

Kokotz, Carolin; Tewes, Stefan

Research Report

Personatypologien im Gesundheitswesen: Lösungsansatz für optimierte Kundenzufriedenheit

ifgs Schriftenreihe der FOM, No. 22

Provided in Cooperation with:

FOM Hochschule für Oekonomie & Management, ifgs Institut für Gesundheit & Soziales

Suggested Citation: Kokotz, Carolin; Tewes, Stefan (2021) : Personatypologien im Gesundheitswesen: Lösungsansatz für optimierte Kundenzufriedenheit, ifgs Schriftenreihe der FOM, No. 22, ISBN 978-3-89275-171-7, MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH, Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/231393>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

*Band
22*

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Personatypologien im Gesundheitswesen:
Lösungsansatz für optimierte Kundenzufriedenheit*

~
Carolin Kokotz / Stefan Tewes

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Carolin Kokotz / Stefan Tewes

*Personatypologien im Gesundheitswesen:
Lösungsansatz für optimierte Kundenzufriedenheit*

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 22

Essen 2021

ISBN (Print) 978-3-89275-170-0 ISSN (Print) 2367-3176
ISBN (eBook) 978-3-89275-171-7 ISSN (eBook) 2569-5274

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2021 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergeset-
zes ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Personatypologien im Gesundheitswesen:

Lösungsansatz
für optimierte Kundenzufriedenheit

Carolin Kokotz / Stefan Tewes

Autorenkontakt
E-Mail: stefan.tewes@fom.de

Vorwort

Die Schriftenreihe des Instituts für Gesundheit & Soziales (ifgs) der FOM Hochschule für Oekonomie & Management ermöglicht seit ihrer Gründung die Veröffentlichung herausragender, impulsgebender Fachbeiträge zu gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Themen.

Der vorliegende Beitrag mit dem Titel „Personatypologien im Gesundheitswesen: Lösungsansatz für optimierte Kundenzufriedenheit“ von Frau Carolin Kokotz und Herrn Prof. Dr. Stefan Tewes widmet sich der interessanten Fragestellung, wie Mitarbeitende im Gesundheitswesen die Bedürfnisse ihrer Kundinnen und Kunden schnellstmöglich erkennen und bestmöglich auf sie reagieren können. Es gilt, nicht nur die Erwartungen an die Behandlung, sondern auch an Beratung und Service zu erfüllen.

Frau Kokotz und Herr Tewes thematisieren die Auswirkungen der Ökonomisierung sowie steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf den Gesundheitssektor und untersuchen, wie Unternehmen möglichst individuell auf die Bedürfnisse ihrer Kundschaft reagieren können.

Im Rahmen einer Auswertung möglicher Kundentypen gehen die Autoren der vorliegenden Publikation der Frage nach, welche Erwartungen die verschiedenen Typen an Gesundheitsdienstleister stellen und wie die Mitarbeitenden zur Erfüllung dieser Erwartungen beitragen können. Somit ist es das Ziel, auf Basis einer umfangreichen Typologie den Unternehmen Handlungsempfehlungen zu bieten, wie sie sich optimal am Markt positionieren.

Die vorliegende Publikation liefert einen wertvollen Beitrag zur Kundenzufriedenheit im Gesundheitssektor und natürlich zur Schriftenreihe des Instituts.

Essen, im Januar 2021

Prof. Dr. David Matusiewicz

Direktor des ifgs Institut für Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule

Abstract

Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten bzw. Kundinnen und Kunden im Gesundheitswesen stellen für die Gesundheitsunternehmen Ansatzpunkte zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit dar. Um die Bedürfnisse zu identifizieren, werden Inhalte der Empathiekarte genutzt. Datengrundlage bilden Studien und Patientenbefragungen. Als forschungsmethodische Grundlage dient die inhaltsanalytische Methodik.

Das Ergebnis der Analyse sind fünf Kundentypen, die sich aufgrund spezifischer Merkmale unterscheiden. Den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen wird es durch diese Klassifizierung erleichtert, die Kundenbedürfnisse schneller zu erkennen und somit kundenorientiert zu reagieren. Folglich können die Geschäftsmodelle der Gesundheitsunternehmen mit der Ausrichtung auf diese Kundenorientierung neu gedacht werden.

Inhalt

Vorwort	III
Abstract.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
2 Kundschaft im Gesundheitswesen	3
2.1 Gesundheitssystem	3
2.2 Kundenverständnis	5
2.3 Kundentypologie	6
2.4 Kundenzufriedenheit.....	8
3 Methodisches Vorgehen und Untersuchung	12
3.1 Analytische Vorgehensweise und typisierende Strukturierung	12
3.2 Bestimmung der Prototypen	24
3.2.1 Der serviceorientierte Kundentyp	24
3.2.2 Der ängstliche Kundentyp	25
3.2.3 Der leistungsorientierte Kundentyp	25
3.2.4 Der interaktive Kundentyp	26
3.2.5 Der konfliktbelastete Kundentyp.....	27
3.3 Interpretation und Güte.....	28
4 Konsequenzen für das deutsche Gesundheitswesen.....	30
5 Fazit.....	37
Literatur.....	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Akteure des Gesundheitssystems.....	4
Abbildung 2: Typologie	8
Abbildung 3: Confirmation/Disconfirmation-Paradigma	9
Abbildung 4: Empathiekarte	11
Abbildung 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell.....	13
Abbildung 6: Spezifisches inhaltsanalytisches Ablaufmodell	18
Abbildung 7: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse	19
Abbildung 8: Erweiterte Empathiekarte	22
Abbildung 9: Serviceorientierter Kundentyp	24
Abbildung 10: Ängstlicher Kundentyp	25
Abbildung 11: Leistungsorientierter Kundentyp.....	26
Abbildung 12: Interaktiver Kundentyp	27
Abbildung 13: Konfliktbelasteter Kundentyp.....	27
Abbildung 14: Konsequenzen für das deutsche Gesundheitswesen	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick Ausgangsmaterial.....	14
--	----

1 Einleitung

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht im Spannungsfeld zwischen dem monetären Handlungsrahmen von Unternehmen und der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf qualitativer und quantitativer Ebene. Knapper werdende finanzielle und personelle Mittel stehen einer zunehmenden Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen gegenüber.¹ Auf quantitativer Ebene ist die steigende Nachfrage auf den demografischen Wandel zurückzuführen.² Eine immer älter werdende Bevölkerung benötigt mehr Gesundheitsleistungen. Die qualitative Veränderung der Nachfrage ist bedingt durch den Wissenszuwachs aufgrund leichter gewordener Zugänglichkeit von Informationen im Internet. Durch den technologischen Fortschritt eignen sich die Leistungsempfängerinnen und -empfänger Wissen an, welches sie dazu befähigt, selbstbestimmt zu agieren. Dadurch steigt auch ihr Anspruchsniveau.³

Im Fokus dieser Untersuchung stehen Patientinnen und Patienten bzw. Kundinnen und Kunden als diejenigen, die Leistungen auf dem Gesundheitsmarkt nachfragen. Die Gesundheitsunternehmen befinden sich zunehmend im Wettbewerb um Kundschaft. Dies führt zu verschiedenen Fragestellungen: Wie sollen sich die Unternehmen aufstellen, um sich der Kundschaft auf dem Gesundheitsmarkt attraktiv zu präsentieren? Wie können die Unternehmen die Kundenzufriedenheit sicherstellen, darüber hinaus verbessern und die Kundschaft an sich binden?

Ziel dieser Untersuchung ist es, konkrete Handlungsempfehlungen für Unternehmen im Gesundheitssektor zu geben, Möglichkeiten aufzuzeigen, auf die aktuellen Entwicklungen zu reagieren und neben dem Kundenwohl auch wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Unternehmen, die rechtzeitig auf Veränderungen reagieren, werden Kundschaft gewinnen und sich gegenüber der Konkurrenz durchsetzen.⁴ Rentable Unternehmen sind für ein funktionierendes Gesundheitssystem, das zufriedene und gesunde Menschen hervorbringt, unabdingbar. Die Kunden als Leistungsempfänger erwarten zunehmend ein auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes, individuelles Leistungsangebot, über dessen Inanspruchnahme sie frei entscheiden können. Dazu ist es notwendig, ihre Bedürfnisse zu ermitteln und zu verstehen.⁵

Nach einer kurzen Beschreibung des Gesundheitswesens wird näher auf die Leistungsempfängerinnen und -empfänger eingegangen und aufgezeigt, wieso sie

¹ Vgl. Holz, M., Da-Cruz, P. (Auswirkungen demografischer Wandel, 2007), S. 145.

² Vgl. O. V. (Demografischer Wandel, 2018), S. 1–2.

³ Vgl. Tobry, M. (Selbstbestimmung, 2017), S. 160.

⁴ Vgl. O. V. (Herausforderungen Gesundheitssystem, 2018), S. 70.

⁵ Vgl. Andersen, H. (Kundenorientierung, 2006), S. 188.

als Kundschaft angesehen werden können. Diese Parallele dient dazu, das zu analysierende Material angemessen auszuwerten und ein Bindeglied zwischen dem Spannungsfeld aus Markt- und Kundeninteresse herzustellen. Darauf aufbauend wird das methodische Vorgehen beschrieben und umgesetzt. Das untersuchte Datenmaterial setzt sich mit den Bedürfnissen und den Anforderungen von Kundschaft im Gesundheitswesen auseinander. Die Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse dienen zur Ableitung von Optimierungsansätzen für Unternehmen im Gesundheitswesen.

Diese Schritte bilden die Basis, um Handlungsempfehlungen für Unternehmen ableiten zu können. Zahlreiche Faktoren, wie die medizinische Qualität und die Service-Qualität, beeinflussen die Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten und das subjektive Gefühl von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit.⁶ Das Verfahren der Typisierung hilft dabei, die Bedürfnisse der Kundschaft aus Sicht der Leistungserbringer zu verstehen. Diese Erkenntnisse sollen Ansatzpunkte für Mitarbeitende im Gesundheitswesen schaffen, damit kundenbezogen, gezielte Maßnahmen ergriffen werden können, um die Kundenzufriedenheit zu verbessern. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und der weitere Forschungsbedarf sowie die Limitation aufgezeigt.

Die Typisierung von Kundschaft im Gesundheitswesen kann als Lösungsansatz zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit angesehen werden. Das Verstehen ihrer Bedürfnisse ist Grundlage zur Erstellung von Geschäftsmodellen im Gesundheitswesen.⁷ Die verwendete Empathiekarte kann hierbei Unternehmen unterstützen, um sich in die Situation der Kundin oder des Kunden hineinzuversetzen.⁸ Anhand der Ergebnisse werden Kundentypen ermittelt, die den Ansatzpunkt bieten, die zur Verfügung stehenden Ressourcen von Unternehmen effizient einzusetzen.

⁶ Vgl. Fischer, A. (Servicequalität und Patientenzufriedenheit, 2015), S. 215.

⁷ Vgl. Osterwalder, A., Pigneur, Y. (Geschäftsmodelle, 2011), S. 136.

⁸ Vgl. ebd., S. 136.

2 Kundschaft im Gesundheitswesen

Kapitel 2 befasst sich mit der Begriffsdefinition ‚Kundin‘ bzw. ‚Kunde‘, mit der Besonderheit derjenigen im Gesundheitswesen hinsichtlich der weiteren Akteure und der Darstellung ihrer Rollenwandlung. Außerdem wird der Aufbau des Gesundheitswesens und dessen Finanzierung grob erläutert. „Kunde, Customer, Nachfrager, eine Person oder Organisation, die Produkte bzw. Dienstleistungen für eine Gegenleistung, [...] vom Anbieter bezieht.“⁹ Übertragen auf das Gesundheitswesen ist die Patientin oder der Patient als Nachfrager nach medizinischer Leistung Kundin oder Kunde auf dem Gesundheitsmarkt. Kundschaft kann in zwei Kategorien eingeteilt werden: Solche, die in der Vergangenheit ein Produkt bzw. eine Dienstleistung in Anspruch genommen hat, und solche potenziell Interessierten, die in der Zukunft eine Inanspruchnahme der Leistungserbringer in Erwägung ziehen.¹⁰

2.1 Gesundheitssystem

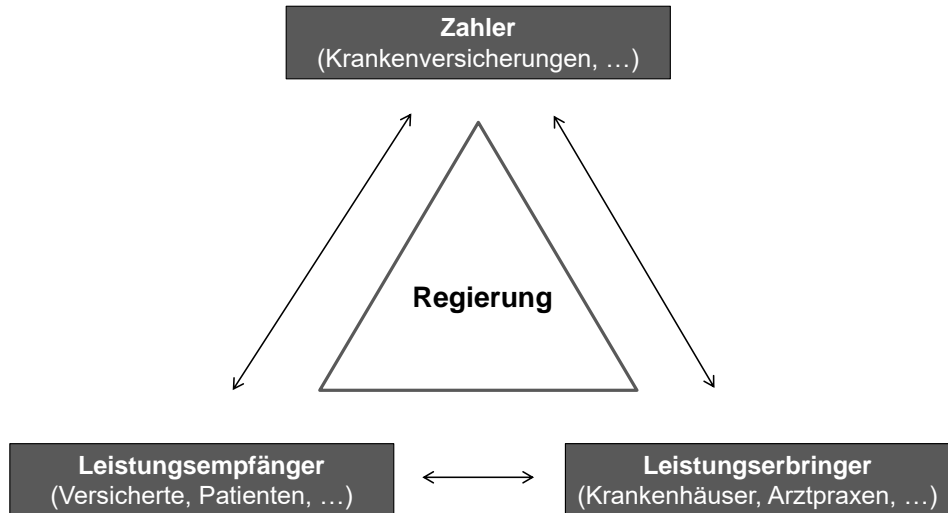
Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen wird von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, gesetzlichen Rentenversicherungen, gesetzlichen Unfallversicherungen, gesetzlichen Pflegeversicherungen sowie von den Arbeitgebern und den öffentlichen und privaten Haushalten getragen. Die Vielzahl der Leistungsträger erschwert eine Kostentransparenz für den Leistungsempfänger.¹¹

⁹ Kollmann, T. (Begriffsdefinition, 2005), S. 260.

¹⁰ Vgl. Hensen, P. (Qualitätsmanagement, 2016), S. 235–236.

¹¹ Vgl. Busse, R., Schreyögg, J. (Management, 2013), S. 2.

Abbildung 1: Akteure des Gesundheitssystems



Quelle: In Anlehnung an Busse, R., Schreyögg, J., Dreieck, 2013, S. 3.

