

1 Klinikmarketing – Warum?

Thomas W. Ullrich

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

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

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

Darüber hinaus ändern sich einerseits die Informationsmöglichkeiten für Patienten durch umfassende Gesundheitsberichterstattung in den Massenmedien sowie durch die vielfältigen Angebote im Internet, andererseits die Erwartung der Patienten an die Medizin sowie zudem das Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient nachhaltig. Diese Entwicklungen erzwingen bei Ärzten und Gesundheitseinrichtungen mehr absatzorientierte Kommunikation, d. h. Marketing, wie sich aus den Detailbetrachtungen dieses Kapitels ergeben wird.

1.1 Gesundheitsökonomie erzwingt Wettbewerb¹

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

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

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

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

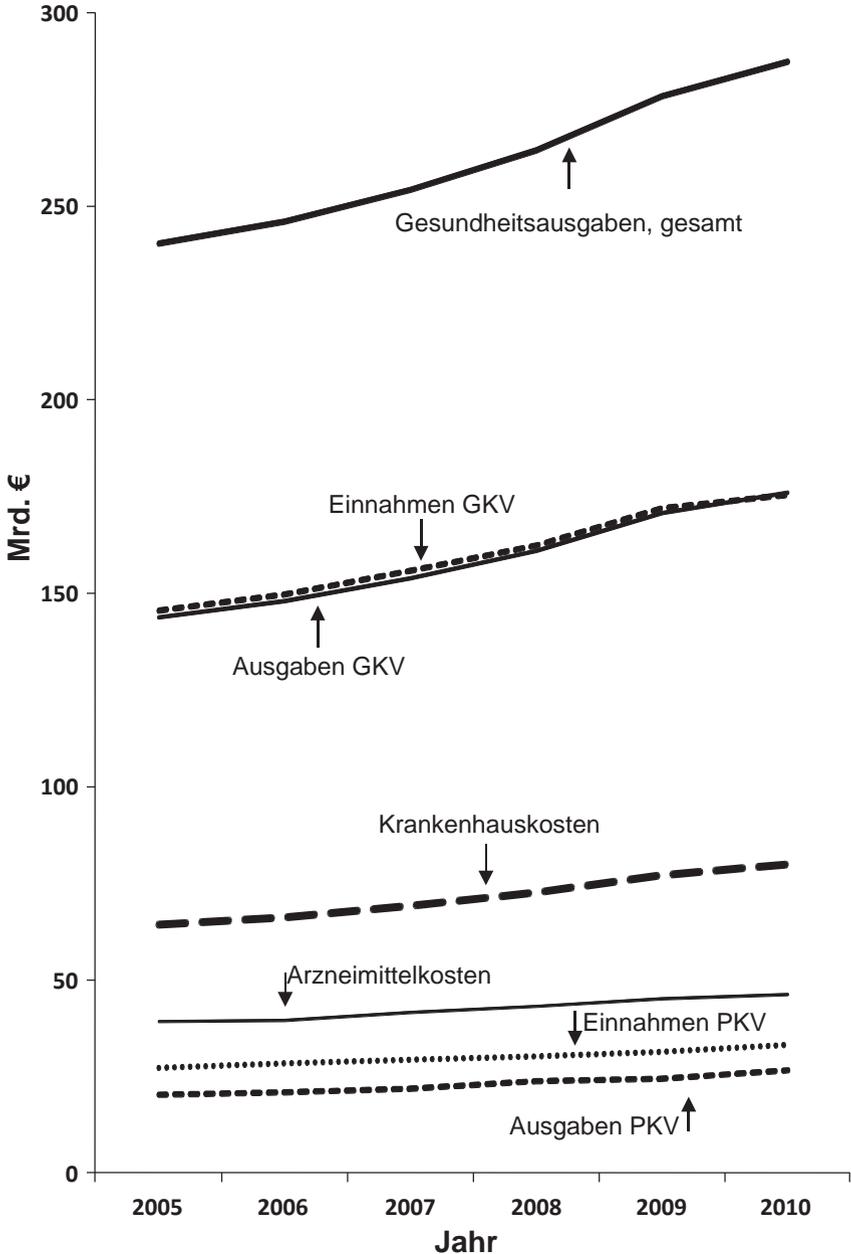


Abb. 1.1: Kostentrends im deutschen Gesundheitssystem (Auswahl).

