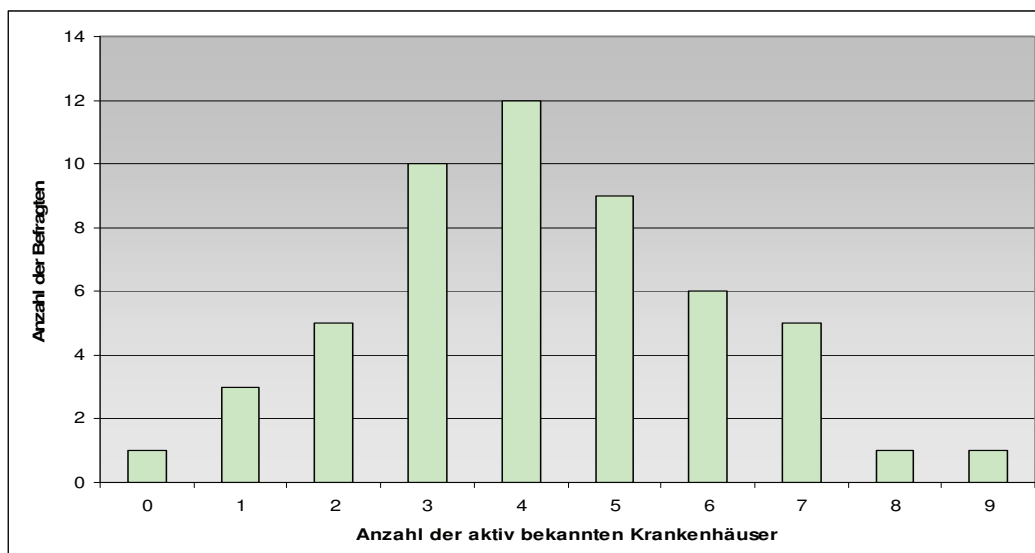


besetzen. Primär dem eigenen Angebot bzw. der Einrichtung zugeschriebene positiv-werthaltige Assoziationen unterstützen die Ausrichtung eines Krankenhauses in Richtung Marke. Demgegenüber steht die Tatsache, dass Krankenhäuser innerhalb der Öffentlichkeitsstichprobe in einem eher negativen Kontext gesehen werden. Das allgemeine negative Krankenhausschema erschwert den Aufbau einer eigenen Krankenhausmarke. Nur wenn es dem einzelnen Krankenhaus gelingt, die allgemein negativen Assoziationen in einem hohen Maße durch Positive überzukompensieren, wird ein positives Gesamtbild in den Köpfen der Bevölkerung entstehen. Für den Aufbau einer Krankenhausmarke ist demnach eine positive öffentliche Wahrnehmung des eigenen Hauses und seiner Dienstleistungen die Grundvoraussetzung.

4.4.2 Aktive und Passive Bekanntheit

Die Untersuchung der Anzahl aktiv bekannter Krankenhäuser je befragten Hamburger ergab einen Minimalwert von 0, einen Durchschnittswert von 4,4 sowie einen Maximalwert von 9. Auffällig ist die „Gaußsche Glocke“ der Bekanntheitswerte, wobei der Median bei 4,5 aktiv bekannter Krankenhäuser liegt.

Abbildung 23: Verteilung der allgemeinen Bekanntheit von Krankenhäusern

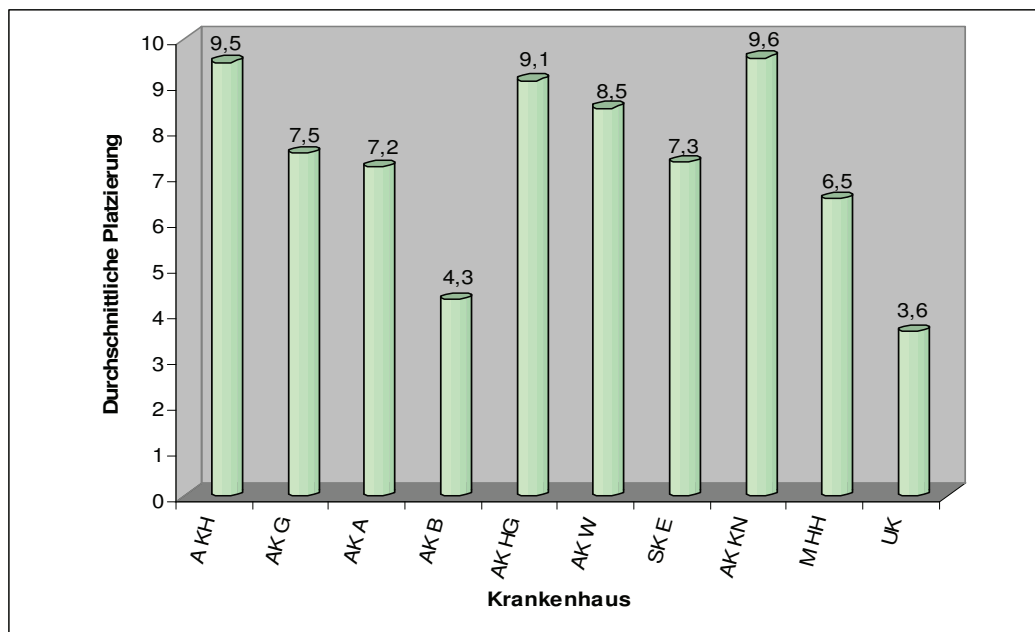


Quelle: Eigene Darstellung



Ein weiterer Untersuchungsgegenstand war die Ermittlung einer Reihenfolge hinsichtlich des Bekanntheitsgrades der im Fragebogen aufgeführten Krankenhäuser. Der berechnete Wert ergibt sich zum einen aus der Platzierung bei einer aktiven Erinnerung und der automatischen Zuordnung auf Platz zehn falls das Krankenhaus nicht genannt wurde. Dadurch ergibt sich im Zusammenspiel aus aktiver Bekanntheit und Zuordnung der Platzierung sowie des Malus der nicht vorhandenen Bekanntheit ein genaueres Abbild über den Stellenwert des Krankenhauses innerhalb des Krankenhausmarktes in der Befragtenpopulation bzw. im untersuchten Agglomerationsraum. Im Ergebnis zeigt sich der größte Bekanntheitsgrad beim UK sowie dem AK B.

