

**Hochschule für
Angewandte Wissenschaften Hamburg**

**Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Studiengang Pflege**

**„Ausgewählte Handlungsoptionen für das strategische Marketing
stationärer Altenpflegeeinrichtungen resultierend aus dem
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 28.08.2008

Vorgelegt von: Katrin Nowak



Betreuende Prüfende: Prof. Dr. S. Busch, HAW Hamburg

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. K. Dahlgaard, HAW Hamburg

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Abkürzungsverzeichnis..... | 3 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 4 |
| Einleitung..... | 5 |
| | |
| 1. Gesetzliche Definition einer stationären Altenpflegeeinrichtung..... | 8 |
| | |
| 2. Das Pflegeversicherungsgesetz mit Relevanz für stationäre Altenpflegeeinrichtungen..... | 10 |
| 2.1 Wesentliche gesetzliche Rahmenbedingungen des SGB XI für stationäre Altenpflegeeinrichtungen..... | 11 |
| 2.1.1 Versorgungsvertrag..... | 11 |
| 2.1.2 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen zur pflegerischen Versorgung..... | 12 |
| 2.1.3 Leistungs- und Qualitätsnachweise..... | 14 |
| 2.1.4 Vergütungssystem..... | 15 |
| | |
| 3. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zur strukturellen Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes..... | 17 |
| 3.1 Zielsetzungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes..... | 18 |
| 3.2 Zur strategischen Weiterentwicklung stationärer Altenpflegeeinrichtungen ausgewählte Schwerpunkte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes..... | 18 |
| 3.2.1 Schaffung von Pflegestützpunkten..... | 19 |
| 3.2.2 Anhebung finanzieller Leistungen..... | 20 |
| 3.2.3 Abbau von Schnittstellenproblemen..... | 24 |
| 3.2.4 Verbesserung der Rahmenbedingungen für neue Wohnformen..... | 25 |
| | |
| 4. Das Marketing in stationären Altenpflegeeinrichtungen..... | 26 |
| 4.1 Begriffliche Erläuterungen..... | 27 |
| 4.1.1 Marketing..... | 27 |
| 4.1.2 Dienstleistungsmarketing für soziale Dienstleistungen..... | 31 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.2 | Strategisches Marketing..... | 35 |
| 4.2.1 | Relevanz des strategischen Marketings..... | 35 |
| 4.2.2 | Begriff und Merkmale von Marketingstrategien..... | 38 |
| 4.2.3 | Festlegung von Marketingzielen..... | 41 |
| 4.2.4 | Überführung der Marketingziele in generelle Marketingstrategien..... | 45 |
| 4.2.4.1 | Marktfeldstrategien..... | 46 |
| 4.2.4.2 | Marktsegmentierungsstrategien..... | 48 |
| 4.2.4.3 | Wettbewerbsvorteilsstrategien..... | 49 |
| 4.2.4.4 | Marktteilnehmerstrategien..... | 52 |
| 4.3 | Marketingrelevante Besonderheiten stationärer Pflegeleistungen..... | 53 |
| 4.3.1 | Differenzierungen des Kundenbegriffes..... | 53 |
| 4.3.2 | Beziehungsgestaltung in der Pflege..... | 57 |
| 4.3.3 | Vergütung der Pflegeleistungen | 59 |
| 5. | Optionale Marketingstrategien für stationäre | |
| | Altenpflegeeinrichtungen..... | 60 |
| 5.1 | Spezialisierung auf schwerstpflegebedürftige Menschen..... | 61 |
| 5.2 | Erweiterung des Leistungsspektrums durch Tagespflegeangebote..... | 65 |
| 5.3 | Kooperation mit Pflegestützpunkten..... | 69 |
| 5.4 | Weitere Entwicklungsmöglichkeiten..... | 70 |
| | Schlussbemerkung..... | 74 |
| | Literaturverzeichnis..... | 75 |
| | Eidesstattliche Erklärung..... | 81 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------------|--|
| BFSFJ: | Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familien und Jugend |
| BMG: | Bundesministerium für Gesundheit |
| BR – Drs.: | Drucksache des Bundesrates |
| BSHG: | Bundessozialhilfegesetz |
| GKV: | Gesetzliche Krankenversicherung |
| HeimG: | Heimgesetz |
| MDK: | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung |
| MuG IV: | Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Altenhilfe (Studie IV) |
| PfWG: | Pflege-Weiterentwicklungsgesetz |
| PQsG: | Pflegequalitätssicherungsgesetz |
| SGB V: | Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung |
| SGB XI: | Elftes Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|-----------------|---|----|
| Abb. 1: | Leistungsanhebung der ambulanten Sachleistungen..... | 21 |
| Abb. 2: | Leistungsanhebung des Pflegegeldes..... | 21 |
| Abb. 3: | Leistungsanhebungen in der vollstationären Versorgung in den Stufen III und III Härtefall..... | 22 |
| Abb. 4: | Strategische Unternehmens- und Marketingplanung..... | 37 |
| Abb. 5: | Ökonomische Marktziele..... | 42 |
| Abb. 6: | Psychologische Marktziele..... | 43 |
| Abb. 7: | Allgemeine Strategiesystematik..... | 46 |
| Abb. 8: | Marktfeldstrategien im Dienstleistungsmarketing..... | 47 |
| Abb. 9: | Strategietypen zur Umsetzung von Wettbewerbsvorteilsstrategien..... | 50 |
| Abb. 10: | Faktoren im pflegerischen Beziehungsprozess..... | 58 |
| Abb. 11: | Strategiesystematik zur Spezialisierung auf Schwerstpflegebedürftige..... | 64 |
| Abb. 12: | Strategiesystematik zur Programmerweiterung durch eine Tagespflegeeinrichtung..... | 68 |
| Abb. 13: | Verbundsystem eines Wohn- und Pflegezentrums..... | 73 |