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

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

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

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

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

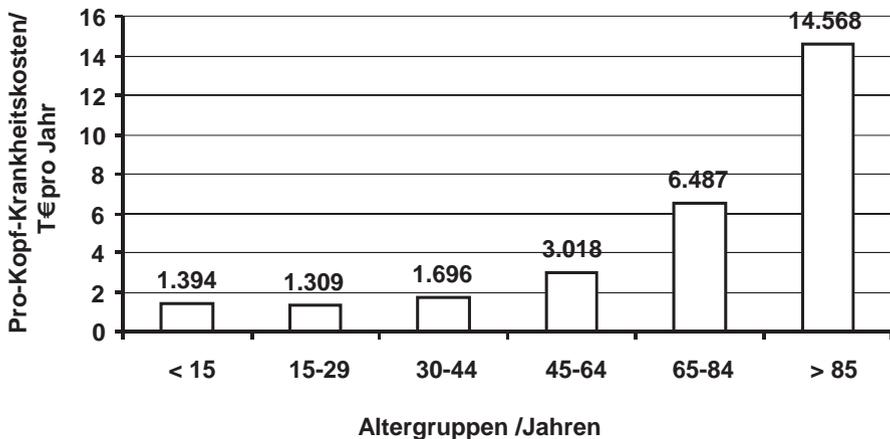


Abb. 1.2: Krankheitskosten pro Kopf nach Altersgruppen (2008).

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

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

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

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

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

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

1.2 Medizin für Lebensqualität statt Reparaturmedizin

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

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

Allerdings setzt sich solch eine Perspektive im Gesundheitssystem nur sehr langsam durch und hat politische und organisatorische Hürden zu überwinden. Einerseits erfordert sie ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Bevölkerung. Diese ist aber praktisch nicht kontrollierbar, womit präventive Medizin nur mit einem erheblichen Maß an Vertrauen bzw. Eigenverantwortung funktionieren kann. Andererseits bedeutet die Etablierung präventiver Maßnahmen zunächst zusätzliche Ausgaben. Vertrauen und zusätzliche Investitionen sind gesundheitspolitisch jedoch ein schwieriges Unterfangen.

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

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

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

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

1.3 Wandel des Anspruchs: Vom Patienten zum Kunden

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

heitszustand des Patienten fest und entscheidet allein über etwaige weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

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

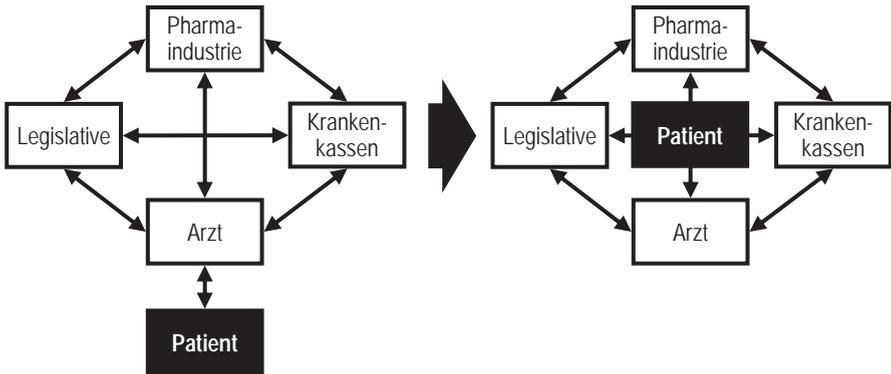


Abb. 1.3: Veränderung der Patientenrolle.

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

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

Durch die breite öffentliche Thematisierung von Gesundheitsfragen, Erkrankungen und Therapien in den Massenmedien, durch innovative Bildungsangebote für Patienten (vgl. z. B. patienten-universitaet.de) sowie durch die Möglichkeiten zur Information und zum Austausch mit anderen mittels des Mitmach-Webs (Web 2.0) sind Patienten zunehmend besser über Erkrankungen, Diagnosen und mögliche Therapien, Medikamente, etwaige Komplikationen sowie über die Leistungserbringer im Gesundheitssystem informiert.

In der Konsequenz wollen sie die Diagnose genau verstehen, über verschiedene Möglichkeiten, Risiken und Chancen, Vorteile und Nachteile der Therapie genau aufgeklärt werden und vor allem die Entscheidungen mit dem Arzt gemeinsam treffen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird damit zunehmend durch das Modell

des **Shared Decision Making** (vgl. u. a. Elwyn et al. 1999, 2003, 2005; Härter 2005; Scheibler 2004) beschrieben: Arzt und Patient interagieren miteinander, sie informieren sich gegenseitig, wägen gemeinsam ab und treffen gemeinsam die relevanten (Therapie-)Entscheidungen.

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

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

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

1.4 Fazit: Klinikmarketing wird conditio sine qua non

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

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

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

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

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

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