Abbildung 1 stellt die Beziehungen zwischen den Zahlenden, den Leistungserbringerinnen und -erbringern sowie den Leistungsempfängerinnen und -empfängern dar. Diese sind gesetzlich klar definiert. Der Versicherungsvertrag regelt das Zusammenspiel zwischen den Zahlenden und den Leistungsempfängern. Bei den Leistungsempfängern und Leistungserbringern steht die Behandlung in Arztpraxen und Krankenhäusern im Vordergrund. Der Versorgungs- und Vergütungsvertrag zwischen den Zahlenden und den Leistungserbringern sorgt dafür, dass die Leistungsempfänger ihre Behandlung erhalten können und die Leistungserbringer entsprechend entlohnt werden.¹²

Im internationalen Vergleich existieren verschiedene Wege der Finanzierung von Gesundheitssystemen. Die Gesundheitssysteme können in sechs Ländergruppen eingeteilt werden, wobei im Folgenden nur auf die für diese Arbeit relevanten Gruppen (vier und fünf) eingegangen wird. Die Gruppe vier hat das Gesundheitssystem auf ein Sozialversicherungssystem aufgebaut. Einkommensbezogene Beiträge werden zur Finanzierung von den Leistungsempfängern erhoben. Deutschland, Frankreich, Belgien, Österreich, Luxemburg und Japan verfügen über dieses System. Die fünfte Gruppe bildet das Gesundheitssystem der USA, welches keine flächendeckende Krankenversicherung für die Einwohnerinnen und Einwohner vorsieht. Auch existiert kein öffentlicher Gesundheitsdienst. Der

¹² Vgl. Busse, R., Schreyögg, J. (Management, 2013), S. 3.

Fokus der Verantwortung des Staates beschränkt sich auf die Versorgung von alten und armen Menschen.¹³ Für die Absicherung der Gesundheitsleistungen stehen nur freiwillige Formen und staatlich finanzierte Hilfen für Rentnerinnen und Rentner sowie einkommensschwache Menschen zur Verfügung. Im internationalen Vergleich ist das Gesundheitssystem der USA das Teuerste.¹⁴

Das Beispiel der US-amerikanischen Gesundheitsabsicherung veranschaulicht bezogen auf Deutschland, dass es keine Option ist, die Interessen der Bevölkerung nicht zu berücksichtigen. In Deutschland ist in der Regel jeder Bürger und jede Bürgerin aufgrund der gesetzlichen Krankenversicherung als Akteur im Gesundheitssystem fest aufgenommen und hat somit Einfluss auf das gesamte System.

2.2 Kundenverständnis

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Erwartungen der Kundschaft im Gesundheitswesen verändert. Sie beschwerten sich vermehrt über die Abläufe in Gesundheitseinrichtungen.¹⁵ Kundinnen und Kunden sind also Empfänger von Dienstleistungen, welche zunehmend die Leistungserbringer auffordern, sich an ihren Bedürfnissen zu orientieren. Die angebotenen Dienstleistungen sind zurzeit nicht ausreichend auf die Kundenbedürfnisse ausgelegt, welches zu großem Optimierungsbedarf führt.¹⁶

Der Wandel der Kundenrolle im Gesundheitswesen ist besonders in der Arzt-Patienten-Beziehung zu erkennen. Patientinnen und Patienten haben sich von vertrauenden und widerspruchslosen ‚Behandlungsobjekten‘ zu hinterfragenden, interessierten und eigenverantwortlich Steuernden für ihre persönliche Heilung entwickelt. Die Aufklärung über Chancen der Heilung, Alternativbehandlungen und Risiken rückt in den Mittelpunkt. Dieser Mitsprachewille wird außerdem durch Patientenrechte zugesichert. Der Wandel der Patientenrolle, hin zu ‚mündigen Patientinnen und Patienten‘, ist besonders bei jüngeren zu verzeichnen. Diese nehmen ihre Patientenrechte wahr und erweitern ihr Wissen durch elektronische Unterstützung.¹⁷

¹³ Vgl. Schölkopf, M., Pressel, H. (Gesundheitssysteme International, 2015), S. 3–4.

¹⁴ Vgl. ebd., S. 80–81.

¹⁵ Vgl. Porsche Consulting (Lean Management, 2016), S. 3.

¹⁶ Vgl. Hauke, E. (Patientenorientierung, 2016), S. 204.

¹⁷ Ebd., S. 205.

Die Patientenrechte beschreiben die Rechte bei der medizinischen Behandlung durch den Behandlungsvertrag. Dabei sind die Rechte und Pflichten der Leistungsempfänger und Leistungserbringer geregelt.¹⁸ Der Leistungsempfänger hat das Recht, behandelt zu werden, und der Leistungserbringer, in diesem Fall der Arzt, hat die Pflicht den Leistungsempfänger umfassend über die bevorstehende Behandlung aufzuklären.¹⁹

Mit den Patientenrechten wird eine Patientenselbstbestimmung durch Information, Aufklärung und Beratung sowie die Verbesserung der Qualität von der medizinischen, pflegerischen und sonstigen Behandlung angestrebt. Eine gute Organisation der Behandlung und eine vertrauliche Behandlung der Patientendaten wird zudem verfolgt.²⁰

2.3 Kundentypologie

Aus den vorstehenden Aufführungen wird deutlich, dass je nach Bedürfnissen der Kundschaft unterschiedliche Maßnahmen erforderlich sind, um die Kundenzufriedenheit positiv zu beeinflussen. Im Rahmen des Kundenbindungsmanagements können Kundinnen und Kunden auch nach Zufriedenheitspotential segmentiert werden. Dabei spielt der Aktivierungsgrad der Unternehmensbemühungen eine Rolle, zum Beispiel im Rahmen des Beschwerdemanagements.²¹ Auf Grundlage der Segmentierung ergeben sich die folgenden Kundentypen:²²

- Selbstläufer-Kunden verfügen bei einem minimalen Aktivierungsgrad über eine hohe Kundenzufriedenheit. Dies kann daran liegen, dass es aufgrund des komplexen Leistungsspektrums zu einer weniger kritischen Beurteilung durch die Kundschaft kommt. Die Kundenbedürfnisse werden durch das bestehende Angebot angesprochen. Außerdem bleiben die Anforderungen der Kundschaft stabil, sodass keine weiteren Maßnahmen seitens des Unternehmens getroffen werden müssen.
- Adäquate Kunden verfügen bei einem hohen Aktivierungsgrad über eine hohe Kundenzufriedenheit. Alle Unternehmenshandlungen, zum Beispiel das flexible Eingehen auf Kundenwünsche, beeinflussen ihre Zufriedenheit.

¹⁸ Vgl. Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (Patientenrechte, 2018), S. 10–11.

¹⁹ Vgl. Ebd., S. 10–11.

²⁰ Vgl. Hart, D. (Patientenrechte, 2012), S. 377.

²¹ Vgl. Bruhn, M. (Beziehungsmanagement, 2016), S. 131–132.

²² Vgl. ebd., S. 131–132.

- Ignoranz-Kunden weisen bei einem geringen Aktivierungsgrad eine geringe Kundenzufriedenheit auf. Sofern diese Kundschaft für das Unternehmen von Interesse ist, sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit eingeleitet werden. Besteht das Interesse nicht, können die Aktivitäten bewusst niedrig gehalten werden.
- Sackgassen-Kunden weisen bei einem hohen Aktivierungsgrad eine geringe Kundenzufriedenheit auf. Das Unternehmen bemüht sich, die Kundschaft zufriedenzustellen und scheitert dennoch. Weil die Aktivitäten des Unternehmens nicht zielführend sind, sollten diese aus Gründen der Unwirtschaftlichkeit eingestellt werden. Stattdessen sollten die Unternehmensbemühungen auf die anderen Kundentypen gerichtet werden.

Eine Typologie ist das Ergebnis eines Gruppenprozesses.²³ Dabei wird anhand eines oder mehrerer Merkmale ein Objekt aufgeteilt. Ähnliche Elemente werden zu einem Typus zusammengefasst. Diese Ähnlichkeit innerhalb eines Typus wird interne Homogenität genannt. Die einzelnen Typen sollen sich möglichst klar voneinander abgrenzen. Dabei wird das Kriterium der externen Heterogenität erfüllt.²⁴ Der Begriff Typus umfasst die Teil- oder Untergruppen, welche gemeinsame Eigenschaften besitzen und darüber charakterisiert werden können.²⁵ Neben den beschriebenen Grundtypen sind in der Realität Mischformen erkennbar. Typologien eignen sich zur groben Orientierung.²⁶ Abbildung 2 stellt die genannten Begrifflichkeiten im Zusammenhang dar:

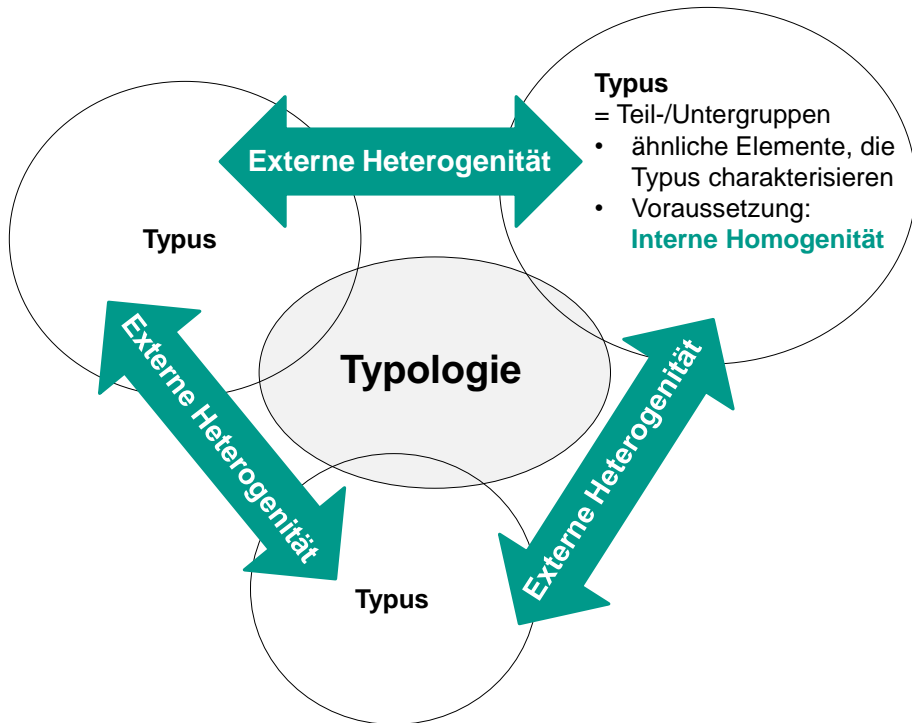
²³ Vgl. Kluge, S. (Typenbildung, 2000), S. 2.

²⁴ Vgl. Hart, D. (Patientenrechte, 2012), S. 2.

²⁵ Vgl. Kelle, U., Kluge, S. (Typologie, 2010), S. 85.

²⁶ Vgl. Buhr, A. (Kundentypen, 2014), S. 125.

Abbildung 2: Typologie



Quelle: In Anlehnung an Kluge, 2000, S. 2–7.

2.4 Kundenzufriedenheit

Die Typisierung der Kundschaft soll einen Lösungsansatz liefern, um die Kundenzufriedenheit zu verbessern. Das Confirmation-/Disconfirmation-Paradigma (s. Abbildung 3) veranschaulicht die Entstehung von Zufriedenheit und Unzufriedenheit.²⁷ Als Instrument wird im Anschluss die Empathiekarte behandelt, welche es ermöglicht, die Kundenperspektive optimiert einzunehmen.²⁸ Die Ableitung geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit wird dadurch unterstützt.

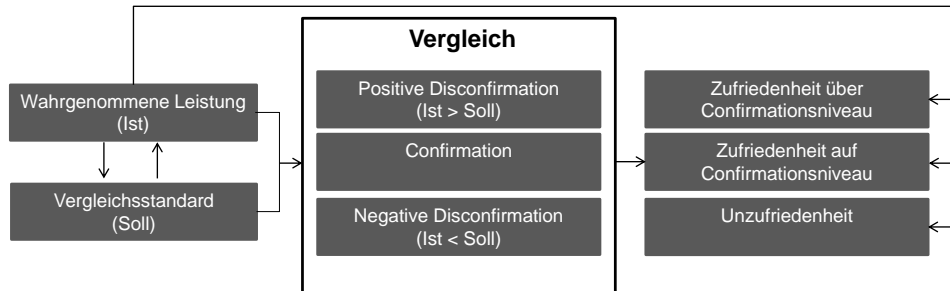
Die Kundin bzw. der Kunde bewertet die wahrgenommene Leistung – bewusst oder unbewusst – auf Basis früherer Erfahrungen und Referenzwerte. Abweichungen von Ist und Soll führen zu Zufriedenheit oder Unzufriedenheit. Stimmt

²⁷ Vgl. Bösener, K. (Kundenaspekte, 2015), S. 14.

²⁸ Vgl. Osterwalder, A., Pigneur, Y. (Geschäftsmodelle, 2011), S. 135.

die von Kunde oder Kundin wahrgenommene Leistung (Ist) mit seinem Vergleichsstandard (Soll) überein, so stellt sich Zufriedenheit ein.²⁹

Abbildung 3: Confirmation/Disconfirmation-Paradigma



Quelle: In Anlehnung an Bösenner, K. Kundenzufriedenheit, Kundenbegeisterung und Kundenpreisverhalten, 2015, S. 14.

Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Kundschaft sind auch unterschiedliche Maßnahmen erforderlich, um die Kundenzufriedenheit individuell positiv zu beeinflussen. Die Empathiekarte bietet dem Dienstleister ein Instrument, um aus Kundenperspektive deren Bedürfnisse zu ermitteln und zu strukturieren. Sie vermittelt ihm das Verständnis, welche Aspekte bei der Kundschaft zu Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit führen. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse können gezielt kundenorientierte Strategien zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit und Kundenbindung eingeleitet werden. Unabhängig von demografischen Merkmalen der Kundschaft soll ein besseres Verständnis über ihre Beweggründe, die Fühlen, Denken und Handeln beeinflussen, erlangt werden. Ein kundenprofilorientiertes Geschäftsmodell kann aufgebaut werden. Dieses Modell schafft ‚Zugang zur Kundschaft‘, da ihre Bedürfnisse angesprochen werden.³⁰

Zur Erstellung einer Empathiekarte müssen alle Kundenbedürfnisse der Zielgruppen des Unternehmens erfasst werden. Mögliche Kundinnen und Kunden des Unternehmens werden ausgewählt, damit die Ersteller der Empathiekarte sich die Kunden vorstellen können und einen emotionalen Zugang zu ihnen erhalten. Der Kundschaft werden Namen und demografische Merkmale, wie zum Beispiel Familienstand oder Einkommen, zugeordnet. Über die Visualisierung der in Abbildung 4 dargestellten Inhalte, werden Kundenprofile erarbeitet.³¹

²⁹ Vgl. Bösenner, K. (Kundenaspekte, 2015), S. 10.

