SCHRIFTEN ZU
MARKETING UND MANAGEMENT
53
Herausgegeben von Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Heribert Meffert

Friederike Rohn

Lebensqualität von Patienten als Orientierung für ein zielgruppenspezifisches Health Care Marketing

PETER LANG
Internationaler Verlag der Wissenschaften

Lebensqualität von Patienten als Orientierung für ein zielgruppenspezifisches Health Care Marketing

SCHRIFTEN ZU MARKETING UND MANAGEMENT

Herausgegeben von Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Heribert Meffert

Band 53

PETER LANG
Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

Friederike Rohn

Lebensqualität von Patienten als Orientierung für ein zielgruppenspezifisches Health Care Marketing

Eine empirische Analyse am Beispiel der AMD

PETER LANG
Internationaler Verlag der Wissenschaften

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Zugl.: Münster (Westfalen), Univ., Diss., 2011

D 6
ISSN 0176-2729
ISBN 978-3-653-01804-2 (E-Book)
DOI 10.3726/978-3-653-01804-2
ISBN 978-3-631-62345-9 (Print)

© Peter Lang GmbH
Internationaler Verlag der Wissenschaften
Frankfurt am Main 2012
Alle Rechte vorbehalten.

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

www.peterlang.de

Meinem Vater

Vorwort des Herausgebers

Die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitsbereich und gleichzeitig wachsende Ansprüche von Patienten rücken ein zielgruppenspezifisches Health Care Marketing in den Vordergrund des Interesses. Die Messung und Erklärung der Lebensqualität von Patienten als übergeordnetes Versorgungsziel stellt in diesem Zusammenhang einen bedeutenden Ansatzpunkt zur bedürfnisgerechten Gestaltung von Versorgungsmaßnahmen dar. Während sich bestehende Forschungsarbeiten primär mit der Messung der Lebensqualität auseinandersetzen, fehlt es bislang an validen Erklärungs- sowie zielgruppenspezifischen Marketingansätzen.

Vor diesem Hintergrund hat sich Friederike Rohn das Ziel gesetzt, am Beispiel der Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) einen integrierten Ansatz zur Erklärung der Lebensqualität von Patienten zu erarbeiten und darauf aufbauend ein bedürfnisgerechtes Konzept zur Segmentierung von Patienten zu entwickeln. Hierzu werden auf Basis von explorativen Patienteninterviews und Erfahrungen empirischer Arbeiten aus unterschiedlichen Krankheitsbereichen potenzielle Einflussfaktoren identifiziert und in einem integrierten Erklärungsmodell in einen Gesamtzusammenhang gebracht. Zur Überprüfung der hypothesengestützten Wirkungszusammenhänge wurden über 200 persönliche Patienteninterviews geführt. Mittels kausalanalytischer Verfahren gelingt es der Verfasserin, zentrale Einflussgrößen der physischen, psychischen und sozialen Lebensqualität zu ermitteln. Darüber hinaus analysiert sie im Rahmen einer weiterführenden Tiefenuntersuchung mit knapp 60 Patienten den Einfluss bislang wenig beachteter psychographischer Merkmale auf die Lebensqualität. Hierbei kann ein Einfluss bestimmter Persönlichkeitsausprägungen, aber auch gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen nachgewiesen werden. Die kausalanalytischen Ergebnisse dienen der Autorin als Grundlage für die Erarbeitung eines Segmentierungsansatzes. Mit Hilfe explorativer Methoden werden vier verschiedene Patientencluster identifiziert, die sich hinsichtlich ihres Bedarfs an Informations- und Therapiemaßnahmen unterscheiden. Für diese werden differenziert für die am Versorgungsprozess beteiligten Akteure Handlungsempfehlungen zur Steigerung bzw. zum Erhalt der Lebensqualität von AMD-Patienten abgeleitet.

Die vorliegende Arbeit stellt eine deutliche Bereicherung wissenschaftlicher Health Care Marketing-Ansätze und ihrer Implikationen für die Gesundheitsversorgung

dar. Maßgeblich trägt hierzu der interdisziplinäre und innovative Ansatz zur Erklärung der Lebensqualität und Segmentierung von Patienten bei. Friederike Rohn gelingt mit der Untersuchung ein Brückenschlag zwischen Marketing und Versorgungsforschung, indem sie zentrale Einflussgrößen der Lebensqualität von Patienten identifiziert und bedürfnisgerechte Versorgungsmaßnahmen aufzeigt. Insofern stellt die Arbeit nicht nur eine Bereicherung für die wissenschaftliche Diskussion dar, sondern sie bringt auch einen praktischen Nutzen für die Versorgung von Patienten. Es bleibt zu wünschen, dass diese Arbeit aufgrund ihrer hervorragenden konzeptionellen und empirischen Qualität weite Verbreitung in Wissenschaft und Praxis findet.

Die Forschungsarbeit ist im Zusammenhang mit der Gestaltung eines medizinisch-sozialen Netzwerks entstanden. Mein Dank gilt hierbei insbesondere der Dr. Werner Jackstädt-Stiftung. Ohne ihre finanzielle Unterstützung wäre die empirische Untersuchung in dieser Form nicht möglich gewesen.

