

Determinanten eines erfolgreichen Einweisermarketings – eine explorative empirische Analyse

Determinants of Successful Hospital Admission Marketing – an Empirical Study

Autoren

A. Hesse, J. Schreyögg

Institut

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Fakultät Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin

Schlüsselwörter

- Krankenhausmarketing
- Einweiserzufriedenheit
- Einweiskriterien
- Regressionsanalyse

Key words

- hospital marketing
- satisfaction of referring physicians
- hospitalisation criteria
- regression analysis

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-962846
Gesundh ökon Qual manag
2007; 12: 1–5 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 1432-2625

Korrespondenzadresse

Dipl.-Kff. Armgard Hesse
Fachgebiet Management im
Gesundheitswesen, Fakultät
Wirtschaft und Management,
Technische Universität Berlin
Sekretariat EB 2
Straße des 17. Juni 145
10623 Berlin
Tel.: ++49/30/31 42 84 21
Fax: ++49/30/31 42 84 33
armgard.hesse@tu-berlin.de

Zusammenfassung

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren zur Kostenbegrenzung und Qualitätssteigerung den Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheits- und Sozialleistungen forciert. Um in diesem Wettbewerb bestehen und sich von der Konkurrenz differenzieren zu können, sind Krankenhäuser daher gezwungen, sich neu zu orientieren. Zur Erreichung dieser Ziele eignet sich der unterstützende Einsatz von zielgruppenorientierten Marketingmaßnahmen. Aufgrund ihrer Funktion als Gatekeeper ist die Zielgruppe der einweisenden Ärzte von besonderer Wichtigkeit. Im vorliegenden Beitrag werden Kriterien ermittelt, die für die Zufriedenheit der Einweiser und damit für Patienteneinweisungen relevant sind. Grundlage dafür ist eine Erhebung unter niedergelassenen Ärzten, die im Sommer 2005 durchgeführt wurde. Die Daten wurden anhand einer Regressionsanalyse, nach Verdichtung der Items mittels einer Faktorenanalyse, ausgewertet. Aufgrund der beiden signifikanten Skalen und ihren Items lassen sich Implikationen für das Einweisermarketing eines Krankenhauses ableiten und die Notwendigkeit von zielgruppenspezifischen Maßnahmen aufzeigen.

Problemstellung

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren den Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheits- und Sozialleistungen forciert. Um in diesem Wettbewerb bestehen zu können, sind Krankenhäuser daher gezwungen, sich neu zu orientieren und mithilfe einer gezielten Dienstleistungs- und Kundenarbeit eine Positionierung und Differenzierung zu erreichen [1]. Für diese Positionierung ist die Zielgruppe der Einweiser für ein Krankenhaus von besonderer Wichtigkeit, da sie einen großen Einfluss auf die Len-

Abstract

The legislator increasingly facilitates competition in the health care delivering system in order to limit actual costs and improve quality. For this reason hospitals are in need of reorientation to remain competitive and to differentiate from competitors. Target group orientated marketing is an adequate supporting tool to achieve these objectives. Because of its function as Gatekeepers, the target group of referring physicians is of major importance. On basis of a survey among referring physicians (summer 2005) this article identifies determinants which are relevant for their satisfaction and hospitalisation-behaviour. After having aggregated the data by a factor analysis a regression analysis is carried out to analyse the data. The result shows two significant factors and their items. They are used to evaluate marketing implications and to point out the necessity of targeting referring physicians.

kung von Patientenströmen hat (75% der Einweisungen in deutsche Krankenhäuser werden durch niedergelassene Ärzte veranlasst) (Morra, S. 63, zit. n. [2]) und somit die für die Bettenauslastung eines Krankenhauses verantwortliche Gatekeeper-Gruppe darstellt [3]. Um der hohen Bedeutung der niedergelassenen Ärzte gerecht zu werden, müssen Marketing-Aktivitäten zielgerichtet eingesetzt werden. Diese Maßnahmen sollten sich idealerweise an Kriterien orientieren, die von der Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte für eine Einweisung als relevant eingestuft wurden. Im Rahmen des vorliegenden Beitrages

werden anhand einer Einweiserstudie Einweiskriterien regressionsanalytisch aufgedeckt, die das Konstrukt der Gesamtzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit dem Krankenhaus erklären und somit für niedrige bzw. hohe Einweisungszahlen verantwortlich sind. Dabei werden vorhandene Skalen vergleichbarer Studien weiterentwickelt.