Einleitung

Der Pflegemarkt in der Bundesrepublik Deutschland ist bundesweit als Wachstumsmarkt zu beschreiben. Aufgrund demographischer und gesellschaftlicher Entwicklungen ist zu erwarten, dass die Nachfrage in den nächsten Jahren stark ansteigen wird. Diesen Trend lies nicht zuletzt der Pflegeheim Rating Report 2007 erkennen. Durch das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung wurde die aktuelle Marktsituation der Pflegeheime analysiert und Prognosen bis ins Jahr 2020 gewagt. Den Ergebnissen zufolge ist die Pflege innerhalb des Gesundheitswesens die am stärksten wachsende Branche. Fokussiert auf die stationäre Pflege ergibt sich zwischen 1999 bis 2005 ein Anstieg der Pflegeheime um 17,7% von rund 8.860 auf 10.420 Heime. Die Zahl der verfügbaren Plätze stieg im gleichen Maße bei einer durchschnittlichen Auslastung von 88%, von rund 645.000 auf 757.000 Plätze an. Es wurde vor Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes prognostiziert, dass bei konstanten Pflegequoten bis 2020, in Abhängigkeit regionaler Unterschiede, ein Mehrbedarf von rund 162.000 Plätzen zu erwarten ist.¹ Wie sich die Neuerungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auswirken bleibt dabei abzuwarten. Im Fazit jedoch ist der Pflegebranche ein Wachstumspotential vorauszusagen.

Für die Leistungserbringer bedeutet dies, sich durch strategische Planungen, orientiert an den Marktentwicklungen und Kundenbedürfnissen bestmöglich im Wettbewerb zu positionieren. Es gilt Marktchancen zu erkennen, um durch marktwirtschaftliche Elemente die Einrichtung zum ökonomischen Erfolg zu führen.

Ein grundlegender Aspekt bei der Betrachtung des Pflegemarktes ist die Rolle des Staates, denn erst seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 haben sich Pflegeeinrichtungen am Markt zu orientieren. Um eine gewinnbringende Auslastung zu erreichen, entwickeln sich die Angebotsstrukturen im zunehmenden Maße nach dem Abhängigkeitsverhältnis von Angebot und Nachfrage. Als Institution des Gesundheitswesens unterliegt eine stationäre Altenpflegeeinrichtung aufgrund des öffentlichen Interesses an dem Gut

¹ Vgl. Augurzky, B., (2008) S. 20f.

Gesundheit jedoch in unterschiedlicher Weise einer Regulierung durch den Staat. Die Anbieter als auch die Nachfrager unterliegen zahlreichen gesetzlichen und kollektivverträglichen Bindungen, sodass der Pflegemarkt nicht als „freier Markt“ sondern wenn nur als hochgradig „regulierter Markt“ betrachtet werden kann.²

Da der Pflegemarkt unter einem großen Einfluss gesetzlicher Rahmenbedingungen steht, sollen in dieser Arbeit optionale strategische Entwicklungschancen für stationäre Pflegeeinrichtungen resultierend aus gesetzlichen Neuerungen aufgezeigt werden. Zur Fortentwicklung der bundesweiten Pflegelandschaft beschloss der Gesetzgeber am 17. Oktober 2007 die Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auf Basis der Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes.

Ziel dieser Arbeit wird es sein, aus ausgewählten Eckpunkten des Gesetzes, exemplarische Marketingstrategien zur erfolgreichen Positionierung im Wettbewerb zu entwickeln.

Nach einer differenzierten Definition stationärer Altenpflegeeinrichtungen im 1. Kapitel werden im 2. Kapitel die Rahmenbedingungen des Pflegeversicherungsgesetzes für Anbieter stationärer Pflegeleistungen, zur Verdeutlichung der Beziehungsgeflechte und Abhängigkeitsverhältnisse, aufgezeigt. Es soll transparent werden in welcher Relevanz die Bestimmungen des SGB XI für stationäre Altenpflegeeinrichtungen stehen.

Darauf basierend werden im 3. Kapitel ausgewählte Eckpunkte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erläutert, die diverse Entwicklungschancen für stationäre Pflegeeinrichtungen beinhalten. Allein aus der Perspektive gesetzlicher Neuerungen, sollen Handlungsoptionen für das strategische Marketing dargestellt werden. Es wird verdeutlicht, dass es den Anbietern stationärer Pflegeleistungen zukünftig leichter fallen wird, eine stärkere Differenzierung des Leistungsangebots am Markt präsentieren zu können.