Abbildung 24: Bekanntheitsgrad der einzelnen Krankenhäuser im regionalen Krankenhausmarkt

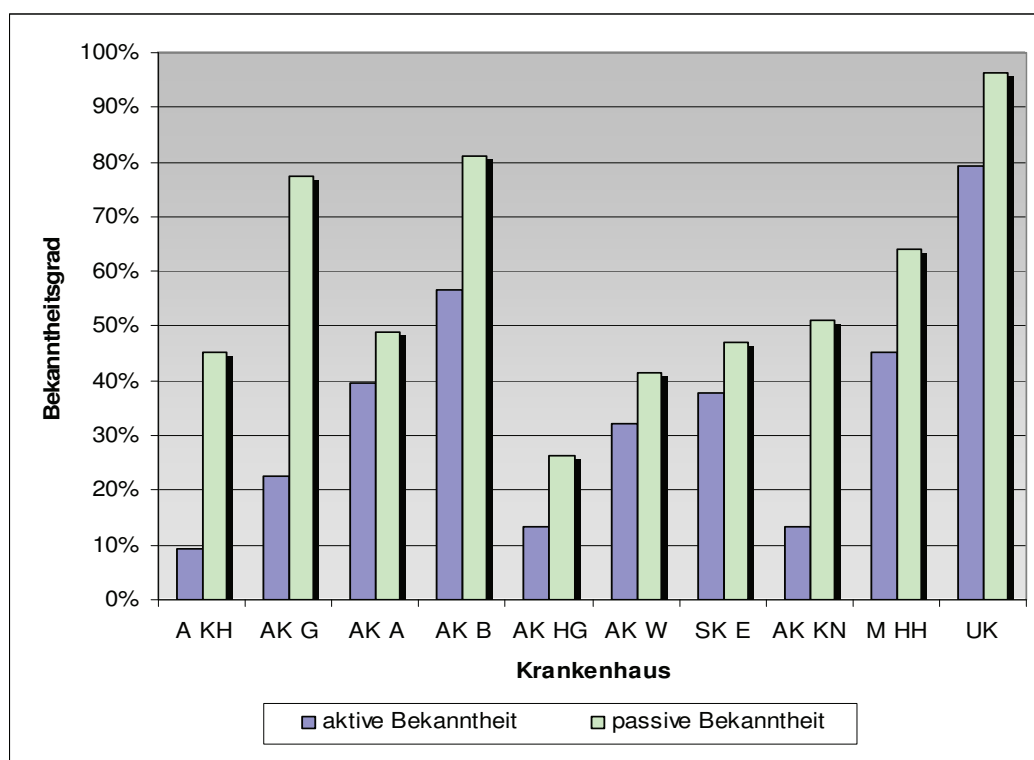


Quelle: Eigene Darstellung



In der folgenden Grafik wurden die spontanen Bekanntheitswerte den gestützten Bekanntheitswerten gegenübergestellt. Neben der Tatsache, dass auch bei der passiven Bekanntheit das UK (96,2 % !) und das AKB am stärksten vertreten sind, fallen besonders die stark überproportional steigenden passiven Bekanntheitswerte des AKKN, AKH sowie des AKG's auf. Während sich der Bekanntheitsgrad der übrigen Krankenhäuser höchstens verdoppelt, findet hier eine Steigerung um bis zum fünffachen statt.

Abbildung 25: Vergleich aktiver und passiver Bekanntheitsgrade der Krankenhäuser



Quelle: Eigene Darstellung

Analyse:

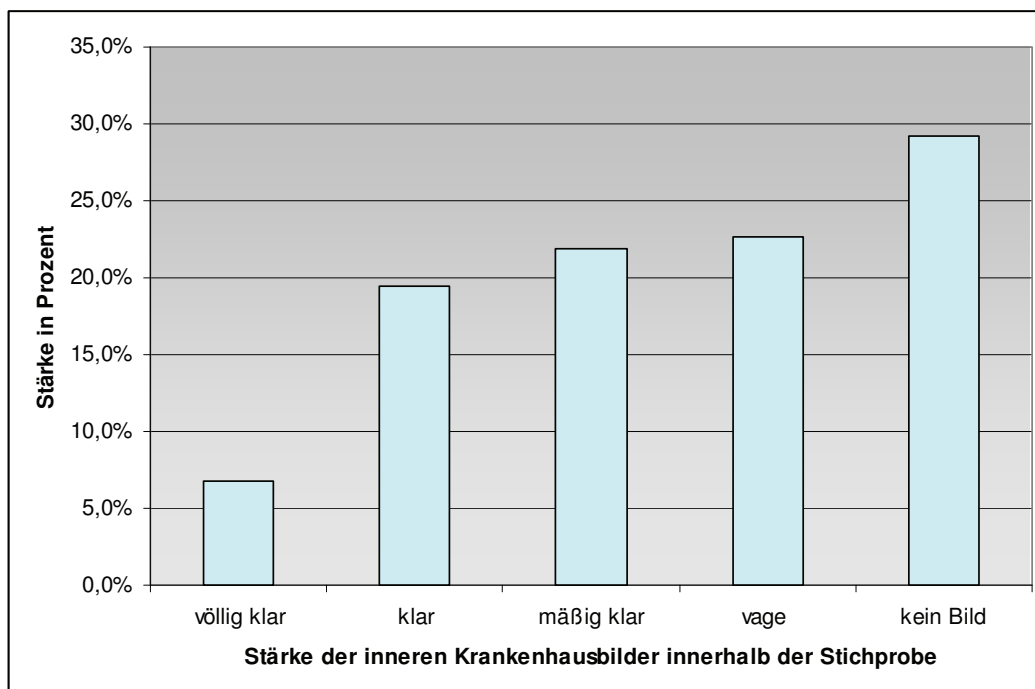
Auf die Frage nach den Alternativen für einen Krankenhausaufenthalt könnte jeder Bewohner in dem untersuchten Ballungsgebiet spontan durchschnittlich 4,4 Krankenhäuser nennen. Gemessen an der Gesamtzahl verfügbarer Krankenhäuser in der Region von 34 sind dies 13 %. Die 10 ausgewählten Krankenhäuser werden in 80 % der Fälle als ein aktiv bekanntes Krankenhaus in der Region genannt. Dementsprechend entfallen die übrigen 20 % der Antworten auf die 24 nicht gelisteten Krankenhäuser und Fachkliniken. Allen Krankenhäusern gemein ist, dass die aktiven Bekanntheitswerte von den Passiven größtenteils stark übertroffen werden.



4.4.3 Inneres Krankenhausbild – „Top of Mind“

Die Untersuchung der Stärke der inneren Krankenhausbilder ergab, dass mehr als die Hälfte der Befragten (51,9 %) ein vages bzw. gar kein inneres Bild von den Krankenhäusern in der Befragungsregion haben. In weniger als 10 % der Fälle bezeichneten die Interviewten ihr inneres Vorstellungsbild als völlig klar. Visualisiert erhält man das in Abbildung 22 dargestellte (lineare) Verteilungsmuster.