Münster, im Januar 2012 Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H. Meffert

Vorwort der Verfasserin

Das Gesundheitswesen ist von einem wachsenden Effizienzdruck und einer zunehmenden Forderung nach patientenorientierten Versorgungskonzepten geprägt. Damit gewinnen zielgruppenspezifische Health Care Marketing-Ansätze an Bedeutung. Von besonderer Relevanz ist hierbei die Erklärung und Messung der Lebensqualität von Patienten. Ihre Erfassung bildet die Grundlage für die Ableitung bedürfnisgerechter Versorgungsmaßnahmen. Bislang mangelt es jedoch an validen Erklärungsmodellen der Lebensqualität sowie Segmentierungsansätzen für eine zielgruppengerechte Patientenversorgung.

Angesichts dieses Forschungsdefizits werden mit der vorliegenden Arbeit zwei wesentliche Zielsetzungen verfolgt: Zum einen wird ein integrierter Ansatz zur Erklärung der Lebensqualität von Patienten entwickelt. In diesem Zusammenhang erfolgt eine differenzierte Betrachtung einer physischen, psychischen sowie soziale Dimension der Lebensqualität. Darauf aufbauend wird ein Konzept zur bedürfnisgerechten Segmentierung von Patienten erarbeitet.

Als empirische Basis dienen über 250 persönliche Interviews mit AMD-Patienten. Mit Hilfe kausalanalytischer Verfahren werden die zentralen Einflussfaktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität identifiziert. Über soziodemographische und krankheitsspezifische Einflussfaktoren hinaus werden hierbei auch psychographische Variablen, wie z. B. Persönlichkeitsmerkmale von Patienten, untersucht. Die kausalanalytischen Ergebnisse bilden den Ausgangspunkt für die Entwicklung des Segmentierungsansatzes. Unter Rückgriff auf explorative Verfahren werden vier Patientencluster ermittelt, für die Handlungsempfehlungen für zielgruppengerechte Informations- und Versorgungsmaßnahmen abgeleitet werden. Dabei werden die wesentlichen am Versorgungsprozess von AMD-Patienten beteiligten medizinischen und nicht-medizinischen Versorger berücksichtigt. Im Fokus der Handlungsempfehlungen steht das übergeordnete Versorgungsziel der Steigerung bzw. des Erhalts der Lebensqualität, aber auch individuelle bzw. organisationsbezogene Zielsetzungen einzelner Versorger werden kritisch beleuchtet.

Die vorliegende Arbeit wurde im November 2011 von der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster als Dissertation angenommen. Ohne die Unterstützung zahlreicher Personen und Institutionen wäre die Durchführung des Forschungsprojekts in dieser Form nicht möglich gewe-

sen. Mein besonderer Dank gilt zunächst meinem akademischen Lehrer und Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert, der mein Interesse für die Marketingwissenschaft bereits bei Anfertigung meiner Diplomarbeit nachhaltig geweckt hat. Dieser Dank bezieht sich nicht nur auf seine stetige fachliche Unterstützung und sein Commitment während allen Phasen der Promotion, sondern auch auf die Förderung meiner persönlichen Entwicklung. Herrn Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff danke ich an dieser Stelle für die Übernahme des Zweitgutachtens und seine Anregungen zur Konzeption des Forschungsprojekts.

Der Dr. Werner Jackstädt-Stiftung danke ich für die finanzielle Unterstützung des Dissertationsprojekts. Ohne ihren Beitrag hätte die Forschungsarbeit nicht in dieser Form durchgeführt werden können.

Der empirische Teil der vorliegenden Arbeit stützt sich auf Daten der Befragung von in (Uni-)kliniken und niedergelassenen Arztpraxen betreuten AMD-Patienten. Hierbei gilt der Dank dem hohen Engagement des mitwirkenden ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals. In diesem Zusammenhang möchte ich darüber hinaus Herrn Prof. Dr. Daniel Pauleikhoff für die Vermittlung relevanter Partner sowie Frau Dipl.-Kffr. Katharina Meffert und Frau Dipl.-Sozialpäd. Ursula Witt für die hilfreiche Unterstützung bei der Erhebung der Datenbasis danken.

Weiterhin möchte ich meinen Kollegen aus dem Team Meffert für ihre stetige Motivation, tatkräftige Unterstützung sowie Entlastung von anderweitigen Verpflichtungen danken. Neben Frau Dr. Hanna Lena Deitmar und Herrn Dr. Christian Rauch gebührt mein Dank insbesondere Herrn Dr. Martin Wistuba sowie Herrn Dipl.-Kfm. Philipp Sepehr für fachliche Diskussionen und mehrfache Durchsichten des Manuskripts. Ferner gilt mein Dank Herrn Dr. Florian Böckermann für die Hilfe bei methodischen Fragen. Der große Zusammenhalt im Team und die Ablenkung abseits der Arbeit, sei es bei sportlichen oder sozialen Aktivitäten jeglicher Art, haben dazu beigetragen, dass ich meine Promotionszeit in sehr guter Erinnerung halte.