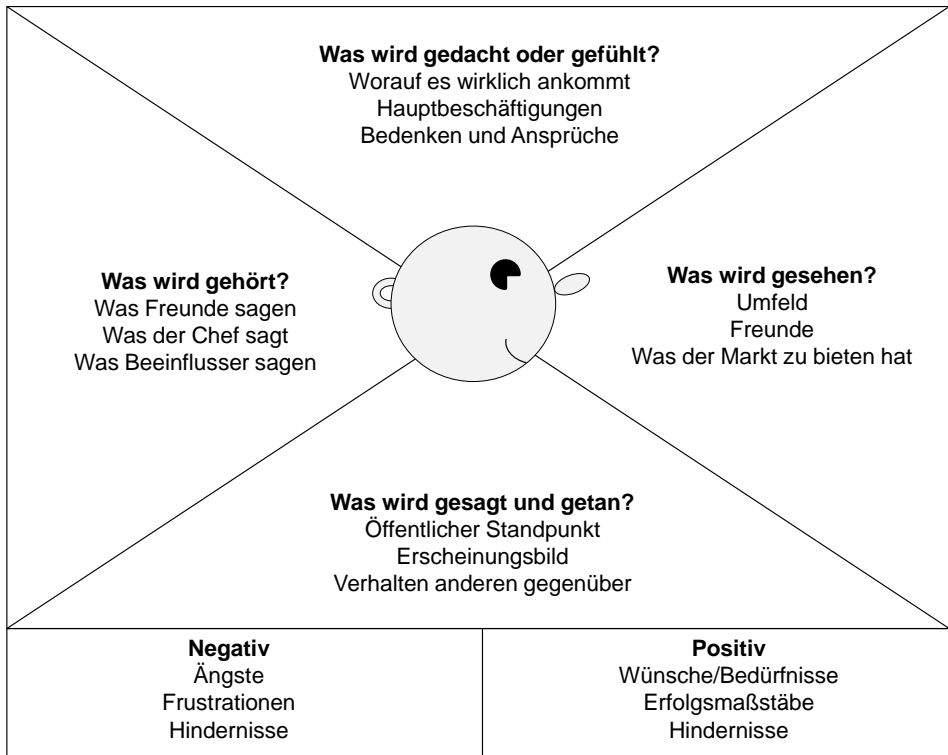
³⁰ Vgl. Osterwalder, A., Pigneur, Y. (Geschäftsmodelle, 2011), S. 135.

³¹ Vgl. im Folgenden Osterwalder, A., Pigneur, Y. (Geschäftsmodelle, 2011), S. 135–136.

Die nachstehende Theorie der Empathiekarte geht in Anlehnung an Osterwalder und Pigneur ausschließlich auf Kundinnen ein.³² Die erste Frage zielt auf das Umfeld oder den Gestaltungsraum der Kundin ab. Die Leitfrage lautet: „Was sieht sie?“. Die zweite Frage: „Was hört sie?“ ermittelt die Einflussmöglichkeiten des Umfelds, zum Beispiel Kommentare des Ehemanns, der Freunde oder der Medien. Die dritte Frage lautet: „Was denkt und fühlt sie wirklich?“. Hier ist herauszufinden, was die Kundin tiefergehend denkt und fühlt. Bei der vierten Frage „Was sagt und tut sie?“, soll die Erstellerin oder der Ersteller der Empathiekarte sich vorstellen, was die Kundin möglicherweise sagen würde und wie ihr Verhalten in der Öffentlichkeit aussehen könnte. Besonders soll ein Augenmerk auf mögliche Konflikte gelegt werden. Hierbei gilt es, herauszufiltern, ob die Kundin wirklich das äußert, was sie denkt und fühlt. Die kritische Hinterfragung der Aussagen der Kundin steht im Mittelpunkt. Frage fünf soll klären: „Welches sind die negativen Aspekte im Leben der Kundin?“. Hinterfragt wird, welche Gründe für Frustrationen/Hindernisse zwischen der Kundin und ihrem möglichen Erfolg stehen und welche Risiken die Kundin scheut. Mit der Beantwortung der letzten und sechsten Frage „Welches sind die positiven Aspekte im Leben der Kundin?“ wird dargestellt, was die Kundin wünscht oder erreichen muss, wonach sie ihren Erfolg misst und welche Strategien zur Zielerreichung bei ihr Anwendung finden könnten. Die Ergebnisse dieser Fragen werden anschließend in kurze Aussagen zusammengefasst und zum Beispiel auf Karteikarten festgehalten. Anschließend werden sie je nach Frage auf der Empathiekarte platziert.

³² Vgl. Osterwalder, A., Pigneur, Y. (Geschäftsmodelle, 2011).

Abbildung 4: Empathiekarte



Quelle: In Anlehnung an Osterwalder, A., Pigneur, Y., Empathiekarte, 2010, S. 134.

3 Methodisches Vorgehen und Untersuchung

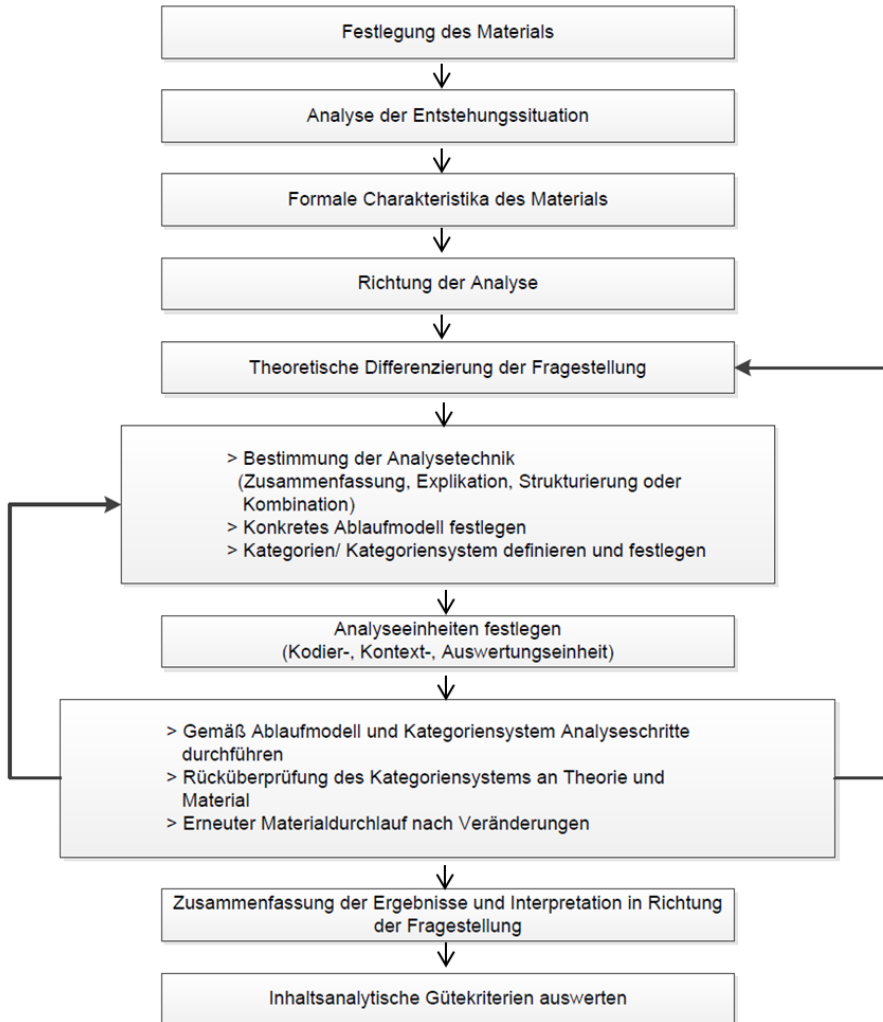
Um aufzuzeigen, dass die Typisierung von Kundinnen und Kunden im Gesundheitswesen als Lösungsansatz zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit genutzt werden kann, wird in diesem Kapitel mit Hilfe der typisierenden Strukturierung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse schriftlich fixiertes Material ausgewertet. Das Material wird auf Textstellen hin untersucht, welche die Kundensicht im Gesundheitswesen widerspiegeln. Auch Textstellen aus Sicht von Gesundheitsunternehmen sind relevant. Die Methode wird anschließend hinsichtlich ausgewählter Gütekriterien eingeschätzt und der Erkenntnisgewinn aus der Untersuchung wird genutzt, um Handlungsempfehlungen für Unternehmen abzuleiten.

3.1 Analytische Vorgehensweise und typisierende Strukturierung

Bei der Inhaltsanalyse wird Kommunikation mit einer systematischen Strategie analysiert, welche ein regel- und theoriegeleitetes Vorgehen einschließt.³³ Die Vorgehensweise basiert auf dem allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell (s. Abbildung 5).

³³ Vgl. Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2015), S. 13.

Abbildung 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell



Quelle: In Anlehnung an Mayring, P., Allgemeines Ablaufmodell, 2015, S. 62.

Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse beginnt mit der Bestimmung des Ausgangsmaterials. Drei Analyseschritte sind hier zu beachten: Schritt eins besteht aus der Festlegung des Materials.³⁴ Der zweite Schritt beinhaltet die Analyse der

³⁴ Vgl. ebd., S. 54–55.

Entstehungssituation. Schritt drei befasst sich mit der Nennung der formalen Charakteristika des Materials.³⁵ Die Modellwahl wird in Tabelle 1 ersichtlich:

Tabelle 1: Überblick Ausgangsmaterial

Material	Name	Erscheinungs-ort	Art
1	Who is a Hospital's Customer?	Journal of Healthcare Management	Studie Fokusgruppendifkussionen
2	The long-term impact of service empathy and responsiveness on customer satisfaction and profitability: a longitudinal investigation in a healthcare context	Mark Lett	Studie Longitudinale Datenauswertung
3	Kliniken aus Patientenperspektive	Porsche Consulting Internetseite ³⁶	Patientenbefragung

Material eins wird analysiert, um zu klären, wer die Kundschaft im Gesundheitswesen ist und welche Ansprüche und Erwartungen sie an die Leistungserbringer stellt.³⁷ Dabei geht es primär um Kundschaft von Krankenhäusern als stellvertretene Einrichtungen für das Gesundheitswesen. Um den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit expliziter zu erörtern wird das Material zwei herangezogen. Die Wirkung von Empathie und Reaktionsschnelligkeit der Gesundheitseinrichtung auf die Kundenzufriedenheit wird dabei untersucht.³⁸ Da es sich bei den bisher vorgestellten Materialien um Studien aus den USA handelt, dessen Gesundheitssystem aber von dem deutschen abweicht, wird zusätzlich Material drei, eine Patientenbefragung aus Deutschland, herangezogen. Diese untersucht die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten während des vergangenen Krankenhausaufenthaltes.³⁹ Mit der Auswahl der Stichprobe des Materials sollen Erkenntnisse gewonnen werden, auf deren Grundlage Lösungsansätze zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit aufgestellt werden können.

³⁵ Vgl. ebd., S. 54–55.

³⁶ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 3.

³⁷ Vgl. Mazurenko, O., Zemke, Diana M., Leforge, N. (Leistungsempfänger, 2016), S. 323.

³⁸ Vgl. Ye, J., Dong, B., Lee, J-Y. (Service-Empathie, 2017), S. 556.

³⁹ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 3.

Bei dem ausgewählten Material handelt es sich um Sekundärdaten. Die Sekundärdatenanalyse zeichnet aus, dass der Auswertungs- und Interpretationsprozess der Daten vom Erhebungsprozess entkoppelt ist.⁴⁰ Aus diesem Grund besteht die Analyse des Materials ausschließlich aus dem Auswertungs- und Interpretationsprozess. Der Aufwand ist wirtschaftlich sinnvoll, da der Schritt der Datenerhebung und -aufbereitung eingespart werden kann.

Material eins „Who is a Hospital’s Customer?“ aus dem Journal of Healthcare Management von September/Oktober 2016 ist von Olena Mazurenko⁴¹, Dina Marie Zemke⁴² und Noelle Lefforge⁴³ verfasst. Die Biographien der Autorinnen zeigen große Erfahrungen in den Bereichen Gesundheitspolitik und Management, Hotelverwaltung und Psychologie. Die qualitative Studie ist in einem gewinnorientierten Akutkrankenhaus im Südwesten der Vereinigten Staaten durchgeführt worden. Die Untersuchung richtet sich an erwachsene Patientinnen und Patienten, die operiert wurden.⁴⁴

Beim Material zwei handelt es sich um den Artikel „The long-term impact of service empathy and responsiveness on customer satisfaction and profitability: a longitudinal investigation in a healthcare context“, verfasst von Jun Ye, Beibei Dong⁴⁵ und Ju-Yeon Lee⁴⁶. Hier zeigen sich in den Biographien der Forschenden Erfahrungen in den Bereichen Management, Wirtschaft, und Marketing. Material zwei ist eine Längsschnittstudie, die die langfristige Wirkung von Service-Empathie und Reaktionsfähigkeit auf die Kundenzufriedenheit und auch die Profitabilität der Unternehmen im Gesundheitswesen untersucht.⁴⁷ Es wurden longitudinale Daten von einer Gesundheitsorganisation in den USA für die Studie verwendet; das heißt, die Daten sind zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben worden. Der Datenerhebungszeitraum umfasst sechs Jahre.⁴⁸

Material drei ist eine von der Managementberatung Porsche Consulting erhobene Patientenbefragung mit dem Titel „Kliniken aus Patientenperspektive – Was

⁴⁰ Vgl. Medjedović, I. (Sekundärdaten, 2014), S. 226.

⁴¹ Vgl. Indiana’s premier urban public research university, IUPUI (Biographie O. Mazurenko, o. J.).

⁴² Vgl. University of Nevada, Las Vegas, UNLV (Biographie Dr. Diana Zemke, o. J.).

⁴³ Vgl. University of Nevada, Las Vegas, UNLV (Biographie Dr. Noelle Lefforge, o. J.).

⁴⁴ Vgl. ebd., S. 324.

⁴⁵ Vgl. LEHIGH University, College of Business and Economics (Biographie Dr. Beibei Dong, o. J.).

⁴⁶ Vgl. Lee, J.-Y. (Biographie Ju-Yeon Lee, 2018).

⁴⁷ Vgl. Ye, J., Dong, B., Lee, J.-Y. (Service-Empathie, 2017), S. 551.

⁴⁸ Vgl. ebd., S. 556.

Patienten bei einem Krankenhausaufenthalt wichtig ist“.⁴⁹ Hier sind 1005 Patientinnen und Patienten online u. a. nach Kriterien der Krankenhauswahl und nach Verbesserungspotentialen des Krankenhauses befragt worden.⁵⁰

Das zu untersuchende Material eins bis drei liegt in Textform vor, sodass vor der Untersuchung weder Transkription noch Protokollierung vorzunehmen sind. Analysegegenstand sind Sekundärdaten.