Abbildung 26: Allgemeine Auswertung des inneren Krankenhausbildes

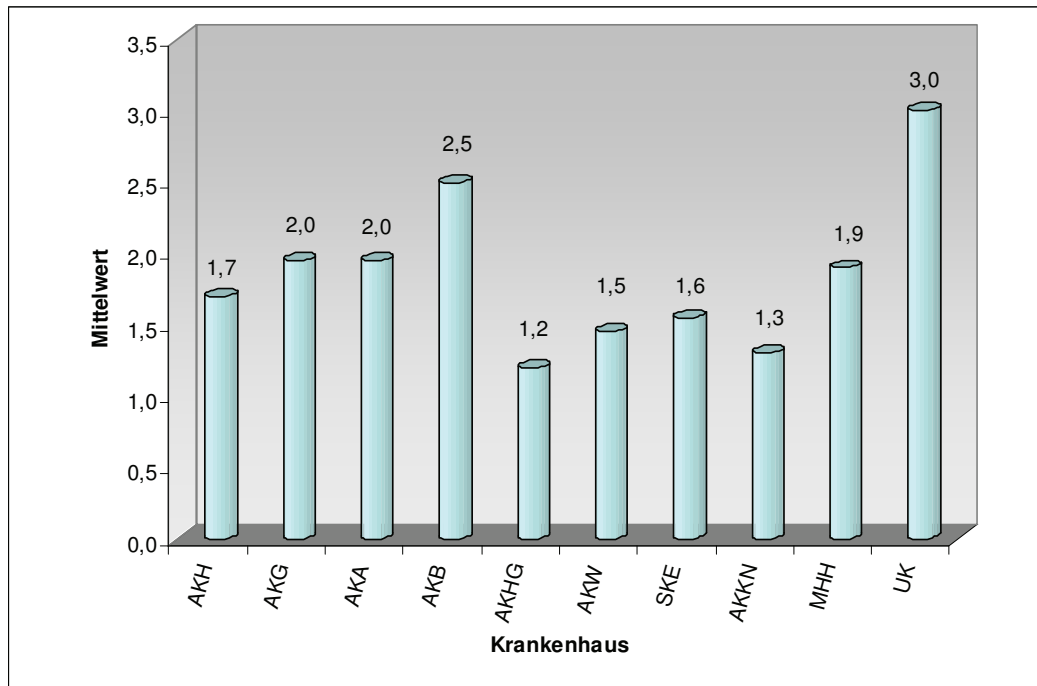


Quelle: Eigene Darstellung

Gefragt nach der Stärke des inneren Krankenhausbildes der angeführten Krankenhäuser ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der aktiven und passiven Bekanntheit. Bei einer fünfstufigen Skala ist das UK am stärksten in den Köpfen der Menschen mit einem Durchschnittswert von 3,0 verankert. Ähnlich gut sind die Umfragewerte für das AKB. Mit den beiden Krankenhäusern AKHG und AKKN können die wenigsten Menschen ein konkretes Vorstellungsbild verbinden.



Abbildung 27: Krankenhaus und inneres Bild

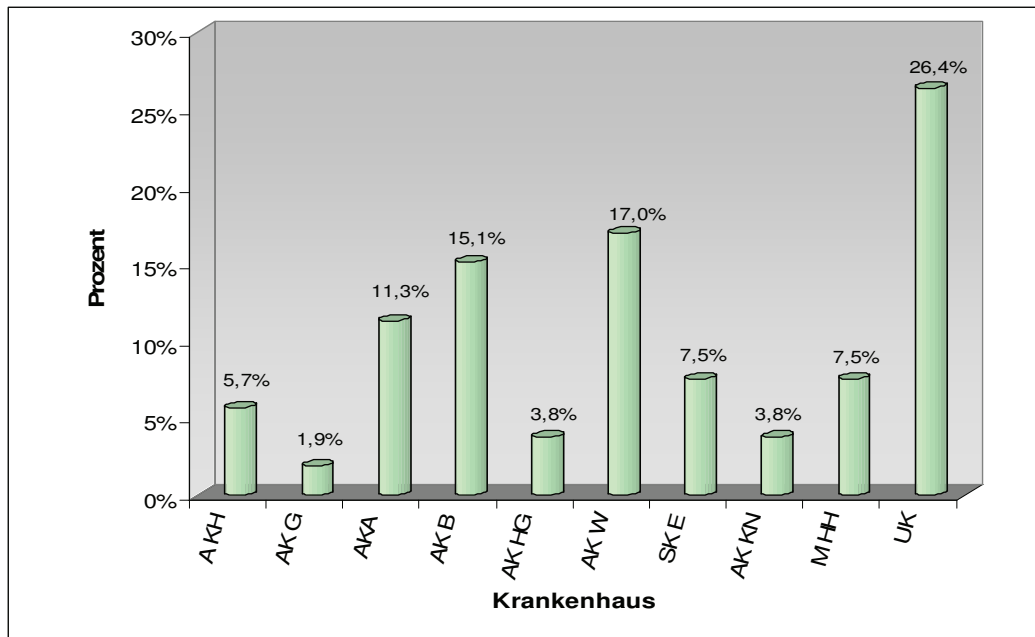


Quelle: Eigene Darstellung

Hinsichtlich des „Top of Mind“ Krankenhauses lässt sich ein leicht verändertes Bild feststellen. Zwar ist es wiederum das UK welches den ersten Platz erreicht, aber an zweiter Stelle tritt diesmal das AK W. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass bei denjenigen denen das AK W bekannt ist, auch ein klares Vorstellungsbild mit dem Krankenhaus verknüpft ist.



Abbildung 28: Auswertung „Top of Mind“ Krankenhauses



Quelle: Eigene Darstellung

Analyse:

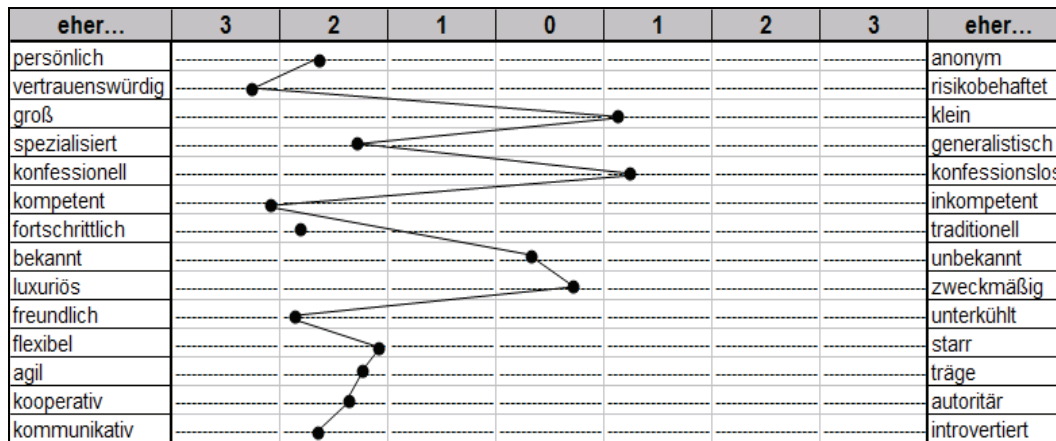
Konkrete Krankenhausbilder haben sich innerhalb der untersuchten Population bis heute kaum etabliert. Für die meisten der Befragten sind die Krankenhäuser der Umgebung eine Art „Black box“. Hier ist der Ansatzpunkt der einzelnen Institution aus der grauen Masse hervorzutreten und indem eine klare Positionierung und Differenzierung gegenüber den restlichen Einrichtungen geschieht. Bislang gelingt es offensichtlich nur einem Krankenhaus (UK) sich von anderen Häusern positiv abzusetzen. Um zu erforschen, ob es sich dabei bereits um die reale Etablierung einer Krankenhausmarke handelt wären weitere Untersuchungen notwendig, die nicht Bestandteil dieser Arbeit sind.

4.4.4 Eigenschaften und Kriterien der Krankenhauswahl

Welche Merkmale und Eigenschaften die potentiellen Patienten von einem Krankenhaus wünschen und welche sie ablehnen war Gegenstand der Frage 5. In erster Linie sind es „Vertrauenswürdigkeit“, „Kompetenz“ sowie „Freundlichkeit“ die erwartet werden. Von nachrangiger Bedeutung sind die Größe und die Trägerschaft eines Krankenhauses (Abb. 29).



Abbildung 29: Auswertung der Krankenseigenschaften

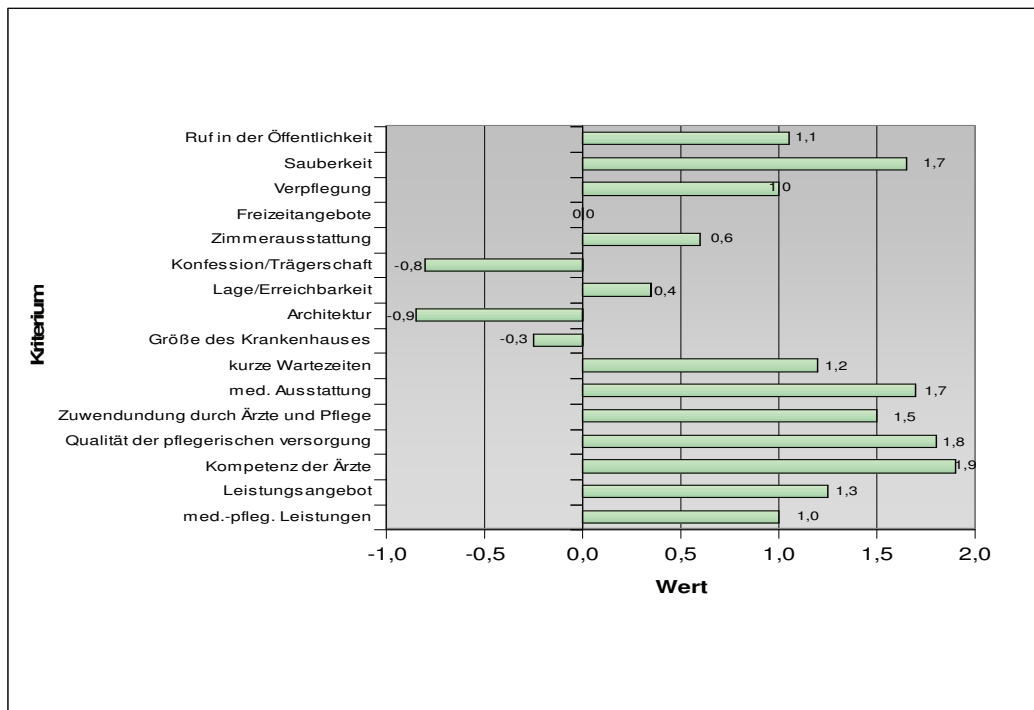


Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der Befragungsergebnisse sind für die Menschen offensichtlich die medizinisch-pflegerischen Merkmale die entscheidenden Auswahlkriterien. Als ein weiteres bedeutendes Kriterium geben die Befragten die Sauberkeit des Krankenhauses an. Von untergeordneter Priorität sind die Trägerschaft und Architektur eines Krankenhauses. Als ein wichtiges aber nicht herausragendes Kriterium der Krankenhauswahl wird der Ruf eines Krankenhauses in der Öffentlichkeit bewertet (Abb.30).



Abbildung 30: Auswertung der Kriterien der Krankenhauswahl



Quelle: Eigene Darstellung

Analyse:

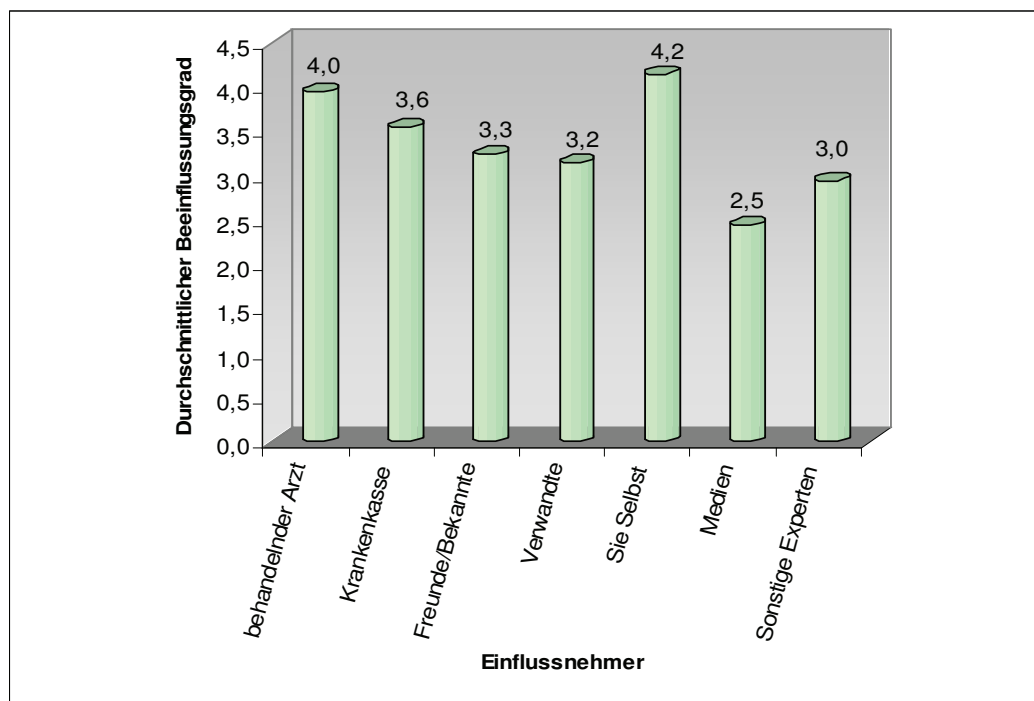
Für den Aufbau einer Krankenhausmarke ist es unerlässlich die Wahrnehmung des Markenfremdbildes an die Erwartungen der potentiellen Zielgruppen auszurichten. Bezogen auf die Zielgruppe Patient bedeutet dies, neben der Betonung von harten Fakten wie „Kompetenz der Ärzte“ und „medizinische Ausstattung“ die menschliche Komponente der Versorgung im Krankenhaus nicht zu vergessen. Wie bereits erwähnt kann der Patient in den wenigsten Fällen den medizinischen Erfolg der Maßnahme umfassend beurteilen. Deshalb hängt sein Urteil bezüglich des Krankenhauses zu einem Großteil von den so genannten weichen Faktoren ab. Hier haben viele Einrichtungen zum Teil erheblichen Nachholbedarf. Wenn es einem Krankenhaus gelingt sowohl den medizinischen Anforderungen wie auch den menschlichen Bedürfnissen nach Sicherheit und Geborgenheit zu entsprechen, kann durch das Zusammenspiel mit weiteren Komponenten ein positives, krankenhausspezifisches Image aufgebaut werden.