Ein besonderer Dank gilt meinem Freund Henning, der von Beginn an mich geglaubt hat, mich während der gesamten Promotionszeit liebevoll unterstützt hat und auch in fachlicher Hinsicht immer ein offenes Ohr für mich hatte. Damit hat er maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Schließlich möchte ich meiner Familie, meinen Eltern und meinem Bruder, für ihre Unterstützung in jeglicher Weise danken. Sie haben mir die Promotion erst ermöglicht und mir stets den notwendigen Rückhalt gegeben. Meinem geliebten Vater, der die Fertigstellung dieser Arbeit nicht mehr erleben durfte, mich aber kurz vor seinem Tod zur Promotion ermutigt hat, widme ich diese Arbeit.

Münster, im Januar 2012 Friederike Rohn

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis XVI

Tabellenverzeichnis XVII

Abkürzungsverzeichnis XIX

A. Lebensqualitätsforschung als Herausforderung für das Health Care Marketing 1

1. Bedeutung der Versorgungsforschung für das Health Care Marketing 1
2. Lebensqualität von Patienten als Gegenstand der Untersuchung 6
3. Stand der Lebensqualitätsforschung 9
4. Zielsetzung und Gang der Untersuchung 13

B. Konzeption zur Analyse der Lebensqualität und Segmentierung von Patienten 17

1. Konzeptualisierung und Operationalisierung der Lebensqualität 17
2. Systematisierung potenzieller Einflussfaktoren der Lebensqualität 20
3. Konzeptualisierung und Operationalisierung potenzieller Einflussfaktoren der Lebensqualität 23
   - 3.1 Krankheitsspezifische Merkmale 23
   - 3.2 Soziodemographische Merkmale 28
   - 3.3 Umfeldbezogene Merkmale 33
   - 3.4 Versorgungsstrukturbezogene Merkmale 35
   - 3.5 Versorgungswahrnehmungsbezogene Merkmale 38
   - 3.6 Psychographische Merkmale 43
     - 3.6.1 Persönlichkeitsmerkmale 43
     - 3.6.2 Kohärenzgefühl 47
     - 3.6.3 Gesundheitliche Kontrollüberzeugung 49
     - 3.6.4 Arzt-Patient-Beziehung 52
     - 3.6.5 Akzeptanz der Erkrankung 55
4. Konzeptionelles Gesamtmodell der Untersuchung 56

C. Empirische Analyse der Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität von Patienten 61

1. Design und Methodik der empirischen Analyse 61

1.1 Datenerhebung und Datenbasis 61

1.2 Methoden der statistischen Auswertung 64

1.3 Prüfkriterien bei der Modellbeurteilung 68

1.4 Untersuchungsstufen der empirischen Analyse 74

2. Prüfung der Konstruktmessungen 76

3. Disaggregierte Analyse ausgewählter Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität 80

3.1 Empirische Überprüfung des Einflusses des Schweregrads der Erkrankung 81

3.2 Empirische Überprüfung des Einflusses der Nutzung sozialer Angebote 81

3.3 Überprüfung der Zufriedenheitskonstrukte auf nomologische Validität 82

4. Aggregierte Analyse der Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität 83

4.1 Gesamtmodell zur Erklärung der Lebensqualität im physischen Bereich 83

4.2 Gesamtmodell zur Erklärung der Lebensqualität im psychischen Bereich 91

4.3 Gesamtmodell zur Erklärung der Lebensqualität im sozialen Bereich 98

4.4 Zusammenfassende Darstellung der aggregierten Analyse 103

D. Integriertes Konzept zur bedürfnisgerechten Segmentierung von Patienten 107

1. Methodisches Vorgehen 107

2. Abgrenzung und Beschreibung der Patientensegmente 112

2.1 Clusteranalytische Abgrenzung der Segmente 112

2.2 Gütebeurteilung der Clusterlösung 116

2.3 Beschreibung der Segmente 117

2.3.1 Krankheitsspezifische und soziodemographische Beschreibung der Segmente 117
2.3.2 Segmentspezifische Analyse der wahrgenommenen Lebensqualität 120
2.3.3 Segmentspezifische Analyse des Informationsverhaltens 121
2.3.4 Segmentspezifische Analyse der Nutzung sozialer Angebote und Hilfsmittel 125
2.3.5 Segmentspezifische Analyse der Zufriedenheit mit Versorgungsangeboten 126
2.3.6 Psychographische Beschreibung der Segmente 130
2.4 Zusammenfassende Darstellung der Segmente 138
3. Bearbeitung der Patientensegmente 141
3.1 Anforderungen an die Segmentbearbeitung 141
3.2 Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische Maßnahmen der am Versorgungsprozess beteiligten Akteure 141
3.2.1 Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische Maßnahmen von medizinischen Versorgern 143
3.2.2 Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische Maßnahmen von sozialen Versorgern 150
3.2.3 Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische Maßnahmen von übergeordneten gemeinnützigen Organisationen 155
3.2.4 Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische Maßnahmen von nicht-medizinischen kommerziellen Anbietern 161
4. Würdigung des Segmentierungskonzeptes 168