Zielgruppen des Krankenhauses

Um die für den Erfolg eines Krankenhauses relevanten Größen zielgerichteter bearbeiten zu können, sollte man das Umfeld eines Krankenhauses in Problembereiche unterteilen [4]. Im Rahmen einer Marktsegmentierung wird eine Gruppierung von Zielkunden vorgenommen, sodass nach relevanten Merkmalen intern homogene, extern heterogene stabile und instrumentell relevante Zielgruppen entstehen, die fokussiert bedient oder beeinflusst werden [5]. Mayer teilt das Umfeld eines Krankenhauses in sechs für das Krankenhaus-Marketing relevante Zielgruppen (Einweiser, Patienten, Förderer, Krankenkassen, Gemeinde, Mitarbeiter) ein [4]. In der Literatur findet man weitere Gruppen [6], die jedoch meist zu den oben genannten Zielgruppen zugeordnet werden können. Neben den wichtigen Bereichen des Patienten-Marketings und des Mitarbeiter-Marketings kommt dem Einweiser-Marketing besondere Wichtigkeit zu. Darauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Das Einweiser-Marketing zielt auf die externe Zielgruppe der Einweiser ab. Macht diese gute Erfahrungen mit einem Krankenhaus, ist zu erwarten, dass die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus und damit die Bereitschaft, weitere Einweisungen vorzunehmen, steigt [7]. Daher sollten die Variablen „Zahl der einweisenden Ärzte“ und „Zahl der Einweisungen pro Arzt“ mit gezielt eingesetztem Einweiser-Marketing beeinflusst und gesteuert werden. Dies kann mittels des Push-Marketings geschehen, das darauf basiert, den niedergelassenen Arzt mittels Informationen über die Krankenhausleistungen und entsprechenden Modellen der Zusammenarbeit und Kommunikation zur Einweisung zu motivieren [4]. Eine geeignete Form der Zusammenarbeit stellt z.B. die Veranstaltung von Ärzteforen dar [8]. Wichtig ist, dass das Krankenhaus bei der Gestaltung von Marketingmaßnahmen die für Krankenhauswerbung gesetzten rechtlichen Grenzen beachtet [9]. Relevante Einweiskriterien wie „fachlicher Ruf“, „kurzer Weg“, „persönlicher Kontakt“, „Patientenwunsch“ und die „medizinisch-technische Ausstattung“ sollten bei der Gestaltung der Aktivitäten ebenfalls berücksichtigt werden¹ [10, 11].

Empirische Analyse

Konstruktentwicklung und Operationalisierung

Die im Folgenden erläuterte Studie beruht auf einer im August 2005 durchgeführten schriftlichen Befragung von 115 niedergelassenen Ärzten im Umkreis eines ländlichen Krankenhauses in den neuen Bundesländern. Aufgrund einer Rücklaufquote von

¹ Die genannten Kriterien sind Ergebnis einer Studie, bei der im Jahre 1996 von Juwi Konzept in Zusammenarbeit mit der Ärztezeitung für die Hoffmann-La Roche AG 600 niedergelassene Ärzte in ganz Deutschland befragt wurden. Fachlicher Ruf (23%), Kurzer Weg (18%), Persönlicher Kontakt (17%), Patientenwunsch (16%), Medizinisch-technische Ausstattung (7%); vgl. [10].