4.4.5 Einflussnehmer des Krankenhausauswahlprozesses

Wie aus der folgenden Abbildung entnommen werden kann, bezeichnen sich die meisten Menschen selbst als den entscheidenden Handlungstreibenden, wenn es um die Krankenhauswahl geht. Von den restlichen externen Einflussnehmern wird dem behandelnden Arzt eine Schlüsselfunktion zugeschrieben. Den geringsten Einfluss üben offenbar die Medien auf die Entscheidungsfindung aus. Auffallend ist zudem, dass offensichtlich auch den Krankenkassen eine große Bedeutung bei der Auswahl des Krankenhauses zukommt.

Abbildung 31: Relevanz Einzelner auf den Krankenhausauswahlprozess



Quelle: Eigene Darstellung

Analyse:

Die Kenntnis über die Entscheider des Krankenhausauswahlprozesses ermöglicht dem Krankenhaus zielgerichtete Maßnahmen der Beeinflussung vorzunehmen.

Dem Einweisermarketing kommt gerade in Ballungsgebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern eine besondere Bedeutung zu. Nachzudenken ist auch über eine dezierte Ansprache der verschiedenen Einflussgruppen, indem bestimmte Aspekte der Leistungsfähigkeit hervorgehoben werden. Für eine Krankenkasse kann der Grund für



die Empfehlung eines Krankenhauses an einen Versicherten durchaus ein anderer sein als für den behandelnden Arzt. Während es für einen niedergelassenen Arzt in der Regel keine monetären Interessen an einer Krankenhausbehandlung gibt und er vorwiegend die Qualität der medizinischen Leistungen beurteilt, muss eine Krankenkasse neben qualitativen Aspekten auch wirtschaftliche Umstände berücksichtigen. In der Folge können daraus zwei unterschiedliche Empfehlungen resultieren. Eine etablierte Krankenhausmarke hingegen hätte größere Chancen, dass beide Parteien sich für das eigene Haus aussprechen.

4.4.6 Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der nachfragerbezogenen Erhebung stand die Eruiierung krankenhausbbezogener Fremdbilder sowie weiterer Aspekte des Konsumentenverhaltens. Anhand der Ergebnisse konnte nachgewiesen werden, dass für die Mehrzahl der Probanden der Krankenhausmarkt nicht transparent ist. Für sie ist nicht klar was genau sich hinter einzelnen Krankenhäusern verbirgt und assoziieren die Institution Krankenhaus vorwiegend mit negativen Attributen. Verdeutlicht wird dies auch in den geringen Werten hinsichtlich der aktiven Bekanntheit. Mit einem Durchschnittswert von 4,4 ist hier sicherlich noch Potential nach oben. Die Analyse der inneren Krankenhausbilder verdeutlichte, dass die Probanden nur mit ganz wenigen Krankenhäusern ein konkretes Vorstellungsbild verbinden. Weniger als 25 % haben entweder ein klares oder völlig klares Image von den aufgeführten Krankenhäusern in der Region. Auffallend war die Dominanz einer Einrichtung die bei allen Items mit Abstand vorne lag. Passend zu dem Genannten ist die Vielzahl der Einflussnehmer bei der Krankenhauswahl. Die meisten Menschen betrachten zwar sich selbst als die ausschlaggebende Entscheidungsinstanz, wenn es um die Auswahl des Krankenhauses geht. Letztendlich ist er aber doch häufig auf die verschiedenen Empfehlungen seiner Umwelt angewiesen. Demzufolge sollten alle Krankenhäuser nach höheren aktiven wie passiven Bekanntheitsgraden streben und prägnantere Krankenhausimages entwickeln. Dazu bedarf es einer identitätsorientierten Markenführung, welche sowohl die Innen- als auch die Außenperspektive einer Marke berücksichtigt.