Nach der Bestimmung des Ausgangsmaterials folgen die Bestimmung der Richtung der Analyse sowie der theoretischen Differenzierung der Fragestellung. Die Richtung der Analyse zielt auf die Kundengruppe ‚Patientinnen bzw. Patienten‘ ab. Als Objektbereich dient das Konstrukt der Kundenzufriedenheit, welches durch optimierte Personatypologien im Gesundheitswesen verbessert wird.

Bei der theoriegeleiteten Differenzierung der Fragestellung ist die Frage so zu stellen, dass an die Theorien anderer angeknüpft werden kann, um auf einen Erkenntnisfortschritt abzielen.⁵¹ Aufgrund der Veränderung auf dem Gesundheitsmarkt im Zuge des demografischen Wandels und der Rollenänderung der Kundschaft im Gesundheitswesen ist es relevant, dass Unternehmen sich neu strukturieren.⁵² Die Fokussierung der Unternehmen auf die Kundenorientierung und deren Zufriedenheit steht dabei im Vordergrund. Das Verstehen der Bedürfnisse der Leistungsempfängerinnen und -empfänger ist Grundlage zur Erstellung von Geschäftsmodellen im Gesundheitswesen.⁵³ Daraus ergeben sich folgende forschungsleitende Fragestellungen:

- Auf welche Aspekte sollte besonders geachtet werden, damit die Kundenzufriedenheit verbessert werden kann?
- Welche Kundentypen können aus dem Material abgeleitet werden?

Um eine Basis für die Untersuchung zu schaffen, werden die Bedürfnisse der Kunden aus den manifestierten Texten herausgefiltert. Hierbei werden die qualitative Inhaltsanalyse und die typisierende Strukturierung nach Mayring als Analysetechnik angewandt und hinsichtlich ausgewählter Gütekriterien eingeschätzt. Bei der Inhaltsanalyse wird Kommunikation mit einer systematischen Strategie analysiert, welche ein regel- und theoriegeleitetes Vorgehen einschließt.⁵⁴ Ziel

⁴⁹ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 2.

⁵⁰ Vgl. ebd., S. 3.

⁵¹ Vgl. Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2015), S. 60.

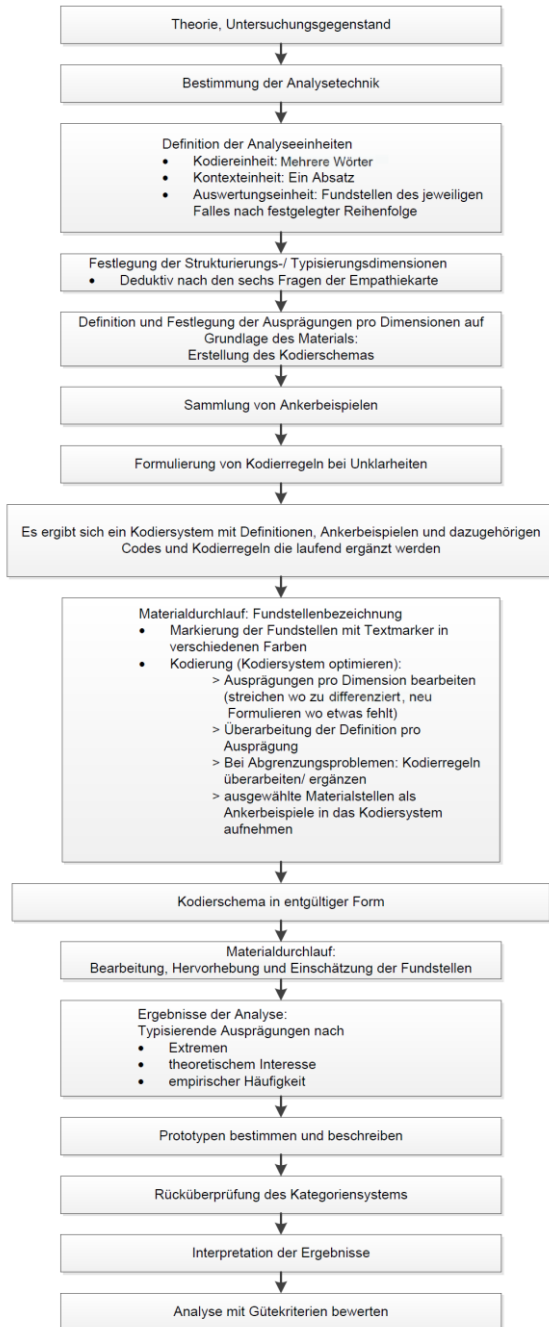
⁵² Vgl. O. V. (Demografischer Wandel, 2018), S. 1–2.

⁵³ Vgl. Osterwalder, A., Pigneur, Y. (Geschäftsmodelle, 2011), S. 136.

⁵⁴ Vgl. Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2015), S. 13.

der typisierenden Strukturierung ist es, mit Hilfe eines Kategoriensystems eine Struktur zu erkennen. Damit die Inhaltsanalyse nachvollziehbar ist, werden die Analyseschritte in einem konkreten Ablaufmodell festgelegt und nachstehend veranschaulicht.

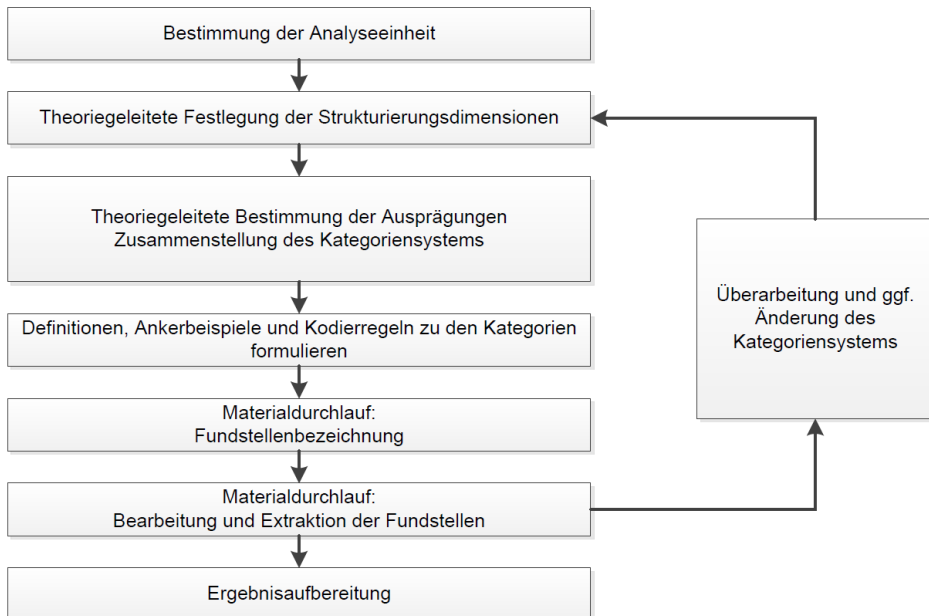
Abbildung 6: Spezifisches inhaltsanalytisches Ablaufmodell



Quelle: In Anlehnung an Mayring, P., Spezifisches Ablaufmodell, 2015, S. 107.

Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse wird das Erkennen und Hervorheben einer Struktur aus dem Material mit Hilfe eines Kategoriensystems durchgeführt. Die Kategorien werden vor der Analyse aus der Theorie abgeleitet. Diese Entwicklung des Kategoriensystems spiegelt die deduktive Vorgehensweise wider.⁵⁵ Abbildung 7 erläutert detailliert das spezifische Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse.

Abbildung 7: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse



Quelle: In Anlehnung an Mayring, P., strukturierende Inhaltsanalyse, 2015, S. 98.

Um die Präzision der Analyse zu sichern, werden zunächst die Analyseeinheiten festgelegt. Die Kodiereinheit, also der kleinste Textbestandteil, der ausgewertet werden darf, besteht aus mindestens einem Wort. Die Kontexteinheit, welche die Quellen der Kodierung bestimmt, wird auf einen Absatz festgelegt. Die Auswertungseinheit definiert das Material, welches dem Kategoriensystem gegenübersteht. In diesem Fall werden die Fundstellen je nach Reihenfolge des jeweiligen Materials festgelegt.⁵⁶

⁵⁵ Vgl. Mayring, P., Frenzl, T. (Inhaltsanalyse, 2014), S. 547–548.

⁵⁶ Vgl. Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2015), S. 61.

Im nächsten Schritt werden die Strukturierungsdimensionen herausgearbeitet. Zu beachten ist, dass die Strukturierungsdimensionen aus der Fragestellung abgeleitet werden und der zu Grunde liegenden Theorie entsprechen müssen. Die Strukturierungsdimensionen werden aus den sechs Fragen der Empathiekarte gebildet. Mittels der Fragen, welche über demografische Merkmale hinausgehen, soll ein besseres Kundenverständnis erlangt werden. Ein neues kundenorientiertes Geschäftsmodell kann auf den neu erworbenen Erkenntnissen aufgebaut werden.⁵⁷

Anhand der sechs Fragen der Empathiekarte werden die Hauptkategorien

- (1) Wahrnehmung,
- (2) Kommunikation,
- (3) Emotionen,
- (4) Handlungen,
- (5) Hemmnisse und Widerstände
- (6) sowie Ambitionen

gebildet. Hervorzuheben ist, dass die Kategorien sich am Empfinden der Kundinnen und Kunden orientieren, aber auch Aspekte aus Unternehmenssicht widerspiegeln sollen. Auf Grundlage der Kombination aus Kundschafts- und Unternehmenssicht können im Anschluss der Analyse weiterführende Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden.

Voraussetzung für ein funktionierendes Kategoriensystem ist die genaue Definition der Zuordnung der Textstellen zu den Kategorien. Dies kann in drei Schritten erfolgen: Der erste Schritt ist die Definition der Kategorien, das heißt, es ist zu definieren, welche Textstelle welcher Kategorie zuzuordnen ist. Der zweite Schritt beschreibt die Ankerbeispiele. Es fungieren konkrete der Kategorie zugeordnete Textstellen als Beispiele für die jeweilige Kategorie. Den dritten Schritt stellen die Kodierregeln dar, welche bei der Abgrenzung zwischen Kategorien, also während der Zuordnung einer Textstelle zu einer Kategorie, genutzt werden. Ziel ist die eindeutige Zuweisung des Textbausteines zu einer Kategorie.⁵⁸ Die Hauptkategorien, auch Typisierungsdimensionen genannt, sind deduktiv und theoriegeleitet aus den sechs Fragen der Empathiekarte abgeleitet. Mithilfe des Kategoriensystems werden die Textpassagen aus dem Material eins bis drei den Kategorien zugeordnet. Die Ankerbeispiele und einige Kodierregeln werden im Laufe der Analyse ergänzt.

⁵⁷ Vgl. Osterwalder, A., Pigneur, Y. (Geschäftsmodelle, 2011), S. 135.

⁵⁸ Vgl. ebd., S. 97.

Nachdem Material eins bearbeitet ist, stellt sich heraus, dass die Kategorien nicht gesättigt sind. Eine Sättigung liegt vor, wenn eine weitere Datenerhebung keine neuen Erkenntnisse liefert.⁵⁹ Um die Kategorien zu sättigen, werden daher Material zwei und drei codiert.

Im Anschluss erfolgt die Ergebnisaufbereitung. Gemäß dem Auswertekriterium der empirischen Häufigkeit hat Kategorie 4, ‚Handlungen‘, die meisten Anker. Kategorie 2 und 3, ‚Kommunikation‘ und ‚Emotionen‘, besitzen die geringste Anzahl an Ankern. Einige Anker lassen sich mehreren Kategorien zuordnen, da die Kategoriendefinition auf den sechs Fragestellungen der Empathiekarte aufbaut und es auch dort zu Überschneidungen kommt. Zum Beispiel sind Hindernisse als Inhalt für die Kategorie ‚Hemmnisse und Widerstände‘, aber auch für die Kategorie ‚Ambitionen‘ zulässig. Fundstellen aus der Kategorie ‚Handlungen‘ können auch in die Kategorie ‚Kommunikation‘ passen, wenn die Handlung einen Kommunikationsprozess einschließt.

Im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand der Arbeit werden die Ankerbeispiele nach Relevanz ausgewählt. Die Kategorien werden im Untersuchungsverlauf gesättigt und im Folgenden als Grundlage für den weiteren Erkenntnisgewinn genutzt. Auf Grundlage der Forschungsergebnisse wird die folgende erweiterte Empathiekarte entwickelt:

⁵⁹ Vgl. Perkhofer, S. et al. (Triangulation, 2016), S. 129.

Die erweiterte Empathiekarte zeigt die Ausprägungen der Kategorien, zugeordnet zu den entsprechenden Feldern. Die dickgedruckten Linien grenzen die einzelnen Kategorien optisch voneinander ab. Die durchgezogenen Umrandungen zeigen hauptsächlich Aussagen aus Kundensicht. Die gestrichelten Umrandungen zeigen hauptsächlich Aspekte aus Unternehmenssicht. Unter einem ressourcenorientierten Blickwinkel werden Potentiale in der Gesundheitsbranche erkennbar.

Auffällig ist die Defizitorientierung des herangezogenen Materials. Es werden ausschließlich die Fehler des Gesundheitssystems aufgezählt und teilweise Optimierungsvorschläge gegeben. Die aufgeführten Defizite werden in dieser Arbeit genutzt um, unter einem ressourcenorientierten Blickwinkel, Potentiale des Gesundheitswesens zu erkennen.⁶⁰

Im nächsten Schritt werden die Prototypen bestimmt und beschrieben und die Rücküberprüfung des Kategoriensystems durchgeführt. Die Ergebnisinterpretation und die darauffolgende Anwendung der Gütekriterien sind die letzten Schritte der Inhaltsanalyse. Ziel der typisierenden Strukturierung ist es, ausschlaggebende Ausprägungen zu finden und diese zu erläutern.⁶¹ Markante Bedeutungsgegenstände werden mit dieser Technik im Text hervorgehoben und es wird versucht diese im Kontext des Materials zu erläutern. Die Definition einer Typisierungsdimension und der dazugehörigen Ausprägungen ist die Grundlage für das Kategoriensystem. Im Laufe der Textdurchsicht wird festgelegt, welche Ausprägungen besonders hervorstechen und typisch sind. Mindestens drei der folgenden Kriterien werden dabei beachtet: Extreme Ausprägungen gilt es zu beschreiben, außerdem jene, die von besonderem theoretischem Interesse zeugen und jene, die häufig im Material auftauchen. Für die ausgewählten Ausprägungen werden im nächsten Schritt Prototypen, „besonders repräsentative Beispiele“,⁶² entwickelt, welche detailliert beschrieben werden.⁶³ Bei Typisierungen wird das Material im Hinblick auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten der zuvor konkretisierten Merkmale untersucht. Diese werden anschließend in Gruppen eingeteilt und detailliert beschrieben.⁶⁴

⁶⁰ Vgl. Trinks, A. (Gesundheitswirtschaft, 2017), S. 338.