E. Schlussbetrachtung und Ausblick 177

Anhang 183

Anhang I (ergänzende Abbildungen und Tabellen) 185
Anhang II (Fragebögen der empirischen Untersuchung) 199

Literaturverzeichnis 215

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Prozess der gesundheitlichen Versorgung 2

Abb. 2: Bereiche der Versorgungsforschung 5

Abb. 3: Vorgehensweise der Untersuchung 15

Abb. 4: Systematisierung potenzieller Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität 23

Abb. 5: Dimensionen der „Big Five“ 44

Abb. 6: Dimensionen des Health Locus of Control 51

Abb. 7: Konzeptionelles Gesamtmodell der Untersuchung 60

Abb. 8: Verteilung ausgewählter soziodemographischer Merkmale 63

Abb. 9: Untersuchungsstufen der Kausalanalyse 76

Abb. 10: Einfluss des Schweregrads der Erkrankung auf die physische Lebensqualität 81

Abb. 11: Einfluss der Moderatorvariablen „Nutzungsintensität sozialer Angebote“ 82

Abb. 12: Überprüfung der nomologischen Validität des Konstrukts der Arztzufriedenheit 83

Abb. 13: Gesamtmodell zur Erklärung der physischen Lebensqualität 88

Abb. 14: Gesamtmodell zur Erklärung der psychischen Lebensqualität 95

Abb. 15: Gesamtmodell zur Erklärung der sozialen Lebensqualität 100

Abb. 16: Ablaufschritte der explorativen Untersuchung 112

Abb. 17: Quantitative Clusterzuordnung 113

Abb. 18: Ausprägung der segmentbildenden Variablen 115

Abb. 19: Segmentspezifische Zufriedenheit mit der augenärztlichen Versorgung 128

Abb. 20: Segmentspezifische Zufriedenheit mit sozialen Angeboten 129

Abb. 21: Segmentspezifische Persönlichkeitsprofile 132

Abb. 22: Potenzielle Segmententwicklung im fortlaufenden Erkrankungsprozess 171

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht ausgewählter Studien zur Lebensqualität von AMD-Patienten 11

Tab. 2: Ausgewählte validierte Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei AMD 18

Tab. 3: Auszüge aus dem MacDQoL 20

Tab. 4: Operationalisierung der Arztzufriedenheit 41

Tab. 5: Auszüge aus dem NEO-FFI-30 47

Tab. 6: Auszüge aus der SOC-L9 49

Tab. 7: Auszüge aus der MHLC 52

Tab. 8: Auszüge aus dem FAPI 54

Tab. 9: Operationalisierung des Konstruktes „Akzeptanz der Erkrankung“ 56

Tab. 10: Zusammenfassende Darstellung der Untersuchungshypothesen zur Erklärung der physischen Lebensqualität 57

Tab. 11: Zusammenfassende Darstellung der Untersuchungshypothesen zur Erklärung der psychischen Lebensqualität 58

Tab. 12: Zusammenfassende Darstellung der Untersuchungshypothesen zur Erklärung der sozialen Lebensqualität 59

Tab. 13: Verteilung ausgewählter krankheitsspezifischer Merkmale 63

Tab. 14: Gütebeurteilung reflektiver Messmodelle 71

Tab. 15: Gütebeurteilung formativer Messmodelle 72

Tab. 16: Überprüfung des reflektiven Messmodells „physische Lebensqualität" 77

Tab. 17: Überprüfung des reflektiven Messmodells „psychische Lebensqualität" 78

Tab. 18: Überprüfung des reflektiven Messmodells „soziale Lebensqualität" 78

Tab. 19: Überprüfung des formativen Messmodells „Arztzufriedenheit“ 79

Tab. 20: Überprüfung des formativen Messmodells „Zufriedenheit mit sozialen Angeboten" 80

Tab. 21: Zusammenfassende Prüfung der Untersuchungshypothesen zur physischen Lebensqualität 91

Tab. 22: Zusammenfassende Prüfung der Untersuchungshypothesen zur

psychischen Lebensqualität 97

Tab. 23: Zusammenfassende Prüfung der Untersuchungshypothesen zur sozialen Lebensqualität 102

Tab. 24: t-Werte der Clusterlösung 114

Tab. 25: F-Werte der Clusterlösung 116

Tab. 26: Krankheitsspezifische Segmentbeschreibung 118

Tab. 27: Soziodemographische Beschreibung 119

Tab. 28: Segmentspezifische Beeinträchtigung der Lebensqualität 121

Tab. 29: Segmentspezifisches Informationsverhalten 124

Tab. 30: Segmentspezifische Nutzung sozialer Angebote und Hilfsmittel 126

Tab. 31: Segmentspezifische Ausprägung gesundheitsbezogener psychographischer Variablen 136