5 Fazit

Das deutsche Gesundheitswesen ist von einer neuen Marktdynamik geprägt, die sich durch veränderte politisch-rechtliche Rahmenbedingungen und einen allgemeinen gesellschaftlichen Wertewandel auszeichnet. Der hieraus entstehende Veränderungsdruck hat dazu geführt, dass sich die Krankenhäuser in einem zunehmenden Wettbewerb befinden. Wie im Rahmen dieser Untersuchung gezeigt werden konnte, unterscheiden sich die im Krankenhaus erbrachten Dienstleistungen von denen anderen Dienstleistungsbranchen. Auf Grund mangelnder Markttransparenz wird der Krankenhausauswahlprozess in den meisten Fällen stark von den niedergelassenen Ärzten beeinflusst. Vor diesem Hintergrund ist das Management eines Krankenhauses gefordert, kundenorientierte Hilfestellungen im Hinblick auf eine selbstbestimmte Angebots- und Anbieterwahl des Patienten zu entwickeln. Unbestritten ist, dass der Dienstleistungsmarke Krankenhaus zukünftig einen größeren Stellenwert einnehmen wird. Für die Umsetzung des Markenführung im Krankenhaus wurde das praxiserprobte und bewährte Konzept des identitätsorientierten Markenführungsprozess vorgestellt. Im Mittelpunkt eines an den Bedürfnissen und Erwartungen der Zielgruppen ausgerichteten Konzepts steht dabei die Zielsetzung langfristiger und profitabler Kundenbeziehungen. Anhand des Entscheidungsprozesses der Krankenhausawahl konnte gezeigt werden, wie dieses Ziel durch Markenführung als Unternehmensstrategie im Krankenhaus erreicht werden kann. Die Herausforderung für die Krankenhäuser wird angesichts des steigenden Wettbewerbsdrucks in Zukunft darin bestehen, über den Aufbau der Markenbildung in den Köpfen der zukünftigen Patienten in den jeweiligen „Evoked Set“ zu gelangen oder sogar das „Top of Mind“ Krankenhaus zu werden, wenn es um die Auswahl eines Krankenhauses für einen planbaren stationären Krankenhausaufenthalt geht. Dies könnte eine kontinuierliche Bettenauslastung bewirken und demzufolge entsprechende Erlöse generieren. Das systematische Management der Markenführung weist hierbei erhebliche Erfolgspotenziale auf, welches mit einem aktuell noch geringen Umsetzungsgrad korreliert. Innerhalb der empirischen Auswertung konnte deutlich gemacht werden, dass lediglich einem von den insgesamt 10 größten Krankenhäusern in der Region ein Art Markenstatus attestiert werden konnte. Hier liegen dementsprechend große Reserven, die es im zukünftigen Wettbewerb auszuschöpfen gilt. Derzeit existieren eine ganze Reihe von Hindernissen beim Markenaufbau, wie z.B. die Krankenhausplanung, Leistungsbudget-



Fazit

tierungen oder Beschneidungen bei der Werbefreiheit. Unter strategischen Gesichtspunkten ist es dennoch ein Muss die Beeinflussung des eigenen Markenwertes unter den gegebenen Umständen voranzutreiben. Gelingt es dem Management eines Krankenhauses, das eigene Haus als Marke zu etablieren, kann dies die Überlebenschance im Markt, vor dem Hintergrund des in den nächsten Jahren weiter zunehmenden Kliniksterbens deutlich verbessern.



Literaturverzeichnis

Aaker, D.A. (1992): Management des Markenwertes, Frankfurt am Main

Aaker, D.-A. (1996): Building Strong Brands, The Free Press, New York

Aaker, D.A./Joachimsthaler, E. (2001): Brand Leadership, New York

Bagusat, A. (2006): Kundenbindungsstrategien für Business-to-Consumer Märkte. Theoretische Entwicklung und empirische Überprüfung eines methodischen Ansatzes, Gabler Verlag, Wiesbaden

Baumgarth, C. (2004): Markenpolitik. Markenwirkungen – Markenführung – Markencontrolling, 2. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden

Becker, J. (2005): Einzel-, Familien- und Dachmarken als grundlegende Handlungsoptionen, in: Esch, F.-R.(Hrsg.), Moderne Markenführung, 4.Aufl., Gabler, Wiesbaden, S. 381-402

Bekmeier-Feuerhahn, S. (1998): Marktorientierte Markenbewertung. Eine konsumenten- und unternehmensbezogene Betrachtung, Gabler Verlag, Wiesbaden

Bekmeier-Feuerhahn, S. (2005): Messung von Markenvorstellungen, in: Moderne Markenführung: Grundlagen – innovative Ansätze – Praktische Umsetzung, Esch, F.-R./Hrsg.), 4.Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 1329-1346

Boscarino, J./Steiber, S.R. (1982): Hospital shopping an consumer choice, in: Journal of Health Care Marketing, Heft 2, S. 15-23

Brandebusemeyer, M./Schuh, A./Kunter, R. (1990): Positives Meinungsbild durch Krankenhausmarketing: Ergebnisse einer Pilotstudie, in: Krankenhaus Umschau, Heft 4, S.262-265



Braun, G.E./Schulz-Nieswandt, F. (2006): Gesundheitsunternehmen im Umbruch, in: Braun, G.E./Schulz-Nieswandt (Hrsg.), Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft, , Nomos Verlag Heft 53

Bruckenberg, E./Klaue, S. Schwintowski, H.-P. (2006): Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Springer Verlag, Berlin

Bruhn, M (1996): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden, Springer Verlag, Berlin

Bruhn, M. (2003): Markenpolitik – Ein Überblick zum „State of the Art“, in: Die Betriebswirtschaft, 63 Jg., S. 179-202

Bruhn, M/Hennig-Thurau, T./Hadwich, K. (2004): Markenführung und Relationship Marketing, in: Bruhn, M. (Hrsg.), Handbuch Markenführung, Kompendium zum erfolgreichen Markenmanagement. Strategien – Instrumente – Erfahrungen, Band 1., 2. Aufl., Gabler Verlag, Stuttgart, S. 391-420

Burmann, C./Blinda, L./Nitschke, A. (2003): Konzeptionelle Grundlagen des identitätsorientierten Markenmanagement, Arbeitspapier Nr. 1 des Lehrstuhls für innovatives Markenmanagement (LiM). Universität Bremen, Burmann, C. (Hrsg.): Bremen

Burmann, C./Zeplin, S. (2005a): Innengerichtetes Identitätsorientiertes Markenmanagement, in: Meffert, C. /Meffert, H./Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement: Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 115-139

Burmann, C./Zeplin, S. (2005b): Innengerichtete Markenkommunikation, in: Esch, F.-R. (Hrsg.): Moderne Markenführung, 4. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 1021-1036



Burmann, C./Meffert, H./Koers, M. (2005): Stellenwert und Gegenstand des Markenmanagement, in: Meffert, C. /Meffert, H./Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement: Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Gabler, Wiesbaden, S. 3-15

Burmann, C./Meffert, H. (2005): Theoretisches Grundkonzept der identitätsorientierten Markenführung in: Meffert, C. /Meffert, H./Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement: Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung, 2. Aufl., Gabler, Wiesbaden, S. 37-72

Burmann, C./Schleusener, M./Weers, J.P. (2005): Identitätsorientierte Markenführung bei Dienstleistungen, in: Markenmanagement, Meffert, H./Burmann, C./Koers, M. (Hrsg.): Wiesbaden, S. 411-432

Cornelius, F./Otto, W./Amelung, V. (2008): Markenbildung im Gesundheitswesen. Gesünder durch Markenmedizin, in: ärztepost, Heft 1, S. 5-8

Dankowski, W./Meyer-Pannwitt, U./Precht, C. (2000): Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte – Strategien - Lösungen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin

Eichhorn S. (1975): Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band 2. 3. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz

Eichhorn, S. (1976): Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band 1, 3. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz

Eichhorn, S. (1997): Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Kohlhammer Verlag, Stuttgart