⁶¹ Vgl. Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2015), S. 99.

⁶² Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2015), S. 104.

⁶³ Vgl. ebd., S. 103–104.

⁶⁴ Vgl. Schreier, M. (Inhaltsanalyse, 2014), S. 10.

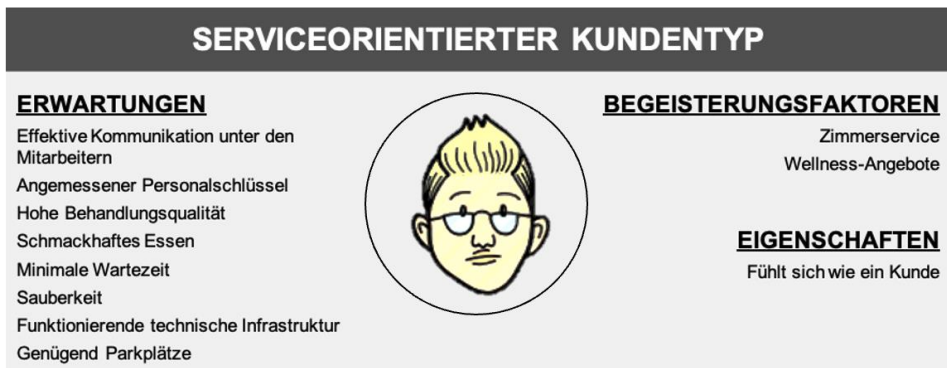
3.2 Bestimmung der Prototypen

Die aus der Untersuchung resultierenden Kategorieninhalte dienen im nächsten Schritt als Grundlage für die Bestimmung der Prototypen. Prototypen sind hier besonders repräsentative Beispiele für mögliche Kundschaft im Gesundheitswesen. Sie grenzen sich durch ihre unterschiedlichen Bedürfnisse als Charakterisierungseigenschaften voneinander ab (externe Heterogenität).⁶⁵ Innerhalb eines Prototypen ähneln sich die Ansprüche der Kundinnen und Kunden (interne Homogenität).⁶⁶ Als fünf Prototypen bieten sich nach der Analyse der serviceorientierte, der ängstliche, der leistungsorientierte, der interaktive und der konfliktbelastete Kundentyp an. Außerdem sind stets Mischformen möglich. Die fünf Prototypen im Überblick:

3.2.1 Der serviceorientierte Kundentyp

Er legt besonderen Wert auf Serviceleistungen während der Behandlung. Er erwartet effektive Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden, angemessene Personalausstattung, hohe Qualität, schmackhaftes Essen, minimale Wartezeiten, Sauberkeit in der Einrichtung⁶⁷, gute technische Infrastruktur, genügend Parkplätze und andere Kundenserviceleistungen.⁶⁸

Abbildung 9: Serviceorientierter Kundentyp



⁶⁵ Vgl. Kelle, U., Kluge, S. (Typologie, 2010), S. 85.

⁶⁶ Vgl. Kluge, S. (Typenbildung, 2000), S. 2.

⁶⁷ Vgl. Mazurenko, O., Zemke, Diana M., Lefforge, N. (Leistungsempfänger, 2016), S. 319.

⁶⁸ Vgl. ebd., S. 320.

3.2.2 Der ängstliche Kundentyp

Dieser Kundentyp ist aufgrund seiner Erkrankung sensibel, abhängig und unsicher.⁶⁹ Er hat das Gefühl, der Gesundheitseinrichtung ausgeliefert zu sein. Eventuell ist dies durch die Intransparenz von Behandlungsabläufen⁷⁰ oder der spürbaren Unterbesetzung von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten verursacht.⁷¹

Abbildung 10: Ängstlicher Kundentyp



3.2.3 Der leistungsorientierte Kundentyp

Er ist bereit, zusätzlichen Aufwand für bessere Leistung aufzubringen. Dies kann der Weg zu einem entfernteren Krankenhaus sein oder auch die Bereitschaft, Extraleistungen in Anspruch zu nehmen, zum Beispiel Zuzahlung für Einzelzimmer. Dies ist jedoch einkommensabhängig.⁷²

⁶⁹ Vgl. Ye, J., Dong, B., Lee, J-Y. (Service-Empathie, 2017), S. 554.

⁷⁰ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 5.

⁷¹ Vgl. ebd., S. 5.

⁷² Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 6.

Abbildung 11: Leistungsorientierter Kundentyp



3.2.4 Der interaktive Kundentyp

Dieser Kundentyp ist kommunikativ. Er beeinflusst selbst sein Umfeld und wird umgekehrt auch durch die Meinung seiner Umgebung berührt. Die Analyseergebnisse zeigen, dass Angehörige zum Beispiel an schlechte Erfahrungen aus der Vergangenheit erinnern⁷³ oder Verwandte, Freunde und Bekannte Ratschläge erteilen.⁷⁴ Die Wahl der Klinik wird oftmals durch Empfehlungen der Fachärzte und Hausärzte beeinflusst.⁷⁵ Der interaktive Kundentyp ist wissbegierig und sucht vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt nach Informationen über die Einrichtung. Er bedient sich dabei des Internets und anderer Medien.⁷⁶ Umgekehrt beeinflusst dieser Kundentyp auch seine Umwelt durch die Kommunikation seiner Erfahrungen.⁷⁷ Seine Erfahrungen werden durch den Multiplikatoreffekt im jeweiligen Bekanntenkreis verbreitet.⁷⁸

⁷³ Vgl. Mazurenko, O., Zemke, Diana M., Lefforge, N. (Leistungsempfänger, 2016), S. 322–323.

⁷⁴ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 4.

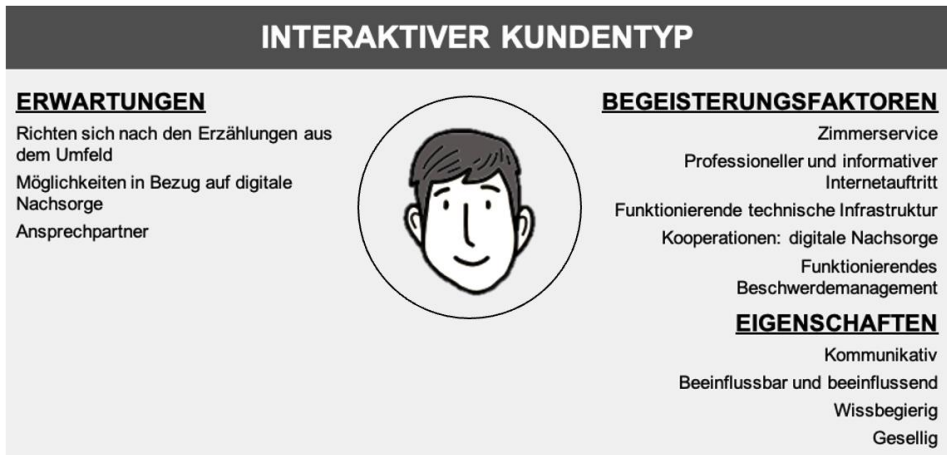
⁷⁵ Vgl. ebd., S. 4.

⁷⁶ Vgl. ebd., S. 4.

⁷⁷ Vgl. ebd., S. 5.

⁷⁸ Vgl. ebd., S. 5.

Abbildung 12: Interaktiver Kundentyp



3.2.5 Der konfliktbelastete Kundentyp

Er ist in der Regel gesetzlich versichert. Er nimmt grundsätzlich keine Zusatzleistungen in Anspruch, weil seine Krankenversicherung die Kosten nicht übernimmt. Das führt zu Unzufriedenheit, weil er es als ungerecht empfindet. Je nach Versicherung und Gesundheitssystem ist die Übernahme von Kosten jedoch unterschiedlich geregelt.⁷⁹ Der Kunde oder die Kundin verfügt meist nicht über ausreichend Einkommen, um die Zusatzleistungen selbst zahlen zu können.⁸⁰

Abbildung 13: Konfliktbelasteter Kundentyp



⁷⁹ Vgl. Mazurenko, O., Zemke, Diana M., Lefforge, N. (Leistungsempfänger, 2016), S. 321.

⁸⁰ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 6.

Fünf Kundentypen sind aus der Analyse entstanden. Die Differenzierung soll helfen, die Bedürfnisse der Kundschaft besser wahrzunehmen und dient der Orientierung. In der Realität sind häufig Mischformen zu erkennen.⁸¹

3.3 Interpretation und Güte

Alle Kategorien sind durch das Material gesättigt, so dass sich ein fundiertes, aussagefähiges Analyseergebnis ergibt. Die Bearbeitung des Kategoriensystems und der beinhalteten Definitionen sind im Zuge mehrerer Durchläufe entstanden. Die größte Herausforderung liegt in der Zuordnung der Ankerbeispiele zu den jeweiligen Kategorien. Bei der Kategorie ‚Emotionen‘ gilt es, das Material auf Wünsche und Bedürfnisse, sowie bei der Kategorie ‚Ambitionen‘, das Material nach Ansprüchen zu untersuchen. Das gleiche Abgrenzungsproblem gibt es bei der Kategorie ‚Wahrnehmung‘, die das Umfeld der Kundschaft beschreiben soll. Die Kategorie ‚Kommunikation‘ soll explizit die Kommunikation mit dem Umfeld wiedergeben. Hier ergeben sich ebenfalls Überschneidungen. Die Abgrenzung durch Kodierregeln ist an dieser Stelle nicht zielführend. Gerade die Überschneidungen verdeutlichen die in der Realität vorkommenden Mischformen bei den Kundentypen. Trotzdem müssen Grenzen gesetzt werden, um die Kundentypen in ihrer Reinform differenzieren zu können. Auf Grundlage ihrer Reinform kann ein eindeutiger Lösungsansatz für Handlungsempfehlungen generiert werden.

Die Gültigkeit der Ergebnisse steigt, je exakter die Kategorienbildung vollzogen wird.⁸² Der Vorgang der Kategorienbildung dieser Analyse kann mittels des Kategoriensystems nachvollzogen werden. Dies entspricht dem Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit kann unter anderem durch die Dokumentation des Forschungsprozesses sichergestellt werden. Dritte Personen können die Untersuchung Schritt für Schritt durchgehen und die Ergebnisse daraufhin einschätzen.⁸³ Dieses Kriterium ist in dieser Arbeit durch die Anwendung des Ablaufmodells sichergestellt. Aufgrund der Systematik und Regelgeleitetheit der qualitativen Inhaltsanalyse, setzt diese das Prinzip der Nachvollziehbarkeit durch die Verfahrensdokumentation voraus.⁸⁴

Das Konzept der Reliabilität sieht in der qualitativen Forschung die Messung der Güte der Ergebnisse durch die Intercoderreliabilität vor. Im Rahmen der Arbeit ist

⁸¹ Vgl. Buhr, A. (Kundentypen, 2014), S. 125.

⁸² Vgl. Atteslander, P. (Grundlagen empirische Sozialforschung, 2010), S. 203.

⁸³ Vgl. Steinke, I. (Gütekriterien, 2010), S. 324–326.

⁸⁴ Vgl. ebd., S. 38.

es nicht möglich, durch das Vergleichen von Ergebnissen der gleichen Untersuchung verschiedener Inhaltsanalytiker, die Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit der Untersuchung zu überprüfen. Durch die verwendete Datenvielfalt kann der Reliabilität jedoch in Maßen entsprochen werden. Zur Reliabilitätsprüfung gehört auch das Verfahren der Stichprobengültigkeit. In dieser Arbeit wird ein kleiner Teil der Grundgesamtheit von empirischen Untersuchungen genutzt, um ein theoretisches Sampling zu schaffen. Quelle für Quelle wird das Material analysiert, bis eine Sättigung der Kategorien erreicht ist.⁸⁵

Im Zuge der Triangulation wird überprüft, ob die Auswertungsergebnisse mit anderen Studien vergleichbar sind.⁸⁶ Das Thema patientenzentrierter Gesundheitsversorgung wird unter anderem in einem Artikel aus dem Health Economics Review⁸⁷ behandelt und mehrere Messmethoden werden für die Zufriedenheit der Leistungsempfänger aufgezeigt. Der Vergleich der Ergebnisse dieser Analyse mit dem Artikel aus dem Health Economics Review zeigt eine Übereinstimmung bei den herausgefundenen Aspekten, an denen sich die Zufriedenheit der Leistungsempfänger orientiert: medizinische Behandlung, Infrastruktur (zum Beispiel technische Ausrüstung), nicht medizinische Aspekte der Behandlung (zum Beispiel Kommunikation) und finanzielle Faktoren im Zusammenhang mit der Behandlung (zum Beispiel Kostenübernahme, Zuzahlungsbereitschaft).⁸⁸ Auch Krankenkassen führen vermehrt Evaluationen durch, um die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Versicherten in Bezug auf eine Krankenhausbehandlung herauszufinden.⁸⁹

Validität bezeichnet die Gültigkeit einer Untersuchung. Wenn also das Ergebnis der Untersuchung die Fragestellung zum Untersuchungsgegenstand beantwortet, kann die Analyse als valide bezeichnet werden. Die durchgeführte Untersuchung hat durch die Verwendung einer erweiterten Empathiekarte, Merkmale zu Kundentypen im Rahmen der Typisierung zugeordnet. Mit diesem Zwischenergebnis ist der erste Meilenstein auf dem Weg zur Beantwortung der Forschungsfragen erreicht.⁹⁰

⁸⁵ Vgl. Strübing, J. (Qualitative Forschung, 2014), S. 457–460.

⁸⁶ Vgl. Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2000), S. 3.

⁸⁷ Vgl. Klose, K. et al. (Statistik Unversicherte USA, 2016), S. 4.

⁸⁸ Vgl. ebd., 2016, S. 4.

⁸⁹ Vgl. Fischer, A. (Servicequalität und Patientenzufriedenheit, 2015), S. 215.

⁹⁰ Vgl. Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2015), S. 123.