Tab. 32: Zusammenfassende Darstellung der vier Patientensegmente anhand segmentbildender und segmentbeschreibender Variablen ... 140

Tab. 33: Strategische Stoßrichtungen der am Versorgungsprozess beteiligten Akteure zur Segmentbearbeitung 143

Tab. 34: Ansatzpunkte für die Segmentbearbeitung aus der Perspektive medizinischer Versorger 149

Tab. 35: Ansatzpunkte für die Segmentbearbeitung aus der Perspektive sozialer Versorger 154

Tab. 36: Ansatzpunkte für die Segmentbearbeitung aus der Perspektive übergeordneter gemeinnütziger Organisationen 160

Tab. 37: Ansatzpunkte für die Segmentbearbeitung aus der Perspektive nicht-medizinischer kommerzieller Anbieter 167

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ADVS	Activity of Daily Vision Scale
a. M.	am Main
AMD	Altersabhängige Makuladegeneration
Anh.	Anhang
Aufl.	Auflage
Bd.	Band
bspw.	beispielsweise
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DEV	durchschnittlich erfasste Varianz
d. h.	das heißt
DLTV	Daily Living Tasks Dependent Upon Vision
ed.	edition
et al.	et alii, et aliae, et alia
etc.	et cetera
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
FAPI	Fragebogen zur Arzt-Patient-Interaktion
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
i. d. R.	in der Regel
i. V.	im Vergleich

IVI	Impact of Vision Impairment
Jg.	Jahrgang
Lisrel	Linear Structural Relationship
MacDQoL	Macular Disease Quality of Life Questionnaire
MHLC	Multidimensional Health Locus of Control Scale
MS	Multiple Sklerose
NEI-VFQ	National Eye Institute Visual Function Questionnaire
NEO-FFI	Neo-Fünf-Faktoren-Inventar
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
p.	page
PLS	Partial-Least-Squares
pp.	pages
PR	Public Relations
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
S.	Seite
SGB V	Sozialgesetzbuch V
sog.	sogenannte
SPSS	Superior Performing Software Systems
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
VF-14	Visual Function Questionnaire
Vgl.	Vergleiche
VIF	Variance Inflation Factor
Vol.	Volume
WHO	World Health Organisation
z. B.	zum Beispiel

A. Lebensqualitätsforschung als Herausforderung für das Health Care Marketing

1. Bedeutung der Versorgungsforschung für das Health Care Marketing

Der deutsche Markt für Gesundheitsleistungen ist von einer zunehmenden **Ökonomisierung** geprägt.[1] Nicht nur der medizinische Fortschritt verbunden mit dem demographischen Wandel führt zu einem wachsenden Kostendruck, auch die Einführung des Fallpauschalen-Systems für Krankenhäuser und Budgetbeschränkungen von Arztpraxen zwingen zu effizientem Wirtschaften. Einer aktuellen Studie zufolge droht ca. 200 Krankenhäusern in Deutschland die Schließung.[2] Die dadurch intensivierte Wettbewerbssituation wird durch **steigende Ansprüche des Patienten** verschärft. Der einst „unmündige Nachfrager" ist zum informierten, mitbestimmenden Kunden geworden.[3] Vor diesem Hintergrund gewinnt das **Health Care Marketing** an Bedeutung.[4] Anbieter von Gesundheitsleistungen stehen vor der Herausforderung, ihre strategischen und operativen Entscheidungen stärker an den Markterfordernissen auszurichten.

Im Zuge dieser Entwicklungen ist das übergeordnete Ziel der Gesundheitsförderung zu bewahren – dies ist gemäß der World Health Organisation (WHO) die **Erhaltung bzw. Erhöhung der Lebensqualität von Patienten**.[5] D. h., im Mittelpunkt stehen die Interessen und Wünsche der Patienten, was eine stärkere **Patientenorientierung** seitens der Leistungserbringer erfordert.[6] Hierbei sind heterogene Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten zu berücksichtigen, die von ei-

---

1 Vgl. **SIBBEL, R.**, Rahmenbedingungen für mehr Patientensouveränität – das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt, in: FISCHER, A., SIBBEL, R. (Hrsg.), Der Patient als Kunde und Konsument, Wie viel Patientensouveränität ist möglich?, Wiesbaden 2011, S. 187 ff.

2 Vgl. **RWI 2011**, URL: http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/61/ [Abruf am 18.05.11].

3 Vgl. **BIENERT, M. L.**, Marktorientierung und Strategiefindung – Ein Leitfaden für Gesundheitsunternehmen zur erfolgreichen Positionierung im Wettbewerb, in: **HELLMANN, W.** (Hrsg.), Krankenhausmanagement professionell, Landsberg/Lech 2004, S. 87.