32,2% basiert die Studie auf 37 Datensätzen². Den Einweisern wurde auf postalischem Wege ein standardisierter Fragebogen zugeschickt, dessen Erfassung drei Dimensionen umfasste, die sich in ihren Ausprägungen auf die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten auswirken. Bei den Dimensionen handelt es sich um: A: Kommunikations- und Informationspolitik, B: Leistungen und C: Organisation/Distribution. Anhand von fünfstufigen subjektiven Schätzskaleten sollten die Einweiser die Bewertung der Fragen und Aussagen vornehmen (nach Likert). Das statistische Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 0,05$ als signifikant festgelegt [12].

Ziel der Regressionsanalyse ist, die Faktoren (unabhängige Variablen) zu identifizieren, die die Gesamtzufriedenheit (ges_zufr) der niedergelassenen Ärzte mit dem Krankenhaus (abhängige Variable) maßgeblich bestimmen und an die eine sinnvolle Marketingplanung angeknüpft werden kann. Zur Generierung der erklärenden Variablen wurde im vorliegenden Fall eine Faktorenanalyse³ durchgeführt. Insgesamt wurden 8 Skalen generiert, von denen 7 als reliabel identifiziert und in das Modell aufgenommen wurden. Drei dieser Skalen beziehen sich auf die Dimension „Kommunikations- und Informationspolitik“, zwei auf die Dimension „Leistung“ und zwei auf die Dimension „Organisation/Distribution“. Die Skala „Weiterbildung“ wurde wegen ihres niedrigen Reliabilitätswertes Alpha $\alpha = 0,5$ aus der Analyse ausgeschlossen.

Ergebnisse der Regressionsanalyse

Im Rahmen der Regressionsanalyse werden fünf dieser sieben Faktoren aufgrund mangelnder Signifikanz aus dem Modell ausgeschlossen. Das Endmodell mit einer Signifikanz von 0,000 umfasst die Faktoren „Performance medizinische & pflegerische Leistung“ (0,000) und „Performance Mitarbeiter und Technik“ (0,001) als erklärende Variablen. **Tab. 1** stellt die Regressionskoeffizienten und Signifikanzen dar.

Die Regressionskoeffizienten geben Aufschluss über den Einfluss einzelner Faktoren auf die Gesamtzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit dem Krankenhaus. Steigt die Performance der medizinisch und pflegerischen Leistung oder auch der Mitarbeiter und der Technik, so steigt auch die Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit dem Krankenhaus. Diese Zusammenhänge sind im vorliegenden Fall hoch signifikant. Der standardisierte Regressionskoeffizient zeigt, dass fac1_b einen 1,2-fach höheren Anteil an der Erklärung der Streuung hat als fac2_b. Somit leistet fac1_b den größeren Erklärungsbeitrag für eine potenzielle Zufriedenheitsänderung. Weiterhin wurde eine Kollinearitätsdiagnose durchgeführt. Anhand des Varianzinflationsfaktors wurde geprüft, ob Kollinearität vorliegt. Der VIF-Wert von 1,09 besagt,

² Das Durchschnittsalter liegt bei 51 Jahren ($n = 27$). 38% der antwortenden Ärzte sind weiblich und 62% männlich ($n = 29$). 52% sind Allgemeinmediziner und 22% gehören der Inneren Medizin an ($n = 27$). Im Durchschnitt lag der Berufsbeginn der Ärzte im Jahr 1980 ($n = 27$).

³ Die Faktorenanalyse ist ein Instrument zur Reduzierung von Dimensionen und dient in der vorliegenden Untersuchung dem Ziel, die Menge der Items auf eine übersichtliche Zahl von Faktoren (auch Skalen genannt) zu reduzieren.

⁴ Kollinearität liegt vor, wenn zwischen zwei oder mehreren erklärenden Variablen eine deutliche Korrelation besteht. VIF-Werte sind Kehrwerte der Toleranzwerte. Hohe Werte (über 10) weisen auf Kollinearität hin (vgl. Brosius, 1998, S. 563–566).