4 Konsequenzen für das deutsche Gesundheitswesen

Durch die Anwendung der erweiterten Empathiekarte werden im Rahmen der Typisierung fünf Kundentypen identifiziert, die sich aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften voneinander unterscheiden. Das Wissen über diese Kundentypen erleichtert es den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, die jeweiligen Bedürfnisse ihrer Kundschaft schneller zu erkennen und kundenorientiert zu reagieren. Dementsprechend können auf Basis der Typisierung verschiedene Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit abgeleitet werden. Die Differenzierung nach Kundentypen dient der groben Orientierung.⁹¹

Ein angemessener Kundenumgang ist für Unternehmen im Gesundheitswesen von Vorteil. Der psychosoziale Aspekt stellt sich als wichtiger Zufriedenheitsursprung bei Leistungsempfängern heraus.⁹² Dieser Aspekt hat auch finanzielle Vorzüge, weil die Kundschaft sich in der Einrichtung wohl fühlt und es zu weniger Komplikationen während des Behandlungsverlaufes kommt. Diese Tatsache lässt sich aus der Definition der psychosomatischen Medizin ableiten. Sie beschreibt die „körperlich-seelisch-sozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von menschlichen Krankheiten“.⁹³

Der serviceorientierte Kundentyp legt besonders Wert auf Serviceleistungen rund um die medizinischen Aspekte während des Klinikaufenthaltes. Eine angemessene Reaktionsschnelligkeit seitens des Personals und eine daraus resultierende minimale Wartezeit kann in diesem Fall die Kundenzufriedenheit verbessern und einen Wettbewerbsvorteil für das Unternehmen schaffen.⁹⁴ Dies ist jedoch nur möglich, wenn ausreichend Personal zur Verfügung steht, um die Kundenwünsche zu erfüllen.⁹⁵

Um trotz begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen beim bestehenden Personal eine zufriedenstellende Reaktionsschnelligkeit bezüglich der Kundenwünsche zu erreichen, bieten sich das Lean Management und Change Management an.⁹⁶ Das Lean Management gewinnt an Bedeutung, da Krankenhäuser vermehrt unter wirtschaftlichem Druck stehen und sich ihre Kundschaft zunehmend über die Abläufe, zum Beispiel in Bezug auf die Wartezeiten, beschwert. Effiziente

⁹¹ Vgl. Buhr, A. (Kundentypen, 2014), S. 125.

⁹² Vgl. Möller, H., Laux, G., Kampfhammer, H. (Psychosoziales, 2017), S. 403.

⁹³ Ebd., 2011, S. 1284.

⁹⁴ Vgl. Otten, H., Kordonouri, O., Busse, B. (Wettbewerb, 2018), S. 32.

⁹⁵ Vgl. Ye, J., Dong, B., Lee, J-Y. (Service-Empathie, 2017), S. 561.

⁹⁶ Vgl. Porsche Consulting (Lean Management, 2016), S. 3–7.

Prozesse werden hierbei als überlebenswichtiger Wettbewerbsvorteil beschrieben.⁹⁷ Hierbei werden die bürokratischen Strukturen zunächst mit einem relativ hohen administrativen Aufwand begutachtet. Die täglichen Aufgaben werden in wertschöpfende und nicht wertschöpfende Tätigkeiten unterteilt. Als wertschöpfend werden Tätigkeiten beschrieben, die der Kundschaft einen Nutzen stiften, wie die ärztliche Untersuchung. Nicht wertschöpfende Tätigkeiten sind beispielsweise die Suche nach der Patientenakte. Durch eine gezielte Umstrukturierung können die nicht wertschöpfenden Tätigkeiten minimiert werden, damit das Personal mehr Zeit für die Kundschaft gewinnt.⁹⁸ Im Rahmen eines Change Managements sollten Veränderungen geplant und umgesetzt werden, damit überflüssige und umständliche Arbeitsabläufe optimiert werden.⁹⁹

Bei diesen Optimierungsprozessen sollten die Potenziale der Digitalisierung herangezogen werden, weil diese eine vorausschauende Planung ermöglichen. Eine zentrale elektronische Terminplanung reduziert Fehlplanungen. Terminkollisionen und lange Wartezeiten können auf diese Weise vermieden werden. Außerdem werden die Abläufe für die Beteiligten, wie Kundschaft, Mitarbeitende und Geschäftsleitung, transparent.¹⁰⁰

Der ängstliche Kundentyp ist sensibel, abhängig und unsicher aufgrund seiner Erkrankung.¹⁰¹ Dieser Kundentyp benötigt mehr Zuwendung und Unterstützung, Empathie und Reaktionsschnelligkeit seitens der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen.¹⁰² Um dies zu erreichen, ist während seines Klinikaufenthaltes eine kontinuierliche Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden und diesem Typ, aber auch zwischen den Mitarbeitenden und den Angehörigen der Kundin oder des Kunden, unerlässlich.¹⁰³ Auch bei diesem Kundentyp ist die Anwendung des Lean Managements zur Schaffung von Transparenz und Optimierung des Behandlungsverlaufs sinnvoll. All diese Maßnahmen vermitteln ein Gefühl der Sicherheit.

Der leistungsorientierte Kundentyp ist bereit, zusätzlichen Aufwand für bessere Leistung aufzubringen. Sollte die Kundschaft bereit sein, für Extraleistungen zuzahlen, benötigt sie einen kompetenten Ansprechpartner, der sich mit dem Serviceangebot der Einrichtung auskennt. Häufig ist es daher erforderlich, das

⁹⁷ Vgl. ebd., S. 3.

⁹⁸ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 7.

⁹⁹ Vgl. Porsche Consulting (Lean Management, 2016), S. 7.

¹⁰⁰ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 7.

¹⁰¹ Vgl. Ye, J., Dong, B., Lee, J-Y. (Service-Empathie, 2017), S. 554.

¹⁰² Vgl. ebd., S. 554.

¹⁰³ Vgl. Mazurenko, O., Zemke, Diana M., Lefforge, N. (Leistungsempfänger, 2016), S. 329.

Servicekonzept der Gesundheitseinrichtung auszuweiten, damit Kundinnen und Kunden aus einem für sie transparenten und kundenorientierten Angebotskatalog Leistungen hinzubuchen können. Da Serviceleistungen mittlerweile einen Wettbewerbsvorteil darstellen, ist die Erweiterung des Einrichtungsangebots für das jeweilige Unternehmen attraktiv.¹⁰⁴

Die Kundschaft erwartet auch eine korrekte Abrechnung. Auch hier bietet es sich aufgrund der Relevanz an, durch digitale Maßnahmen den Prozess zu optimieren. Das Ziel dieses Prozesses ist es, die Abrechnungsdaten zu vervollständigen, die Abrechnung besser verfolgen zu können und den Ablauf schnell, detailliert und fehlerfrei zu gestalten.¹⁰⁵ Um Beschwerden und somit vermehrtem Arbeitsaufwand vorzubeugen, ist darüber hinaus die vorherige Abklärung der Kostenübernahme die Voraussetzung.

Der leistungsorientierte Kundentyp erwartet außerdem eine umfassende fachliche Kompetenz. Um diesen Anspruch erfüllen zu können, ist es erforderlich, die Mitarbeitenden durch interne und externe Fort- und Weiterbildungen zu fördern.¹⁰⁶ Kompetente Mitarbeitende müssen über aktuelle Informationen verfügen. Dazu ist eine funktionierende interne Kommunikation unerlässlich. Frühbesprechungen innerhalb der einzelnen Abteilungen und Besprechungen zwischen den Abteilungen können geeignet sein.¹⁰⁷

Der interaktive Kundentyp ist dadurch gekennzeichnet, dass er sowohl sein Umfeld beeinflusst als auch von diesem beeinflusst wird. Diesem Typen ist es wichtig, einfachen Zugang zu für ihn relevanten Informationen der Gesundheitseinrichtung zu erhalten. Neben einem professionellen und informativen Internetauftritt ist es für diesen Kundentyp wichtig, innerhalb der Einrichtung eine funktionierende Internetverbindung nutzen zu können.¹⁰⁸

Des Weiteren ist es denkbar, dass dem interaktiven Kundentyp im Rahmen eines Pilotprojektes ermöglicht wird, webbasierte teletherapeutische Plattformen zu nutzen, um nach dem Klinikaufenthalt von zu Hause aus seine Gesundheit zu fördern. Nach einem stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik kann zum Beispiel anschließend ambulant und selbständig die Nachsorge mithilfe eines digitalen Assistenten durchgeführt werden.¹⁰⁹

¹⁰⁴ Vgl. Otten, H., Kordonouri, O., Busse, B. (Wettbewerb, 2018), S. 32.

¹⁰⁵ Vgl. Saurin, M., Therre, B. (Abrechnung, 2018), S. 36–38.

¹⁰⁶ Vgl. Fredersdorf, F., Glasmacher, B. (Personalentwicklung, 2013), 245.

¹⁰⁷ Vgl. Civan, Ü., Reyer, B., Glasmachers, K. (Kommunikation, 2017), S. 157–226.

¹⁰⁸ Vgl. Mazurenko, O., Zemke, Diana M., Lefforge, N. (Leistungsempfänger, 2016), S. 328–329.

¹⁰⁹ Vgl. Mau, J. (Digitalisierung, 2018), S. 15.

Ein funktionierendes Beschwerdemanagement mit einem präsenten Ansprechpartner ist ein weiteres Element zur Erlangung der Kundenzufriedenheit. Das Beschwerdemanagement in den Gesundheitseinrichtungen gewinnt seit den 1990er Jahren aufgrund der steigenden Kundenorientierung zunehmend an Bedeutung.¹¹⁰ Eine Beschwerde zügig zu bearbeiten und dabei auf die Bedürfnisse der Kundschaft frühzeitig einzugehen und die Kundschaft nicht an die Konkurrenz zu verlieren ist das oberste Ziel.¹¹¹ Auch hier scheint die Investition in eine ausreichende Zahl an Mitarbeitenden, die entsprechend geschult sind, als langfristig sinnvolle Maßnahme, um ein auf lange Sicht funktionierendes Gesundheitswesen zu gewährleisten.

Der konfliktbelastete Kundentyp ist in der Regel gesetzlich versichert. Er nimmt grundsätzlich keine Zusatzleistungen in Anspruch, weil seine Krankenversicherung die Kosten nicht übernimmt. Es verunsichert ihn, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich zum Teil in der Leistungsübernahme unterscheiden. Unklarheiten bei der Kostenübernahme führen zu Unzufriedenheit und belasten auch das Unternehmen durch zusätzlichen Aufwand. Daher ist es wichtig, gemeinsam mit Kundin bzw. Kunden eindeutig zu klären, welche Leistungen von der Krankenkasse bzw. welche selbst zu übernehmen sind.

Der konfliktbelastete Kundentyp ist außerdem sensibel, abhängig und unsicher aufgrund seiner Erkrankung.¹¹² Aus diesem Grund ist es wichtig, ihm die Möglichkeit einer Seelsorge anzubieten. Das Angebot einer Krankenhausseelsorge fördert neben der Kundenzufriedenheit auch die Mitarbeiterzufriedenheit, weil sie zum einen diesem Kundentyp hilft, seine Krankheit zu bewältigen und zum anderen die Mitarbeitenden entlastet.¹¹³

Trotz aller Bemühungen um die Zufriedenheit der Kundschaft ist es nicht ausgeschlossen, dass Beschwerden an das Gesundheitsunternehmen herangetragen werden. Die Wiederherstellung der Kundenzufriedenheit kann gegebenenfalls erhebliche finanzielle Ressourcen in Anspruch nehmen. Eine Möglichkeit, die Ressourcen des Beschwerdemanagements zielgerichtet einzusetzen, besteht darin, zunächst die Wertigkeit der Kundschaft mittels einer Segmentierung nach Zufriedenheitspotential festzustellen. Nach dieser Wertigkeit bemisst sich die Intensität der Unternehmensbemühungen, um den Kunden bzw. die Kundin.¹¹⁴

¹¹⁰ Vgl. Dehr, G., Biermann, T. (Marketing, 1998), S. 57.

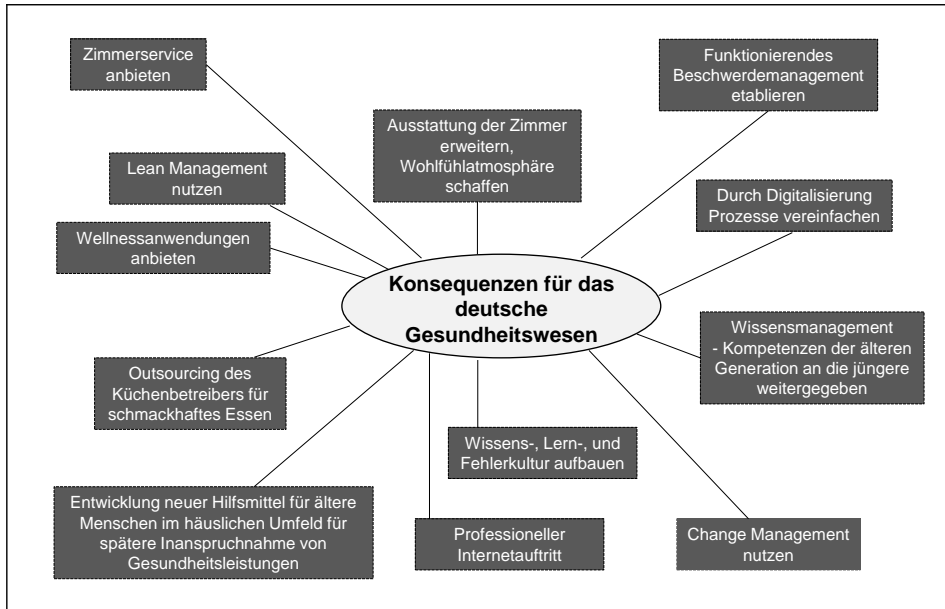
¹¹¹ Vgl. Zeiler, B. (Beschwerdemanagement, 2017), S. 2.

¹¹² Vgl. Ye, J., Dong, B., Lee, J-Y. (Service-Empathie, 2017), S. 554.

¹¹³ Vgl. Klessmann, M. (Krankenhausseelsorge, 2013), S. 45–48.

¹¹⁴ Vgl. Bruhn, M. (Beziehungsmanagement, 2016), S. 131–132.

Abbildung 14: Konsequenzen für das deutsche Gesundheitswesen



Um aus den bisher gewonnenen Erkenntnissen Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem abzuleiten, sind die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Wachsende Kosten und steigender wirtschaftlicher Druck erzeugen einen dringenden Handlungsbedarf, um auf der einen Seite ein funktionierendes Gesundheitssystem zu ermöglichen und auf der anderen Seite zufriedene und gesündere Menschen hervorzubringen. Es gibt zahlreiche Lösungsstrategien, die jedoch nur begrenzt Anwendung finden. Häufig sind sie entweder zu kostspielig oder die Personalressourcen reichen für die Umsetzung nicht aus.¹¹⁵ Das Spannungsfeld zwischen dem Faktor Geld und der steigenden Nachfrage in qualitativer und quantitativer Hinsicht kann durch das Wissen über die vorgestellten Kundentypen und die jeweiligen Handlungsempfehlungen entschärft werden.