4 Unter Health Care Marketing wird in diesem Zusammenhang die Übertragung des Marketing-Gedankens auf den Gesundheitsbereich verstanden. Vgl. hierzu **MEFFERT, H., ROHN, F.**, Medizinmarketing – Marktorientierte Führung im Gesundheitsbereich, in: Thielscher, Ch. (Hrsg.), Medizinökonomie, Wiesbaden 2012, S. 33 f. sowie **MEFFERT, H., ROHN, F.**, Health Care Marketing – Eine kritische Reflexion, in: Marketing Review St. Gallen, Nr. 6, 2011, S. 8 ff.

5 Vgl. **WHO 2005**, Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt, URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf, [Abruf am 19.06.11].

6 Vgl. **SCHÜLLER, A. M., DUMONT, M.**, Die erfolgreiche Arztpraxis – Patientenorientierung – Mitarbeiterführung – Marketing, 3. Aufl., Heidelberg 2010 sowie **KLEMPERER, D.**, Patientenorientierung im Gesundheitssystem, in: Newsletter der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG), Band 7, Heft 1, 2000, S. 15.

ner Vielzahl von Einflussfaktoren abhängen. Je nach Informationsstand, sozialem Umfeld und Hintergrund bedürfen Patienten unterschiedlicher Versorgungskonzepte, die dem Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung gerecht werden. Die Kenntnis der heterogenen Bedürfnisse ist zentrale Voraussetzung für ein an den differenzierten Patientenwünschen orientiertes und damit **zielgruppenspezifisches Health Care Marketing**.

Das Marketing kann sich hierbei auf den gesamten Prozess der gesundheitlichen Versorgung beziehen – von der Prävention über die medizinische Behandlung bis zur Nachsorge. Abb. 1 stellt den Versorgungsprozess sowie die daran wesentlich beteiligten Akteure graphisch dar.[7]

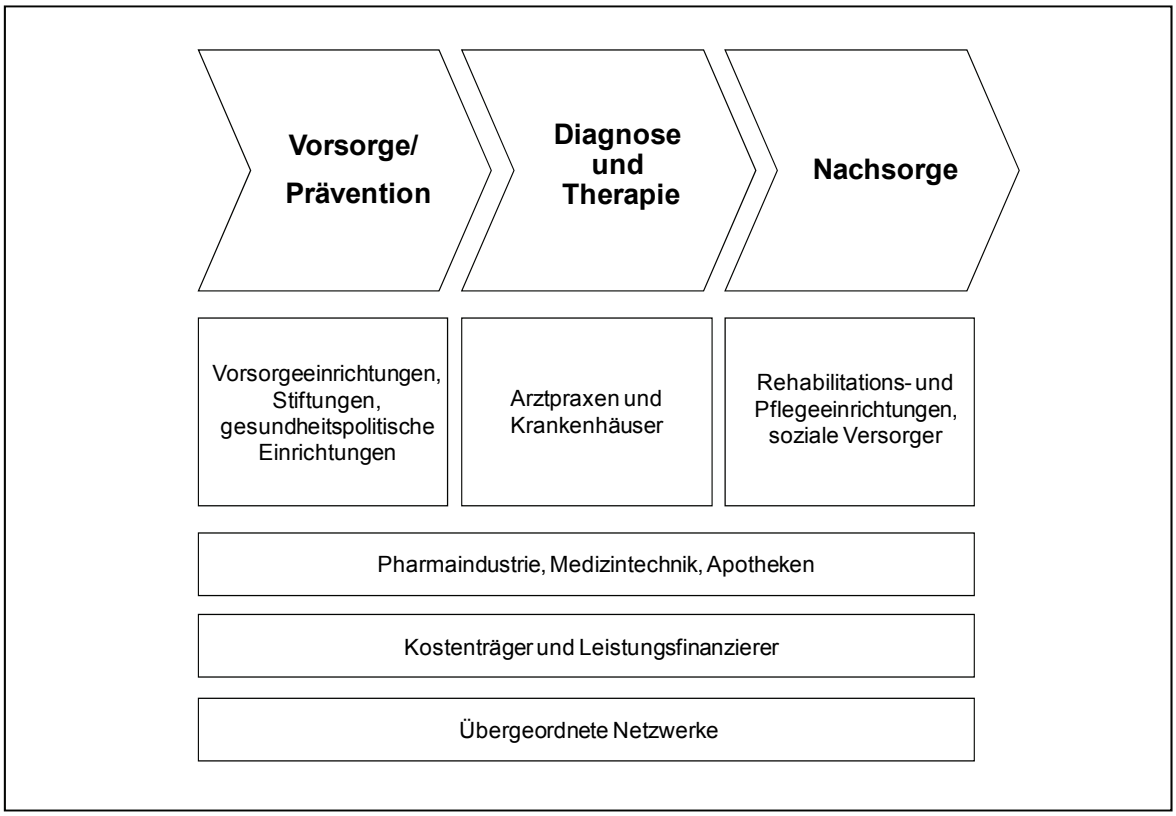

Abb. 1: Prozess der gesundheitlichen Versorgung[8]

An der ersten Phase des Prozesses, der Vorsorge/Prävention, partizipieren neben medizinischen Versorgern vor allem gemeinnützige Organisationen, wie z. B. Stiftungen, aber auch gesundheitspolitische Einrichtungen, wie z. B. die Bundeszent-

---

7 Vgl. hierzu **MEFFERT, H., ROHN, F.**, Medizinmarketing – Marktorientierte Führung im Gesundheitsbereich, in: Thielscher, Ch. (Hrsg.), Medizinökonomie, a. a. O., S. 34.