⁵ Bei einer multiplen Regression wird das korrigierte R² betrachtet, da es alle erklärenden Variablen berücksichtigt (vgl. Brosius, 1998, S. 566).

Faktoren mit signifikantem Einfluss R ² = 74%	nicht standardisierter Koeffizient B	standardisierter Koeffizient Beta	Signifikanz
Performance medizinische & pflegerische Leistung (fac1_b)	0,36	0,800	0,000
Performance Mitarbeiter & Technik (fac2_b)	0,27	0,666	0,001
(Konstante)	1,94		0,000
<i>Faktoren ohne signifikanten Einfluss</i>			
Performance der Kommunikation fac1_a	-0,16	-0,369	0,434
Informationsquellen fac2_a	0,07	0,157	0,303
gewünschte Kommunikationsformen fac4_a	0,04	0,085	0,621
Formen des Wissenstransfers fac1_c	0,12	-0,237	0,330
Formen der fachlichen Zusammenarbeit fac2_c	0,04	0,097	0,691
abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit der Niedergelassenen mit dem Krankenhaus			

Tab. 1 Regressionskoeffizienten und Signifikanz

dass keine Multikollinearität vorliegt⁴. Im vorliegenden Fall beträgt das korrigierte R² = 0,736⁵, das heißt, ein erheblicher Anteil der Streuung ist interpretierbar.

• **Tab. 2** zeigt alle Einzelitems der signifikanten erklärenden Variablen. Die Reihenfolge der Items gibt Aufschluss über die Höhe ihrer Faktorladung innerhalb der Skala. Somit ist der Erklärungsgehalt des ersten Items für den Faktor höher als der der letzten Items.

Tab. 2 Unabhängige Variablen des Regressionsmodells

Skala	Items	
Performance medizinische & pflegerische Leistung (fac1_b)	1. KH-Ärzte führen hausärztl. Medikation fort	n _{Items} = 8 n _{Cases} = 25 α = 0,92
	2. KH-Ärzte berücksichtigen bei Medikation hausärztl. Budget	
	3. Qualität der Pflege	
	4. Fachlicher Ruf	
	5. Medizinisches Niveau	
	6. Medikamentöse Therapie	
	7. Verpflegung	
	8. Breite des Leistungsangebotes	
Performance Mitarbeiter & Technik (fac2_b)	1. Wartezeit bei Aufnahme	n _{Items} = 4 n _{Cases} = 24 α = 0,77
	2. Technische Ausstattung	
	3. Seelsorge/ Fürsorge	
	4. Freundlichkeit des Personals	

Kritische Diskussion der Ergebnisse

Beiden unabhängigen Variablen ist gemeinsam, dass sie die Güte der Leistungserstellung (Performance) widerspiegeln. Den höchsten und signifikantesten Einfluss auf die abhängige Variable hat die Skala „Performance medizinische & pflegerische Leistung“. Sie umfasst 8 Items, die das Abschneiden in den Bereichen Leistungsangebot, medizinisches Niveau, Medikation und Pflege betreffen.

Die beiden Items mit der höchsten Faktorladung (Item 1 und 2) beziehen sich auf die medikamentöse Therapie und die dabei stattfindende Rücksichtnahme auf den niedergelassenen Arzt. Es ist nicht verwunderlich, dass diese Items eine besonders hohe Wichtigkeit besitzen, da es hier um die Kompetenz des niedergelassenen Arztes und deren Akzeptanz durch die Krankenhausärzte geht. Eine gute Zusammenarbeit und damit ein Vertrauensverhältnis und Zufriedenheit können immer nur

auf Basis gegenseitiger Akzeptanz und Ergänzung wachsen. Eine Studie von Zinn und Messner zur Zufriedenheit von Einweisern mit verschiedenen Items eines Krankenhauses unterstreicht dieses Ergebnis. Sie ergab in Bezug auf das Item „Absprachen bzgl. der Arzneimitteltherapie“ gerade mal die Note akzeptabel (39 von 100 Punkten) [13] und zeigt damit eine deutliche Unzufriedenheit mit diesem Kriterium.