Die qualitative Nachfrage besteht aus dem steigenden Anspruchsniveau der Kundschaft. Neben den Aspekten der medizinischen Behandlung liegt ihr Augenmerk auf Serviceleistungen.¹¹⁶ Um der Nachfrage auf qualitativer Ebene entsprechen zu können, gibt es Möglichkeiten, die eine Gesundheitseinrichtung von ihrer

¹¹⁵ Vgl. O. V. (Demografischer Wandel, 2018), S. 1.

¹¹⁶ Vgl. Ye, J., Dong, B., Lee, J-Y. (Service-Empathie, 2017), S. 554.

Konkurrenz hervorhebt, zum Beispiel das Anbieten von Zimmerservice und Wellnessanwendungen.¹¹⁷ Auch an der Ausstattung der Klinikzimmer wird gearbeitet, weil emotionales Wohlbefinden zur Genesung beitragen soll. Das Projekt ‚Room 2525‘ zeigt, wie durch fortgeschrittenes Design eine Wohlfühlatmosphäre im Klinikzimmer der Zukunft hervorgerufen werden kann. Durch die digitale Vernetzung lassen sich zum Beispiel das Licht, die Raumtemperatur sowie die Türen und Fenster mit einer App auf einem mobilen Endgerät steuern.¹¹⁸ Die Verbesserung der Qualität des Essens kann laut des Deutschen Krankenhaus Institutes durch den Trend zum Outsourcing der Küche erreicht werden. Künftig sollen mehr externe Caterer die Verpflegung in Krankenhäusern übernehmen.¹¹⁹ Minimale Wartezeiten können durch eine zentrale elektronische Terminplanung reduziert werden.¹²⁰ Um Empathie und Reaktionsschnelligkeit des Personals zu gewährleisten, sollte das Personal mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten aufbringen können. Überflüssige und zeitaufwendige Arbeitsschritte können im Rahmen des Lean Managements reduziert werden.¹²¹

Die Nachfrage aus quantitativer Hinsicht wird durch den demografischen Wandel beeinflusst. Der Fachkräftemangel stellt für Unternehmen im Gesundheitswesen eine Herausforderung dar.¹²² Die zur Verfügung stehende fachliche Kompetenz und die Anzahl des Personals werden mit der Zeit sinken. Das Gesundheitssystem muss in Zukunft mit steigenden Leistungsempfängerzahlen rechnen. Durch die niedrigen Geburtenraten in den letzten Jahrzehnten reduziert sich die Anzahl der Erwerbstätigen. Eine Herausforderung ist, Ansetzungspunkte zu finden, um die Situation zu verbessern. Ein ‚Domino-Effekt‘ beschreibt die Situation, in der alles miteinander verknüpft scheint.¹²³

Zur Entschärfung des Spannungsfeldes zwischen den Auswirkungen des demografischen Wandels und der Budgetknappheit kann das Wissensmanagement angewendet werden. Im Zuge des demografischen Wandels ist dafür zu sorgen, dass die Kompetenzen der älteren Generation an die jüngere weitergegeben werden, um eine Wissens-, Lern-, und Fehlerkultur im Unternehmen aufzubauen.¹²⁴ Die Versorgungsqualität kann durch die Weitergabe des Wissens den

¹¹⁷ Vgl. Mazurenko, O., Zemke, Diana M., Lefforge, N. (Leistungsempfänger, 2016), S. 320.

¹¹⁸ Vgl. Sittel, W. (Klinikzimmer, 2018), S. 60–62.

¹¹⁹ Vgl. Grether, T. (Bewirtung, 2018), S. 55–56.

¹²⁰ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 7.

¹²¹ Vgl. Porsche Consulting (Lean Management, 2016), S. 3–7.

¹²² Vgl. O. V. (Demografischer Wandel, 2018), S. 1.

¹²³ Vgl. O. V. (Demografischer Wandel, 2018), S. 1–2.

¹²⁴ Vgl. ebd., S. 1–2.

zukünftigen Veränderungen entgegenwirken.¹²⁵ Eine Fehlerkultur kann durch die Einführung eines Critical Incident Reporting System (CIRS) gefördert werden.¹²⁶ In diesem System melden Mitarbeitende Fehler und machen sie somit transparent. Zukünftig können ähnliche Fehler vermieden werden.¹²⁷ Ein weiterer Lösungsansatz ist es, durch Digitalisierung standardisierbare Abläufe zu schaffen, wie zum Beispiel, das Bereitstellen von Medikamenten zu automatisieren, damit sich die Pflegekräfte ihren wesentlichen Aufgaben widmen können.¹²⁸ Eine weitere Möglichkeit, die Ressourcen der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen zu schützen, besteht darin, durch Technik ältere Menschen bei ihren Aktivitäten des täglichen Lebens zu Hause zu unterstützen. Die gewünschte Folge daraus ist, dass es zu einer späteren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt.¹²⁹ Zudem sollte die Einrichtung im Hinblick auf Employer Branding seine Position als attraktiver Arbeitgeber stärken, um dem Fachkräftemangel zu begegnen.¹³⁰

Alle Handlungsempfehlungen gehen mit Veränderungsprozessen im Rahmen des Change Managements im Unternehmen einher.¹³¹ Bei solchen Veränderungsprozessen ist die Sensibilisierung der Mitarbeitenden vor Beginn einer Veränderung von Bedeutung.¹³² Das Personal im Gesundheitswesen arbeitet bereits am Ressourcenlimit. Es sieht oftmals Veränderungen als Mehrarbeit an und könnte den Prozess verweigern. Die Voraussetzung für das Gelingen solcher Veränderungsprozesse ist jedoch die Unterstützung durch das Personal.¹³³ Ein denkbarer Verbesserungsansatz ist es, wie bereits geschildert, die Etablierung einer Wissens-, Lern-, und Fehlerkultur ausgehend vom Führungspersonal.

¹²⁵ Vgl. O. V. (Wissensmanagement, 2018), S. 1–2.

¹²⁶ Vgl. Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016), S. 8.

¹²⁷ Vgl. Hart, D. (Fehlerkultur, 2007), S. 29.

¹²⁸ Vgl. Stöckle, U. Wirtz, D. C. (Digitalisierung, 2018), S. 69.

¹²⁹ Vgl. Birken, T., Pelizäus-Hoffmeister, H., Schweiger, P. (Selbstbestimmtes Leben, 2018), S. 1.

¹³⁰ Vgl. O. V. (Demografischer Wandel, 2018), S. 1–2.

¹³¹ Vgl. Oldhafer, M. (Change Management, 2018), S. 72.

¹³² Vgl. Kotter, J. P. (Change Management, 2015), S. 29–123.

¹³³ Vgl. O. V. (Wissensmanagement, 2018), S. 2.

5 Fazit

Die Grundannahme, dass Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Gütern auf dem Gesundheitsmarkt auch im deutschen Gesundheitssystem als Kundschaft betrachtet werden können, hat sich bestätigt. Die Analyse zeigt, dass Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen einen Wandel zum kundenorientierten Konstrukt bedingen.¹³⁴

Die Begriffsänderung von Patient/Patientin zu Kunde/Kundin wird häufig diskutiert. Der schwerwiegendste Aspekt ist die Entscheidungsbefugnis und das Fachwissen, welches die Person zum Handeln befähigt. Ist die Handlungsfähigkeit vorhanden, wird die Person Kunde/Kundin und nicht Patient/Patientin genannt.¹³⁵ Die Handlungsfähigkeit wird durch die mit der Digitalisierung steigende Vernetzung und die leichtere Zugänglichkeit von Gesundheitsinformationen gefördert. Menschen werden durch die Digitalisierung dazu befähigt, vielfältige Informationen einzuholen, die potenziell Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand haben. Die digitale Vernetzung trägt dementsprechend zur Eigenverantwortung bei. Dies zeigt sich besonders bei der Veränderung des menschlichen Handelns bei gesundheitlichen Beschwerden.¹³⁶ Hier ist der demografische Wandel ein entscheidender Faktor, durch den die Bedeutung erhöht wird, in Umstrukturierungen von Unternehmen im Gesundheitswesen zu investieren.¹³⁷ Die Nachfrage an gesundheitlichen Leistungen wird in Zukunft weiter steigen. Die Bedürfnisse der Leistungsempfängerinnen und -empfänger zu verstehen, ist daher Grundlage zur Erstellung von Geschäftsmodellen, welche sich den neuen Marktanforderungen durch zeitnahe und innovative Strategien anpassen.¹³⁸

Das Gesundheitssystem der USA ist zurzeit noch überwiegend auf Selbstzahlung ausgelegt. Die starke Kundenorientierung der US-amerikanischen Gesundheitsunternehmen, die durch die weitverbreitete Selbstzahlung bedingt ist, ermöglicht es, neue Erkenntnisse für das deutsche Gesundheitswesen zu erlangen. Aus diesem Grund werden zum Thema Kundenbedürfnisse zwei Studien aus den USA verwendet, um die Bedürfnisse der dortigen Kundschaft zur Erkenntnisgewinnung für das deutsche Gesundheitssystem zu nutzen.¹³⁹ Die in dieser Arbeit analysierten internationalen Quellen ermöglichen es, praxisnahe

¹³⁴ Vgl. Mazurenko, O., Zemke, Diana M., Lefforge, N. (Leistungsempfänger, 2016), S. 319.

¹³⁵ Vgl. ebd., S. 328.

¹³⁶ Vgl. Hänisch, T. (Digitalisierung, 2016), S. 5–6.

¹³⁷ Vgl. O. V. (Demografischer Wandel, 2018), S. 1–2.

¹³⁸ Vgl. Klose, K. et al. (Statistik Unversicherte USA, 2016), S. 3.

¹³⁹ Vgl. Schölkopf, M., Pressel, H. (Gesundheitssysteme International, 2015), S. 3–4.

und umsetzbare Lösungen zu finden. Die Handlungsempfehlungen sind abhängig von dem zugeordneten Kundentyp und den entsprechenden Bedürfnissen.

Durch die Anwendung der erweiterten Empathiekarte werden im Rahmen der Typisierung fünf Kundentypen identifiziert, die sich aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften voneinander unterscheiden. Das Wissen über diese Kundentypen erleichtert den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, die jeweiligen Bedürfnisse ihrer Kundschaft schneller zu erkennen und kundenorientiert zu reagieren. Ferner erleichtert diese Typisierung die Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit. Die Untersuchung hat demnach zu einem erweiterten Wissen über die Bedürfnisse, Wünsche und Ansprüche der Kundschaft im Gesundheitswesen beigetragen. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse können die Geschäftsmodelle der Gesundheitsunternehmen in Bezug auf die Kundenorientierung neu strukturiert werden. Die Arbeit zeigt Handlungsempfehlungen für Gesundheitsunternehmen auf. Die alleinigen Empfehlungen reichen jedoch nicht aus, um eine Verbesserung der Kundenzufriedenheit in einem Unternehmen zu erreichen.

Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen kann durch die Optimierung von Prozessen mittels Change Management gefördert werden. Ein weiterer Ansatzpunkt ist das Lean Management, das die Tätigkeiten der Mitarbeitenden unterscheidet, zwischen wertschöpfenden und nicht wertschöpfenden Handlungen. Nicht wertschöpfende Tätigkeiten werden im Verlauf des Lean Managements minimiert, um die Arbeitsleistung der Mitarbeitenden effizienter nutzen zu können. Für die gelingende Umsetzung der Handlungsempfehlung ist die Kommunikation des Lösungsvorschlages von tragender Bedeutung. Die von der Führungsetage etablierte Wissens-, Lern-, und Fehlerkultur kann dazu beitragen, dass sich alle Mitarbeitenden wertgeschätzt fühlen und sich im Zuge dessen engagierter an der Umsetzung der Vision beteiligen.

In der Literatur ist über Themen des Gesundheitswesens im Allgemeinen eine Defizitorientierung zu erkennen. Es werden in der Regel die Fehler des Gesundheitssystems aufgezählt und nur teilweise Optimierungsvorschläge gegeben. Die aufgeführten Defizite werden in dieser Arbeit genutzt, um, unter einem ressourcenorientierten Blickwinkel, Potentiale des Gesundheitswesens zu erkennen und Handlungsoptionen aufzuzeigen.¹⁴⁰

Die Arbeit unterliegt bestimmten Limitationen. Um die gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln, bietet es sich an, weitere Studien durchzuführen, die sich beispielsweise mit Fokusgruppendifkussionen oder Interviews mit Patientinnen

¹⁴⁰ Vgl. Trinks, A. (Gesundheitswirtschaft, 2017), S. 338.

und Patienten, Mitarbeitenden und Führungskräften im Gesundheitswesen befassen. Die Untersuchung wird damit, neben dem Auswertungs- und Interpretationsprozess, um den Erhebungsprozess der Daten ergänzt.¹⁴¹

Die Theorie der Empathiekarte kann sowohl zur Analyse von Empfindungen und Handlungen der Kundschaft als auch der Mitarbeitenden genutzt werden. Die gewonnenen Erkenntnisse können, ergänzend zu dem Wissen über die Kundschaft, in die Geschäftsmodelle integriert werden. Im günstigsten Fall werden auf dieser Grundlage die Mitarbeitenden besser in die Veränderungsprozesse eingebunden und das Ziel wird schneller und zufriedenstellender erreicht.

Eine Limitation liegt in den Handlungsempfehlungen der ‚Reinformen‘ der Kundentypen. Hierdurch wird die existierende Vielfalt der Kundschaft nur zum Teil widerspiegelt, da insbesondere Hybride in der Praxis vorhanden sind. Die auf den Reinformen beruhenden Handlungsempfehlungen bieten dennoch Mehrwert für Unternehmen, da es zunächst um die Bewusstmachung für die einzelnen Akteure geht. Durch die Anwendung der inhaltsanalytischen Schritte ist die Untersuchung nachvollziehbar. Die Verwendung von internationalen Quellen und die Erkenntnis, dass die gewonnenen Kundenbedürfnisse deckungsgleich mit anderen Forschungen (s. Health Economics Review)¹⁴² sind, bestätigen ein aussagekräftiges Endergebnis dieser Untersuchung.

¹⁴¹ Vgl. Medjedović, I., Qualitative Daten für die Sekundäranalyse, 2014, S. 226.

¹⁴² Vgl. Klose, K. et al. (Statistik Unversicherte USA, 2016), S. 4.