8 Eigene Darstellung in enger Anlehnung an ebenda, S. 34.

rale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Während die Phase der eigentlichen medizinischen Versorgung, die Diagnose und Therapie, durch Arztpraxen und Krankenhäuser dominiert wird, sind an der Nachsorge von Patienten neben Rehabilitationseinrichtungen auch bspw. soziale Versorger, wie Selbsthilfegruppen oder soziale Beratungsstellen, beteiligt. Darüber hinaus sind prozessübergreifend vor allem Pharmaunternehmen, die Medizintechnik, aber auch übergeordnete, sektorübergreifende Netzwerke sowie Leistungsfinanzierer und Kostenträger zu berücksichtigen.

Für die einzelnen am Versorgungsprozess beteiligten Akteure sind unterschiedliche Marketingziele von Relevanz, die nicht in gleicher Weise zur übergeordneten Zielsetzung der Steigerung bzw. des Erhalts der Lebensqualität von Patienten beitragen. Grundsätzlich lassen sich **ökonomische** und **psychographische** Zielsetzungen unterscheiden.[9] So besteht für medizinische und soziale Versorger sowie gemeinnützige Organisationen bspw. eine ökonomische Zielsetzung darin, ihre Leistungen kostenwirtschaftlich zu erbringen.[10] Kommerzielle nicht-medizinische Versorger, wie z. B. Pharmaunternehmen oder Rehabilitationstrainer, verfolgen darüber hinaus auch Gewinnziele. Neben diesen ökonomischen Zielsetzungen bestehen psychographische Ziele, wie die Erhöhung des Bekanntheitsgrades einer Organisation, die Erhöhung von Präferenzen, die Erreichung eines bestimmten Images oder die Zufriedenheit und Loyalität der Patienten.

Zwischen den einzelnen Marketingzielen können vielfältige Beziehungen bestehen. So bestehen die Möglichkeiten einer Zielkomplementarität (die Erreichung eines Ziels impliziert zugleich eine bessere Erfüllung eines anderen Ziels), einer Zielneutralität (die Erreichung eines Ziels wirkt sich nicht auf die Erreichung eines anderen Ziels aus) und eines Bestehens von Zielkonflikten (die Erreichung eines Ziels wirkt sich negativ auf die Erreichung eines anderen Ziels aus).[11] Aus medizinischer Perspektive können bspw. das ökonomische Ziel der Kostenwirtschaftlichkeit des Versorgungsprozesses und das psychographische Ziel der Patientenzufriedenheit in einem konfliktären Verhältnis zueinander stehen.

---

9 Vgl. **MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M.**, Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, 11. Aufl., Wiesbaden 2012, S. 256 f.

10 Diese ökonomische Zielsetzung ist hierbei für medizinische und soziale Versorger, die Versorgungsaufträge erfüllen, als Nebenbedingung zu sehen (ausgenommen sind privatwirtschaftliche Anbieter). Im Vordergrund steht die qualitative und quantitative Erfüllung des Bedarfs an Versorgungsleistungen. Vgl. hierzu auch **MEFFERT, H., ROHN, F.**, Medizinmarketing – Marktorientierte Führung im Gesundheitsbereich, in: Thielscher, Ch. (Hrsg.), Medizinökonomie, a. a. O., S. 36.

11 Vgl. **MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M.**, Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, a. a. O., S. 258 f.

Für eine bedürfnisgerechte Ausrichtung der Aktivitäten entlang der Versorgungskette bildet die **Marktsegmentierung**, d. h. die Aufteilung des Gesamtmarktes in intern homogene und untereinander heterogene Untergruppen, einen bedeutenden Ansatz. Im Rahmen der Marksegmentierung wird zunächst aus **instrumentell-methodenorientierter** Perspektive die Informationsbasis für eine erfolgreiche Ansprache der Zielgruppen und eine entsprechende Ausgestaltung der Versorgungsleistungen geschaffen. Darüber hinaus umfasst die Marktsegmentierung aus **strategisch-managementorientierter** Sicht die gezielte Bearbeitung von Marktsegmenten, weshalb sie auch als integriertes Konzept der Markterfassung und Marktbearbeitung bezeichnet wird.[12]

Die Voraussetzung für die Ermittlung spezifischer Patientenbedürfnisse sind valide und glaubwürdige Messkonzepte. An dieser Stelle kommt der **Versorgungsforschung** eine Schlüsselfunktion zu. Versorgungsforschung lässt sich definieren als ein „grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Inputs, Prozesse und Ergebnisse von Kranken- und Gesundheitsversorgung einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen mit quantitativen, qualitativen, deskriptiven, analytischen und evaluativen wissenschaftlichen Methoden beschreibt, Bedingungszusammenhänge soweit möglich kausal erklärt, zur Neuentwicklung […] oder zur Verbesserung vorhandener Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung dieser Konzepte begleitend oder ex post erforscht und die Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden evaluiert“[13]. Die Versorgungsforschung greift Theorien und Methoden beteiligter Disziplinen auf. Im Kern entstammen diese der Medizin, den Sozialwissenschaften, der Psychologie sowie der Ökonomie.[14]