Items 4 bis 8 beziehen sich auf das Leistungsniveau des Krankenhauses. Wichtig für den Niedergelassenen ist, wie hoch die Qualität der Pflege (3.) und der Medikation (6.) und wie gut der fachlicher Ruf (4.), bzw. wie hoch das medizinische Niveau (5.) ist. Bei diesen Bereichen handelt es sich um das Kernprodukt eines Krankenhauses. Da niedergelassene Ärzte zunehmend ihre Patienten umfassend und kontinuierlich betreuen wollen, ist der einweisende Arzt natürlich daran interessiert, dass sein Patient die bestmögliche Heilbehandlung und Pflege erhält [14]. Macht der Patient negative Erfahrungen in einem Krankenhaus, das ihm von seinem einweisenden Arzt empfohlen wurde, ist die Gefahr groß, dass er diesem die „schlechte“ Empfehlung vorwirft oder sogar den Arzt wechselt. In diesem Zusammenhang sollte ein Krankenhaus auch die Patientenzufriedenheit evaluieren und primär die Faktoren verbessern, die von Patienten als zufriedenheitsrelevant angesehen werden. Helmig und Dietrich (2001) kommen z. B. zu dem Ergebnis, dass „die Indikatoren der Prozessqualität die wichtigste Rolle im Hinblick auf die Zufriedenheit sowie die Weiterempfehlungsabsicht spielen“ [15]. Dass für Einweiser der fachliche Ruf und das medizinische Niveau von großer Bedeutung sind, bestätigen auch Tscheulin und Häberlein (1997). Diese weisen darauf hin, dass das Kriterium „Reputation“ ein eher diffuses und wenig greifbares Kriterium und daher eine weitere Erforschung der imagebildenden Faktoren ratsam ist [16]. Dietrich und Grapp (2005) zeigen, dass es wichtig ist, niedergelassene Ärzte durch aktuelle Informationen von der Qualität der Krankenhausleistungen und eines hohen medizinischen Niveaus zu überzeugen und sie mit adäquaten Informationsmaterialien zur Weitergabe an potenzielle Patienten zu versorgen. Diese Studie ergab, dass 91,8% der befragten Patienten ihre Haus- bzw. Fachärzte als Informationsquelle für Qualitätsinformationen heranziehen würden. Auf die Frage hin, aus welcher Quelle Patienten Informationsmaterialien über Krankenhäuser erhalten wollen, ohne diese vorher angefordert zu haben, gaben 35,4% der Patienten ebenfalls ihren Haus- oder Facharzt an [17]. Auch andere Studien ergeben, dass Patienten ihre Krankenhaus-Wahl hauptsächlich aufgrund ärztlicher Empfehlung treffen [17]. Dieses Ergebnis

geht konform mit dem Ergebnis einer Studie von Tscheulin et al. (2001). Dort stand die Informationsquelle „Facharzt“ (Gynäkologe) bei Frauen, die nach einer Geburtsklinik suchten, schon an dritter Stelle von 26 möglichen Informationsquellen [18].

Die beiden Items „Verpflegung“ (7.) und „Breite des Leistungsangebotes“ (8.) repräsentieren die letzten beiden Items der Skala. Ihr Platz am Ende der Itemliste bedeutet, dass sie bezüglich ihrer Faktorladungen nur einen geringen Einfluss auf die Gesamtskala haben. Die „Verpflegung“ gehört auf den ersten Blick nicht zu den wesentlichen Qualitätsmerkmalen eines Krankenhauses, dessen Ziel es ist, gute medizinische Leistungen zu erbringen. Trotzdem sei zu bedenken, dass das Essen eine der wenigen Leistungen ist, die jeder Patient ohne spezifische Vorkenntnisse beurteilen kann [19]. Da der Einweiser seine Informationen über ein Krankenhaus hauptsächlich über seine Patienten bezieht, besteht die Gefahr, dass es bei Patienten, deren Gesamteindruck vom Krankenhausaufenthalt durch schlechte Verpflegung getrübt ist, zu verzerrter Informationsweitergabe an den Einweiser kommt. Diese Aussage wird gestützt durch Ergebnisse von Braun und Nissen. Diese erläutern, dass das „Essen aus Patientensicht“ zwar weniger wichtig für die Zufriedenheit der Einweiser ist, aber immer noch einen signifikanten Einfluss besitzt [7]. Bei der Wahl einer Geburtsklinik konnte das Item „Qualität des Essens“ keinen signifikanten Einfluss erreichen, was wiederum die geringe Faktorladung unterstreicht [18].