Literatur

- Andersen, H. (Kundenorientierung, 2006): Kundenmanagement in der integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, S. 210-224, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006.
- Atteslander, P. (Grundlagen empirische Sozialforschung, 2010): Methoden der empirischen Sozialforschung, 13. Aufl., Berlin: Erich Schmidt Verlag, 2010.
- Birken, T., Pelizäus-Hoffmeister, H., Schweiger, P. (Selbstbestimmtes Leben, 2018): Technik für ein selbstbestimmtes Leben im Alter - eine Forschungsstrategie zur kontextintegrierenden und praxiszentrierten Bedarfsanalyse, in: Forum Qualitative Sozialforschung, Januar 2018, Volume 19, No. 1; Art. 3, S. 1-28.
- Bösener, K. (Kundenaspekte, 2015): Kundenzufriedenheit, Kundenbegeisterung und Kundenpreisverhalten – Empirische Studien zur Untersuchung der Wirkungszusammenhänge, Wiesbaden: Springer Gabler, 2015.
- Bruhn, M. (Beziehungsmanagement, 2016): Relationship Marketing – Das Management von Kundenbeziehungen, München: Verlag Franz Vahlen, 2016.
- Buhr, A. (Kundentypen, 2014): Vertrieb geht heute anders – Wie Sie den Kunden 3.0® begeistern, 6. Aufl., Offenbach: GABAL, 2014.
- Busse, R., Schreyögg, J. (Management, 2013): Management im Gesundheitswesen – eine Einführung in das Gebiet und Buch, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, S. 1-9, 3. Aufl., Berlin/Heidelberg: Springer, 2013.
- Civan, Ü. N., Reyer, B., Glasmachers, K. (Kommunikation, 2017): Team- und Konfliktmanagement als Methode der Organisationsentwicklung, in: Stierle, J., Glasmachers, K., Siller, H. (Hrsg.), Praxiswissen Personalcontrolling, 2017, S. 157-226, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2017.
- Dehr, G., Biermann, T. (Marketing, 1998): Marketing Management, München: Hanser Fachbuchverlag, 1998.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (Patientenrechte, 2018): Informiert und selbstbestimmt, 2018, S. 10–28.

- Fischer, A. (Servicequalität und Patientenzufriedenheit, 2015): Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus- Konzepte, Methoden, Implementierung, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2015.
- Fredersdorf, F., Glasmacher, B. (Personalentwicklung, 2013): Die strategische Personalentwicklung in acht Etappen, In: Meifert, M. T. (Hrsg.), Strategische Personalentwicklung-Ein Programm in acht Etappen, 2013, S. 61-330, 3. Aufl., Wiesbaden: Springer Gabler, 2013.
- Grether, T. (Bewirtung, 2018): Früher versorgt, heute bewirtet, in: Klinik Management aktuell, Mai 2018, S. 55–57.
- Hänisch, T. (Digitalisierung, 2016): eHealth - eine Begriffsbestimmung, In: Adelfinger, V., Hänisch, T. (Hrsg.), eHealth – Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden, 2016, S. 5-10, 1. Aufl. 2016, Wiesbaden: Springer Gabler, 2016.
- Hart, D. (Fehlerkultur, 2007): Das Critical Incident Reporting-Projekt der norddeutschen Kinderkliniken – Anmerkungen zum Risikomanagement und seinem Recht, in: Madea, B., Dettmeyer, R. (Hrsg.), Medizinschadensfälle und Patientensicherheit, 2007, S. 275-286, Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 2007.
- Hart, D. (Patientenrechte, 2012): Patient, in: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M.-L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.), Public Health, 2012, S. 351-379, 3. Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier, 2012.
- Hauke, E. (Patientenorientierung, 2016): Dienstleistungen patientenorientiert gestalten, in: Pfannstiel, M., Rasche, C., Mehlich, H. (Hrsg.), Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus, 2016, S. 203-212, Wiesbaden: Springer Gabler, 2016.
- Hensen, P. (Qualitätsmanagement, 2016): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen- Grundlagen für Studium und Praxis, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2016.
- Holz, M., Da-Cruz, P. (Auswirkungen demografischer Wandel, 2007): Demografischer Wandel in Unternehmen, Wiesbaden: Gabler Verlag, 2007.
- Kelle, U., Kluge, S. (Typologie, 2010): Vom Einzelfall zum Typus- Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, 2010.

- Klessmann, M. (Krankenhausseelsorge, 2013): Handbuch der Krankenhausseelsorge, 4. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht, 2013.
- Klose, K. et al. (Statistik Unversicherte USA, 2016): Patient- and person-reports on healthcare: Preferences, outcomes, experiences, and satisfaction – An essay, in: Health Economics Review, 2016, Vol. 6, Iss. 18, S. 1–11.
- Kluge, S. (Typenbildung, 2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung, in: Forum Qualitative Sozialforschung, Januar 2000, 1, S. 1–11.
- Kollmann, T. (Begriffsdefinition, 2005): Gabler Kompakt-Lexikon Unternehmensgründung – 1.500 Begriffe nachschlagen, verstehen, anwenden, Wiesbaden: Gabler Verlag, 2005.
- Kotter, J. P. (Change Management, 2015): Leading change- Wie Sie Ihr Unternehmen in acht Schritten erfolgreich verändern, 3. Nachdruck 2015, München: Vahlen, 2015.
- Mau, J. (Digitalisierung, 2018): Kliniken verlagern Reha ins Wohnzimmer, in: Klinik Management aktuell, Oktober 2018, S. 15.
- Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2000): Qualitative Inhaltsanalyse, in: Forum Qualitative Sozialforschung, 2000, Volume 1, No. 2, Art. 20, S. 1–6.
- Mayring, P. (Inhaltsanalyse, 2015): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 12. Aufl., Weinheim: Beltz, 2015.
- Mayring, P., Frenzl, T. (Inhaltsanalyse, 2014): Qualitative Inhaltsanalyse, in: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, 2014, S. 543-555, Wiesbaden: Springer VS, 2014.
- Mazurenko, O., Zemke, D. M., Lefforge, N. (Leistungsempfänger, 2016): Who is a Hospital's "Customer"?, in: Journal of Healthcare Management, 2016, 61:5, S. 319–333.
- Medjedović, I. (Sekundärdaten, 2014): Qualitative Daten für die Sekundäranalyse, in: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, 2014, S. 223-232, Wiesbaden: Springer VS, 2014.
- Möller, H.-J., Laux, G., Kampfhammer, H.-P. (Psychosoziales, 2017): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2017.
- O. V. (Demografischer Wandel, 2018): Demografischer Wandel und steigender Kostendruck, in: Klinik Wissen Managen, Februar 2018, S. 1–2.

- O. V. (Herausforderungen Gesundheitssystem, 2018): Herausforderungen in der Versorgung gemeinsam begegnen – Interview mit Peter Vullingsh, CEO, Philips GmbH Market DACH, in: Klinik Management aktuell, Januar/Februar 2018, S. 70–71.
- O. V. (Wissensmanagement, 2018): Wissensmanagement: Warum gerade jetzt?, in: Klinik Wissen Managen, Oktober 2018, S. 1–4.
- Oldhafer, M. (Change Management, 2018): Change ja, Management nein, in: Klinik Management aktuell, Januar/Februar 2018, S. 72–74.
- Osterwalder, A., Pigneur, Y. (Geschäftsmodelle, 2011): Business Model Generation – Ein Handbuch für Visionäre, Spielveränderer und Herausforderer, Frankfurt/ New York: Campus Verlag, 2011.
- Otten, H., Kordonouri, O., Busse, B. (Wettbewerb, 2018): So wird der Service zum Wettbewerbsvorteil, in: Klinik Management aktuell, März 2018, S. 32–35.
- Perkhofer, S. et al. (Triangulation, 2016): Qualitative Forschung, In: Ritschl, V.; Weigl, R.; Stamm, T. A. (Hrsg), Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, S. 67-135, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2016.
- Saurin, M., Therre, B. (Abrechnung, 2018): Von Pull zu Push: Optimierung der Abrechnung, in: Klinik Management aktuell, Oktober 2018, S. 36–38.
- Schölkopf, M., Pressel, H. (Gesundheitssysteme International, 2015): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2015.
- Schreier, M. (Inhaltsanalyse, 2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten, in: Forum Qualitative Sozialforschung, Januar 2014, Volume 15, No. 1, Art. 18, S. 1–27.
- Sittel, W. (Klinikzimmer, 2018): App steuert Licht, Luft und Wohlbefinden, in: Klinik Management aktuell, März 2018, S. 60–62.
- Steinke, I. (Gütekriterien, 2010): Gütekriterien Qualitativer Forschung, In: Flick, U., Steinke, I., von Kardoff E. (Hrsg), Qualitative Forschung. Ein Handbuch, S. 319-331, 8., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2010.
- Stöckle, U., Wirtz, D. C. (Digitalisierung, 2018): Digitale Transformation: das Schlagwort unserer Zeit, in: Klinik Management aktuell, Oktober 2018, S. 68–69.

- Strübing, J. (Qualitative Forschung, 2014): Grounded Theory und Theoretical Sampling, in: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg), Handbuch Methoden empirischer Sozialforschung, S. 457-472, Wiesbaden, 2014.
- Tobry, M. (Selbstbestimmung, 2017): Wie kann die Gesundheitswirtschaft vom Vertrieb lernen?, in: Matusiewicz, D., Muhrer-Schwaiger, M. (Hrsg.), Neuvermessung der Gesundheitswirtschaft, 2017, S. 159-168, Wiesbaden: Springer Gabler, 2017.
- Trinks, A. (Gesundheitswirtschaft, 2017): Wie kann die Gesundheitswirtschaft von der Arbeitserziehung lernen?, in: Matusiewicz, D., Muhrer-Schwaiger, M. (Hrsg.), Neuvermessung der Gesundheitswirtschaft, 2017, S. 331-339, Wiesbaden: Springer Gabler, 2017.
- Ye, J., Dong, B., Lee, J.-Y. (Service-Empathie, 2017): The long-term impact of service empathy and responsiveness on customer satisfaction and profitability, in: Marketing Letters, 2017, S. 551–564.
- Zeiler, B. (Beschwerdemanagement, 2017): Beschwerdemanagement im B2B-Bereich – Eine empirische Erhebung in modernen Technologieunternehmen, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2017.

Internetquellen

- Indiana's premier urban public research university, IUPUI (Biographie O. Mazurenko, o. J.): Biographie Mazurenko, O. URL: <https://fsph.iupui.edu/about/directory/mazurenko-olena.html>, o. S. (Zugriff zuletzt: 28.09.2018).
- Lee, J.-Y. (Biographie Ju-Yeon Lee, 2018): Biographie Ju-Yeon Lee. URL: <https://apps.bus.iastate.edu/DisplayVita/Default.aspx?employee-Email=leejy@iastate.edu>, o. S. (Zugriff zuletzt: 31.07.2018).
- LEHIGH University, College of Business and Economics (Biographie Dr. Beibei Dong, o. J.): Biographie Dr. Beibei Dong. URL: <https://cbe.lehigh.edu/faculty-research/faculty/marketing/beibei-dong>, o. S. (Zugriff zuletzt: 28.09.2018).
- Porsche Consulting (Patientenperspektive, 2016): Kliniken aus Patientenperspektive. URL: <https://www.porsche-consulting.com/de/medien/studien/> (Zugriff zuletzt: 28.09.2018).

Porsche Consulting (Lean Management, 2016): Lean Hospital Management.
URL:<https://www.porsche-consulting.com/de/medien/studien/> (Zugriff zuletzt: 28.09.2018).

University of Nevada, Las Vegas, UNLV: (Biographie Dr. Diana Zemke, o. J.):
Biographie Dr. Dina Zemke. URL: <https://www.unlv.edu/people/dina-zemke-phd>, o. S. (Zugriff zuletzt: 28.09.2018).

University of Nevada, Las Vegas, UNLV: (Biographie Dr. Noelle Lefforge, o. J.):
Biographie Dr. Noelle Lefforge. URL: <https://www.unlv.edu/people/noelle-lefforge>, o. S. (Zugriff zuletzt: 28.09.2018).

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria
Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga
Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von
Suchtprävention am Arbeitsplatz
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd
Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement
und Wirtschaftlichkeit
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie
Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die Kranken-
häuser in Deutschland
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 5 (2016)

Lapczynya, Carmen / Siodlaczek, Claudia
Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus wirt-
schaftliche Faktoren
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 6 (2017)

Huppertz, Holger
Durchdringung der G-BA QM-Richtlinie in einem Universitätsklinikum
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 7 (2017)

Matusiewicz, David
Verbesserung der Therapietreue in Apotheken - eine verhaltensökonomische
Studie
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 8 (2017)

Kusch, Christina

Corporate Governance in Universitäts- und Privatkliniken

ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 9 (2017)

Geißler, Jens

Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management

ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 10 (2018)

Mehmet Ali, Takis

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen.

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 11 (2018)

Boroch, Wilfried

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik.

Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 12 (2018)

Furtmayr, Angelika

Die Entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule seit Einführung des Präventionsgesetzes

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 13 (2018)

Dännhardt, Andy

Kohärenzgefühl berufsbegleitend Studierender am Einzelfallbeispiel des FOM Hochschulzentrums München

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 14 (2019)

Kösters, Ines

Arteria Danubia - Gesundheitsregionen im Donauraum

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 15 (2019)

Lakasz, Andrea

Führungsaspekte in Universitätskliniken mit besonderem Fokus auf ärztliche Mitarbeiter unterschiedlicher Generationen

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 16 (2019)

Wangler, Julian / Jansky, Michael / Heidl, Christian / Müller, Sebastian / Heckel, Natalie / Zerth, Jürgen

Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management II

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 17 (2019)

Fischer, Philipp

Digital Health – Untersuchung zur Akzeptanz der elektronischen Gesundheitsdatenspeicherung in Form der elektronischen Patientenakte (ePA) in Deutschland

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 18 (2020)

Brauer, Yvonne

Retrospektive Studie zur Ermittlung der Risikofaktoren für eine stationäre Wiederaufnahme nach allogener Stammzelltransplantation

ISBN (Print) 978-3-89275-135-9 ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-136-6 ISSN (eBook) 2569-5274

Band 19 (2020)

Schädrich, Katrin

Mindful Leadership: Wirksamkeit appbasierter Kurzmeditationen auf die Achtsamkeit bei Führungskräften.

ISBN (Print) 978-3-89275-123-6 ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-124-3 ISSN (eBook) 2569-5274

Band 20 (2020)

Behrens, Yvonne / Geremek, Mariusz / Scharfenorth, Karin

Europe's Health System – Presentation of the health systems of Bulgaria, Poland and Germany

ISBN (Print) 978-3-89275-137-3 ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-138-0 ISSN (eBook) 2569-5274

Band 21 (2020)

Krause, Rabea

Bedarfsgerechte Versorgung von neuromuskulär erkrankten Menschen nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: Eine explorative Untersuchung der Anforderungen

ISBN (Print) 978-3-89275-152-6 ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-153-3 ISSN (eBook) 2569-5274

ISBN (Print) 978-3-89275-170-0

ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-171-7

ISSN (eBook) 2569-5274



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

ifgs

FOM. Die Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 57.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom-ifgs.de



Im Forschungsblog werden unter dem Titel „FOM forscht“ Beiträge und Interviews rund um aktuelle Forschungsthemen und -aktivitäten der FOM Hochschule veröffentlicht.

Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de