Eichhorn, P./ Greiling, D. (2003): Das Krankenhaus als Unternehmen, in: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus Report 2002. Schwerpunkt Krankenhaus im Wettbewerb, Springer Verlag, Stuttgart

v. Eiff, W. (2003): HR-Management wird Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen, in: Personalführung. Jg. 36, Heft 7, S. 30-33

v. Eiff, W. (2005): Erfolgsfaktoren für Unternehmensverbindungen im Gesundheitswesen, in: v. Eiff, W., Klemann, A., Wegscheid (Hrsg.), Unternehmensverbindungen-Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen, WIKOM Verlag, S. 17-38

Esch, F.-R. (2001): Wirkung integrierter Kommunikation. Ein verhaltenswissenschaftlicher Ansatz für die Werbung, 3. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden

Esch, F.-R. (2004): Strategie und Technik der Markenführung, 2. Aufl., Vahlen Verlag, München

Esch, F.-R. (2005): Ansätze zur Messung des Markenwerts, in: Esch, F.-R. (Hrsg.), Moderne Markenführung – Grundlagen, Innovative Ansätze, Praktische Umsetzungen, 4. Aufl., Gabler Verlag, S. 1263-1307

Esch, F.-R./ Wicke, A./Rempel, J.E. (2005): Herausforderungen und Aufgaben des Markenmanagement, in: Esch, F.-R. (Hrsg.), Moderne Markenführung, 4. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 3-55

v. Friesen, A./Weismann, T. (2001): Der Markt für Krankenhausversorgung wird international, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Heft 5, S. 468-470

v. d. Gathen, A. (2001): Marken im Jahresabschluss und Lagebericht, Frankfurt a.M.



Fischer, M./ Meffert, H./Perrey, J. (2004): Markenpolitik: Ist sie für jedes Unternehmen gleichermaßen relevant, in: Die Betriebswirtschaft, Heft 3, S. 333-356

Goedereis, K. (1999): Finanzierung, Planung und Steuerung des Krankenhausesektors: Dualistik und Monistik im Strukturvergleich, Lohmar, Köln

Gorschlüter, P. (1999): Das Krankenhaus der Zukunft: Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin

Götte, A. (2000): Die Konfession als imagebildender Faktor eines Krankenhauses – eine empirische Analyse in einem regionalen Gesundheitsnetzwerk, Diplom Arbeit (unveröffentlicht), Institut für Krankenhaus-Management, Westfälische Wilhelms Universität , Münster

Grunert, K.G. (1982): Informationsverarbeitungsprozesse bei der Kaufentscheidung: Ein gedächtnispsychologischer Ansatz, Peter Lang, Frankfurt a. M.

Haubrock, M./Peters, S.H.F./ Schär, W. (1997): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, Berlin, Ullstein Mosby, Wiesbaden

Haubrock, M./Meiners, N./Albers, F. (1998): Krankenhaus-Marketing. Analysen-Konzepte-Methoden, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln

Hildebrandt, H. /Martini O. (1999): Weshalb müssen Krankenhäuser wissen, wie ihre Patienten sie beurteilen, in: Schupeta, E./ Hildebrandt, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern: Was Krankenhäuser von Patienten lernen können, Sankt Augustin, S. 52-54

Hilke, W. (1989): Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungs-Marketing, in: Hilke, W. (Hrsg.), Dienstleistungs-Marketing, Wiesbaden, S. 5-44



Holzmüller, H.H./Scharitzer, D. (1996): Marketing für Gesundheitsorganisationen. Problemstellung, Grundbegriffe und Anwendungen , in: Heimerl-Wagner, P./Köck, C. (Hrsg.), Management in Gesundheitsorganisationen: Strategien, Qualität, Wandel, Ueberreuter Wirtschaft, Wien, S. 339-376

Kapferer, J.-N. (1992): Die Marke – Kapital des Unternehmens, Verlag Moderne Industrie, Landsberg/Lech

Keller, K.L. (1993): Conceptualizing, Measuring and Managing Customer Based Brand Equity, in: Journal of Marketing, Vol. 53, January 1993, S. 1-22

Keller, K.L. (2003): Strategic Brand Management. Building, Measuring and Managing Brand Equity, 2. Aufl., Upper Saddle River

Kiendl, S.C. (2007): Markenkommunikation mit Sport. Sponsoring und Markenevents als Kommunikationsplattform, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden

Kießling, G. (1990): Markenbildung im veränderten Pharma-Umfeld, in: Markenartikel, Jg. 52, Heft 7, S. 328-334

Kim, S. (2007): Das Krankenhaus muss sich als Marke positionieren“. in: f&w, Heft 3, S.266-270

Koppelman, U. (2004): Funktionorientierter Erklärungsansatz der Markenführung, in: Bruhn, M. (Hrsg.), Handbuch Markenführung. Kompendium zum erfolgreichen Markenmanagement. Strategien-Instrumente-Erfahrungen, Bd.1 2. Aufl., Stuttgart, S. 371-390

Kroeber-Riel, W. (1993): Bildkommunikation, Vahlen Verlag, München

Kroeber-Riel, W./Weinberg, P. (2003): Konsumentenverhalten, 8. Aufl., Vahlen Verlag München



Kuchinke, B. (2000): Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter? Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung, Diskussionspapier Nr. 19, Institut für Volkswirtschaftslehre, Technische Universität Ilmenau

Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung, Band 2, Methoden und Techniken, 3. Aufl., Beltz Verlag, Weinheim

Lane, P.M./Lindquist, J.D. (1988): Hospital Choice: A summary of the Key Empirical and Hypothetical Findings of the 1980s, in: Journal of health care marketing, Heft 4, S. 5-20

Lohmann, H./Bornemeier, O. (2002): Wettbewerb und Markenprodukte im Gesundheitswesen, in. Das Krankenhaus, Heft 6, S. 456-462

Lüngen, M. (2007): Markenpolitik im Gesundheitswesen: Krankenhausleistungen als Marke? Studien zur Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Url: http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2007-05_krankenhaeuser_als_marke.pdf. [Stand 20.08.2008]

Marshall, M.N./ Shekelle, P.G./ Leatherman, S./Brook, R.H. (2000): The Public Release of Performance Data, in: Journal of American medical Association (JAMA), 283 Jg., S. 1866-1874

Mayer, A.G. (2005): Auffallend angenehm anders, in: Krankenhausumschau, Jg. 74, Heft 3, S. 200-203

Meffert, H. (1998): Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung: Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele , 8. Aufl. Gabler Verlag, Wiesbaden

Meffert, H. (2002): Strategische Optionen der Markenführung, in: Markenmanagement. Grundfragen der identitätsorientierten Markenführung, Meffert, H./Burmann, C. /Koers, M. (Hrsg.): Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 135-165