Das Item „Breite des Leistungsangebotes“ (8.) gibt Auskunft über das Leistungsspektrum und damit über die Aufstellung des Krankenhauses. Bezüglich der Breite des Leistungsangebotes kann vor allem dann Unzufriedenheit ausgelöst werden, wenn zwischen dem kommunizierten Anspruch des Hauses und der Realität eine Differenz wahrzunehmen wäre. Wenn dem niedergelassenen Arzt vermittelt wird, dass es sich um ein Krankenhaus der Grundversorgung handelt, wird er auch keinen größeren Leistungsumfang erwarten. Unzufriedenheit wird folglich nur ausgelöst, wenn selbst diese Grundversorgung nicht oder nur unzureichend gewährleistet wird. Bei der Breite des Leistungsangebotes gilt also nicht „je breiter desto besser“, sondern eher die Frage nach der Positionierung und deren Kommunikation [19].

Die Skala „Performance Mitarbeiter und Technik“ besitzt bei einer Signifikanz von 0,001 einen fast ebenso hohen Einfluss (0,666) wie die Skala fac1_b. Sie umfasst 4 Items aus den Bereichen von Mitarbeitern und Technik. Das erste Item „Wartezeit bei Aufnahme eines Patienten“ bezieht sich auf die organisatorische Leistung der Mitarbeiter. Auch Braun und Nissen erhalten für den Faktor „Beurteilung des Krankenhauspersonals aus Patientensicht“ ein signifikantes Ergebnis [7]. Für den Patienten ist die Wartezeit bei der Aufnahme ein kritischer Moment. Der Patient befindet sich noch in Ungewissheit über die Details seines Krankenhausaufenthaltes, wodurch sich jede zusätzliche Wartezeit negativ auf seine Wahrnehmung vom Krankenhaus niederschlagen kann. Diese Erlebnisse gibt er nach der Krankenhausbehandlung mehr oder weniger reflektiert an seinen Hausarzt weiter und beeinflusst damit dessen Meinungsbildung. Dieser und andere Zusammenhänge zeigen zudem Krankenhäusern die Wichtigkeit auf, die Nutzung von objektiven Informationskanälen z. B. des Internets zu forcieren. Gemäß einer Studie von Graf und Helmig ist unter den niedergelassenen Ärzten die Motivation sehr groß, eine Krankenhaushomepage aufzusuchen, mit dem Ziel, aktuelle Informationen zu erhalten. Diese Erkenntnis sollte genutzt werden,

um Ärzten ein von Patientenerlebnissen ungefärbtes Bild des Krankenhauses zu vermitteln [20].