Im Rahmen der Versorgungsforschung wird eine **Patientenorientierung** auf drei Ebenen abgebildet:[15]

---

12 Vgl. zur Marktsegmentierung **MEFFERT, H., BURMANN, C., KIRCHGEORG, M.**, Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, a. a. O., S. 186 ff. sowie **PERREY, J.**, Nutzenorientierte Marktsegmentierung, Ein integrativer Ansatz zum Zielgruppenmarketing im Verkehrsdienstleistungsbereich, Wiesbaden 1998, S. 4 ff.

13 **WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DES ARBEITSKREISES VERSORGUNGSFORSCHUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER**, Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung, 2004, S. 1, URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf [Abruf: 08.06.2011].

14 Vgl. **PFAFF, H. ET AL.**, Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1), in: Das Gesundheitswesen, 71. Jg., Nr. 8/9, 2009, S. 507.

15 Vgl. **PFAFF, H., SCHRAPPE, M.**, Einführung in die Versorgungsforschung, in: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Lehrbuch der Versorgungsforschung, Systematik – Methodik – Anwendung, Stutt-

- **Patient Reported Outcomes (PRO):** Als Endpunkte von Versorgungsmaßnahmen werden nicht nur klinische und sozioökonomische Parameter, sondern auch vom Patienten subjektiv zu beurteilende Parameter (z. B. Lebensqualität oder Zufriedenheit) herangezogen.

- **Patient als Co-Therapeut:** Dem Patienten wird eine Rolle als aktiver Partner im Versorgungsprozess zu Teil.

- **Health Consumerism:** Dem Patienten wird die Fähigkeit zugesprochen, seine Wahl entsprechend der Optimierung seines Nutzens zu treffen.

PFAFF unterscheidet verschiedene Teilgebiete der Versorgungsforschung (vgl. Abb. 2).[16] So werden bspw. im Rahmen der Organisationsforschung Versorgungsstrukturen und -prozesse analysiert, während sich Forschungsarbeiten im Bereich der Versorgungsökonomie auf die Kosten und Nutzen von Versorgungsstrukturen,
-prozessen und -technologien beziehen.

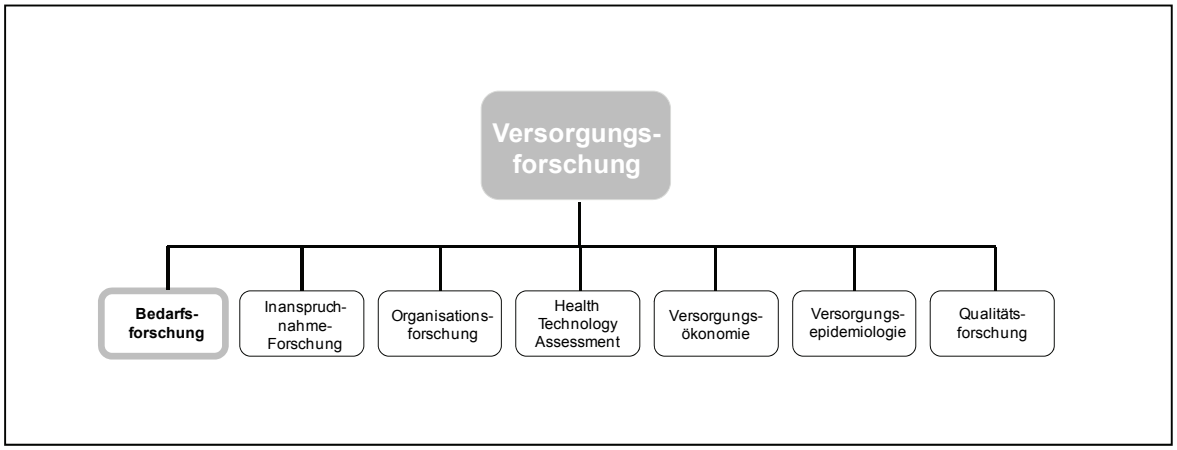

Abb. 2: Bereiche der Versorgungsforschung[17]

Im Fokus der sog. **Bedarfsforschung** steht unterdessen die Ermittlung des subjektiven und objektiven Bedarfs und seiner Bestimmungsfaktoren. Damit bilden insbesondere Forschungsbemühungen in diesem Bereich die notwendige Basis

---

gart 2011, S. 6.

16 Vgl. ebenda, S. 6 sowie **PFAFF, H.**, Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Management, Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern 2003, S. 13-23.

17 Eigene Darstellung in Anlehnung an die aufgezeigte Systematik nach PFAFF.