Meffert, H. /Bierwirth, A. (2001): Stellenwert und Funktionen der Unternehmensmarke – Erklärungsansätze und Implikationen für das Corporate Branding, in: Tomczak, T./Kernstock, J./Will, M. (Hrsg.), Corporate Branding, St. Gallen, Heft 4, S. 5-12

Meffert, H./Burmans, C. (2002a): Theoretisches Grundkonzept der identitätsorientierten Markenführung, in: Meffert, H. /Burmans, C./Koers, M. /Hrsg.), Markenmanagement. Grundfragen der identitätsorientierten Markenführung, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 35-68

Meffert, B./Burmans, C. (2002b): Markenmanagementkonzept der identitätsorientierten Markenführung, in: Meffert, H./Burmans, C./Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement. Grundfragen der identitätsorientierten Markenführung, Gabler Verlag Wiesbaden, S. 73-97

Meffert, H./Bruhn, M.(2006): Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte - Methoden, 5. Aufl. Gabler Verlag, Wiesbaden

Meffert, H./ Burmans, C. (1996): Identitätsorientierte Markenführung - Grundlagen für das Management von Markenportfolios, Arbeitspapier Nr. 100 der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e.V. Meffert, H./Backhaus,K/Wagner, H. (Hrsg.): Münster

Meffert, H/ Burmans, C. /Koers, M. (2002): Vorwort, in: Meffert, H./Burmans, C./Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement. Grundfragen der identitätsorientierten Markenführung, Wiesbaden, S. V-VI

Meffert, H./Steffenhagen, H./Freter, H. (1979): Entwicklungen und Schwerpunkte der Käuferverhaltensforschung, in: Meffert H./Steffenhagen, H./Freter, H. /Hrsg.), Konsumentenverhalten und Information, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 23-35



Okorafor, H. (1983): Hospital Characteristics Attractive to Physicians and the Consumers: Implications for Public general Hospitals, in: Hospital and Health Services Administration, Heft 2, S. 50-65

Olandt, H. (1998): Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern: Operationalisierung und Messung der Patientenwahrnehmung, Gabler Verlag, Wiesbaden

Paivio, A. (1977): Images, Propositions and Knowledge, in: v. Nicholas, J.M: (Hrsg.), Images, Perception and Knowledge, Dordrecht (Holland), S. 47-71

Reif, M. (2001): Mangelware Personal?, in Krankenhausumschau, Heft 7, S. 571-573

Ruge, H.-D. (1988): Die Messung bildhafter Konsumerlebnisse, Reihe Konsum und Verhalten, Bd. 16, Physica, Heidelberg

Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten (Kurzfassung), Bd..1 Nomos Verlag

Safi, S. (2007): Markenbildung im Gesundheitswesen - Konzepte am Beispiel eines Klinikverbundes. VDM Verlag, Saarbrücken

Schneider, H. (2002): Identitätsorientierte Markenführung in der Politik, in: Meffert, H. /Burmans, C. /Koers, M. (Hrsg.), Markenmanagement. Grundfragen der identitätsorientierten Markenführung, Gabler Verlag, S. 353-373

Schlüchtermann, J. (1996): Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven einer Weiterentwicklung, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Heft 3, 1996, S. 252-259

Schütte, G. (2007): „Spitzenmedizin wird zur Marke“. in: Die Gesundheitswirtschaft, Heft 2, S. 24-26



Seiffert, H. (1996): Einführung in die Wissenschaftstheorie, Bd. 2, 10. Aufl., Verlag C.H. Beck, München

Siefke, A. (1998): Zufriedenheit mit Dienstleistungen: ein phasenorientierter Ansatz zur Operationalisierung und Erklärung der Kundenzufriedenheit im Verkehrsbereich auf empirischer Basis, Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M.

Sommer, R. (1998): Psychologie der Marke. Die Marke aus Sicht des Verbrauchers, Deutscher Fachverlag, Frankfurt a. M.

Statistisches Bundesamt (2008): Grunddaten der Krankenhäuser 1991-2006, Url: https://www-gensis.destatis.de/genesis/online/dWerteabruf_Page;jsessionid=66EC9E2F73E6C6390598558F968C2117.tc21 [Stand: 25.09.2008]

Stauss, B. (2004): Dienstleistungsmarken, in: Bruhn, M. (Hrsg.), Handbuch Markenführung. Band 1. Kompendium zum erfolgreichen Markenmanagement. Strategien – Instrumente – Erfahrungen, Gabler Verlag, Wiesbaden

Steinmann, S. (2003): Marken entstehen im Kopf des Verbrauchers – Eine kritische Analyse, in: Meyer, P.W./Meyer, A. (Hrsg.), Schriftenreihe: Schwerpunkt Marketing, Bd. 131, FGM Verlag, München

Storcks, H (2003): Markenführung im Krankenhaus: Eine empirische Analyse am Beispiel eines regionalen Konkurrenzumfeldes, Verlag Dr. Kovac, 1. Auflage, Hamburg

Thill, K.-D. (1996): Ideenhandbuch für erfolgreiches Krankenhaus-Marketing, Bauermann Verlag, Kulmbach

Thill, K.-D. (1999): Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser: theoretische Grundlagen und praktische Fallbeispiele, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln



Thierner, J. (2004): Erlebnisorientierte Kommunikationsplattform als mögliches Instrument der Markenführung – dargestellt am Beispiel der Automobilindustrie, Url: http://cgi.uni-kassel.de/~dbupress/download_frei.pdf.cgi?3-89958-093-1 [Stand: 05.06.2008]

Trommsdorff, V. (2003): Konsumentenverhalten, 3. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln

Tscheulin, D. K./Helmig, B. (2000): Krankenhausmarketing - Dienstleistungsmarketing, in: Eichhorn, P./Seelos, H.-J./Graf v.d. Schulenberg, J.-M. (Hrsg.), Krankenhausmanagement, München, Jena, S. 206-235

Verband der Angestellten- Krankenkassen e.V. (Hrsg.), (2008): Qualitätsberichte der deutschen Krankenhäuser 2006 Url: <http://www.klinik-lotse.de/khsWeb2/search.do;jsessionid=0000dmHaGCvhbKKOTR41aTSAcq2:-1?regionType=Bundesland&bundesland=Hamburg&stichwort=&action=Suchen> [Stand: 18.05.2008]

Wiedmann, K.-P. (2004): Markenführung und Corporate Identity, in: Bruhn, M. (Hrsg.), Handbuch Markenartikel, Band 2, Gabler Verlag, Stuttgart, S. 1033-1054

Ziegenbein, R. (2001): Klinisches Prozessmanagement: Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh



Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 08.10.2008



Anhang auf CD- Rom

Fragebogen: „Krankenhausbekanntheit und deren Einfluss auf die Krankenhauswahl“