Ein weiterer Aspekt dieser Skala ist die technische Ausstattung (2.). Gerade in Zeiten, in denen sich die Halbwertszeiten des medizinischen Wissens und der Medizintechnik ständig verringern, ergibt sich als Konsequenz für das Krankenhaus die Notwendigkeit permanenter Adaption der neuesten Technik in Diagnose und Therapie [16]. Befindet sich das Krankenhaus z. B. nicht auf einem gewissen (vorausgesetzten) Stand der Technik, besteht die Gefahr, dass die Einweiser ihre Patienten für bestimmte Untersuchungen in ein anderes Krankenhaus überweisen müssen. Naheliegender ist, dass der Patient auch in anderen Fällen wieder in das ihm vertraute Krankenhaus eingewiesen werden möchte. Möglich ist auch, dass niedergelassene Ärzte allgemein das Vertrauen in das (schlechter ausgestattete) Krankenhaus verlieren. Auch Zinn und Messner (2004) fanden heraus, dass die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten eines Krankenhauses für Einweiser sehr wichtig sind [13]. Für Patienten ist laut Dietrich und Grapp (2005) die Qualitätsinformation bzgl. medizinischer Behandlungsaspekte (u. a. neue Behandlungsmethoden und Qualifikation der Ärzte) von besonderer Wichtigkeit [17]. Niedergelassene Ärzte müssen also mit der gegebenen Ausstattung zufrieden sein, um eine positive Empfehlung an interessierte Patienten aussprechen zu können.

Items 3 und 4 beziehen sich auf die eher weichen Faktoren der Mitarbeiter wie Freundlichkeit des Personals und Fürsorge. Sie stehen hier zwar bezüglich ihrer Faktorladung am Ende der Skala, dürfen jedoch nicht unberücksichtigt bleiben. Auch andere Studien zeigen, dass z. B. Items wie „persönliche Atmosphäre in der Klinik“ von signifikanter Bedeutung für Patienten sind, was sich, wie oben bereits erwähnt, auch auf die Meinungsbildung der Einweiser auswirkt [18]. Kein Krankenhaus kann es sich leisten, eine anonyme „Gesundheitsfabrik“ zu sein. Die Mitarbeiter sollten dem Patienten stets mit Freundlichkeit begegnen und ihnen so ein Gefühl der Sicherheit und des Angenommenseins vermitteln. Mit Ängsten und Nöten von Patienten umzugehen, erfordert außerdem ein hohes Maß an sozialer Kompetenz. Sich in dieser Hinsicht durch intensive soziale Betreuung von anderen Häusern abzuheben, sollte als Differenzierungsmöglichkeit im Sinne des Marketings gesehen werden.

Eine Limitation der vorliegenden Untersuchung liegt unter anderem in der kleinen Stichprobe, was sich daraus ergab, dass ein ländliches Krankenhaus mit einer begrenzten Anzahl an Einweisern befragt wurde. Eine weitergehende Überprüfung der hier dargestellten Ergebnisse und Zusammenhänge ist daher notwendig. Wie bereits erwähnt beträgt das korrigierte $R^2 = 0,736$. Somit ist ein hoher Anteil der Varianz durch das vorliegende Konstrukt erklärt und interpretierbar. In weiteren Arbeiten sollte jedoch geprüft werden, ob das Konstrukt durch weitere Items ergänzt bzw. weiterentwickelt werden kann und dadurch ein höherer Anteil an erklärter Varianz erzielt werden könnte. Die vorliegende Studie kann somit als Beitrag zur Entwicklung eines validen Meßsystems für Einweiserzufriedenheit gesehen werden.

Fazit



Die beiden signifikanten Skalen der vorliegenden Regressionsanalyse umfassen sowohl die Performance im Bereich der medizinischen und pflegerischen Leistung als auch die Performance im Bereich von Mitarbeitern und technischer Ausstattung. Es handelt

sich also um die grundlegendsten Elemente der Krankenhausdienstleistung. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass allein mit der tatsächlichen medizinischen und pflegerischen Leistung des Krankenhauses, also mit seinem „Kernprodukt“, die Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte steht und fällt. Hier ist das Marketing von besonderer Bedeutung, da es auf dem Weg der Zielerreichung eine wichtige Unterstützungsfunktion einnehmen kann. Es sollten gezielte Marketing-Maßnahmen für die wichtige Zielgruppe der Einweiser entwickelt werden, die auf geeignete Weise die fachliche, pflegerische und technische Kompetenz des Krankenhauses kommunizieren.

Literatur

- 1 *Thill KD*. Der Klinik-Check-Up: Kundenorientiertes Dienstleistungsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Weinheim: WILEY-VCH Verlag, 2003: 11
- 2 *Reinspach R*. Strategisches Management von Gesundheitsbetrieben: Grundlagen und Instrumente einer entwicklungsorientierten Unternehmensführung. Lucius und Lucius. Stuttgart, 2001: 142
- 3 *Helmig B, Graf A*. Die Bedeutung des Kundenmanagements im Krankenhaussektor. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (Hrsg). Management im Gesundheitswesen. Berlin: Springer, 2006: 165–178
- 4 *Mayer AG*. Marktorientierung im Krankenhaus der Zukunft: Erfolgsfaktoren für unternehmerisch geführte Kliniken. Ku-profi-Reihe. Kulmbach: Baumann Fachzeitschriftenverlag, 2005
- 5 *Meffert H*. Marketing-Grundlagen marktorientierte Unternehmensführung. Wiesbaden: Gabler Verlag, 2000: 181
- 6 *Braun GE*. Handbuch Krankenhaus-Management. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1999: 9
- 7 *Braun GE, Nissen J*. Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2005; 10: 379
- 8 *Schreyögg J*. Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit für Krankenhäuser. Organisationsberatung – Supervision – Clinical Management 2002; 7 (2): 185–192
- 9 *Bohle T*. Zulässige Werbung für Krankenhäuser (zum Thema „rechtliche Grenzen von Krankenhauswerbung“). In: Braun GE (Hrsg). Handbuch Krankenhaus-Management. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1999: 439–454
- 10 *Rochade-Datenbank*. Konzepte, Ideen, Schachzüge: Schachzüge für Krankenhausapotheker (CD-ROM). Hoffmann-La Roche AG, producers. Version 1. Grenzach-Wyhlen, 1998: Sect. 2.3.5–2.3.6
- 11 *Braun GE*. ABC-Analyse einweisender Ärzte und das „Schlüsselkunden-Management“ für Krankenhäuser: Möglichkeit einer speziellen Kundenorientierung. Diskussionspapier Nr. 8, Reihe Public+Health Care Management. München: Universität der Bundeswehr, 1997
- 12 *Bortz J, Döring N*. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag, 2003: 497
- 13 *Zinn W, Messner T*. Wie müssen Krankenhäuser ihre Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten in Zukunft gestalten? Einweiserbefragung als strategisches Element der Marktsondierung. das Krankenhaus 2004; 3: 197
- 14 *Thill KD*. Ideenhandbuch für erfolgreiches Krankenhaus-Marketing, ku-profi-Reihe. Kulmbach: Baumann Fachzeitschriftenverlag, 1996: 109
- 15 *Helmig B, Dietrich M*. Qualität von Krankenhausleistungen und Kundenbeziehungen. Die Betriebswirtschaft (DBW) 2001; 61 (3): 319–334
- 16 *Tscheulin DK, Häberlein U*. Einflussfaktoren des Images von Krankenhäusern. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU) 1997; 20 (4): 486
- 17 *Dietrich M, Grapp O*. Qualitätsinformationen von Krankenhäusern – Eine Untersuchung ihrer Relevanz und Anforderungen aus Patientensicht. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU) 2005; 28 (3): 226–227
- 18 *Tscheulin DK, Helmig B, Moog P*. Die Ermittlung entscheidungsrelevanter Variablen bei der Wahl von Geburtskliniken als Basis eines effizienten Krankenhausmarketing. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU) 2001; 24 (4): 456
- 19 *Hribek G, Schmalen H*. Konzeptualisierung und Operationalisierung der Patientenzufriedenheit mit stationärer Versorgung: Entwicklung multiattributiver Messinstrumente für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Marketing ZFP 2000; 3: 217
- 20 *Graf A, Helmig B*. Die optimale Gestaltung einer Krankenhaus-Homepage aus der Sicht niedergelassener Ärzte. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU) 2003; 26 (2): 163