Damit die Entwicklungschancen erfolgreich in das Unternehmensgeschehen eingebettet werden können, um dieses dann entsprechend am Markt auszurichten, sollen Theorien und Methoden des strategischen Marketings genutzt

² Vgl. Simon, M., (2005), S. 287.

werden. Dazu werden im 4. Kapitel die Grundlagen des allgemeinen Marketings sowie branchenbezogen die des Dienstleistungsmarketings vorgestellt.

Nachfolgend werden die Bedeutung und Arbeitsschritte des strategischen Marketings, als Teilbereich einer unternehmensspezifischen Marketingplanung, sowie vier relevante, allgemeine Marketingstrategien für die Wettbewerbspositionierung und Fortentwicklung einer stationären Pflegeeinrichtung ausführlich erläutert.

Im 5. Kapitel werden die beschriebenen Entwicklungsmöglichkeiten spezifiziert in Marketingstrategien dargestellt. Die Kapitel 3 und 4 werden hier zusammengefügt, um konkrete Handlungsoptionen für stationäre Altenpflegeeinrichtungen deutlich zu machen. Erläutert werden dabei eine Strategie der Spezialisierung durch eine Dienstleistungsentwicklung, eine Strategie der Leistungsprogrammerweiterung zur Marktentwicklung sowie eine Kooperationsstrategie mit Vermittlungspartnern zur Neukundenakquisition. Mit Vorschlägen für weitere Entwicklungsmöglichkeiten, die allerdings weit reichende Unternehmensstrukturierungen zur Voraussetzung haben, endet dieses Kapitel.

1. Gesetzliche Definitionen einer stationären Altenpflegeeinrichtung

In der Bundesrepublik Deutschland wird die Vollversorgung von vorwiegend pflegebedürftigen alten Menschen in stationären Altenpflegeeinrichtungen vollzogen. Ende 2005 waren rund 10.420 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen am Markt zu verzeichnen.³ Um den Gegenstandsbereich dieser Arbeit in einem definierten Rahmen zu verwenden, wird im Folgenden aufgezeigt, was unter einer stationären Altenpflegeeinrichtung zu verstehen ist und welchem Zweck sie dient. Die Erläuterungen ergeben sich dabei aus den Regelungen des SGB XI, des Heimgesetzes und des Bundessozialhilfegesetzes, welche für das Betreiben von stationären Altenpflegeeinrichtungen mit als wesentliche Gesetzesgrundlagen gelten. Im Sinne des elften Sozialgesetzbuches, welches die soziale Pflegeversicherung aufführt, gelten stationäre Pflegeeinrichtungen als selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige vollstationär (ganztägig) oder teilstationär (tagsüber oder nachts) untergebracht und gepflegt werden können. Die Pflege der Bewohner hat sich dabei unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft zu vollziehen.⁴

Neben dem grundlegenden Angebot von Unterbringung und Verpflegung beinhaltet das Leistungsspektrum stationärer Pflegeeinrichtungen weitere Faktoren wie die Grund- und Behandlungspflege, die soziale Betreuung sowie die hauswirtschaftliche Verpflegung. Diese Aspekte sind beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen sowie bei Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern konkret für jede Einrichtung zu vereinbaren.⁵

Nach der Pflegestatistik 2005 wies jede fünfte Pflegeeinrichtung (19%) neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder betreutes Wohnen auf, welches organisatorisch angegliedert war und zur Betreuung hauptsächlich alter Menschen ohne Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung dient.⁶

³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2005, S.7.

⁴ Vgl. § 71 Abs. 2 SGB XI.

⁵ weitere Ausführungen dazu siehe Punkt 2.

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2005, S. 7.

Die Rechtsvorschriften des SGB XI dienen in erster Linie „zur sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit“⁷ und regeln vorwiegend Leistungsansprüche, Vertragsbeziehungen und Wege der Kostenerstattung. Die vollstationäre Pflege bestimmt sich allerdings nicht aus den Regelungen des SGB XI allein. Von großer Bedeutung sind auch die heimgesetzlichen Regelungen nach dem Heimgesetz und dessen Verordnungen. Das Heimgesetz ist nicht als Leistungsgesetz anzusehen, sondern regelt privatrechtliche Beziehungen zwischen Heimeinrichtungen und Bewohnern. Es gilt als staatliches Schutzgesetz, das für die Bewohner von Heimeinrichtungen Mindeststandards der faktischen Versorgung und des Rechtsstatus einschließlich der Mitwirkungsrechte der Bewohner aufstellt.⁸

Das novellierte Heimgesetz 2002 nimmt im §1 eine Definition und Abgrenzung seines Geltungsbereiches vor und deklariert Heime als Einrichtungen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte volljährige Menschen. Die Einrichtungen überlassen Wohnraum, stellen Verpflegung und Betreuung zur Verfügung, sind vom Wechsel und der Bewohnerzahl unabhängig und entgeltlich betrieben.

Entgegen der Definition für vollstationäre Einrichtung nach dem SGB XI wird hier der Personenkreis der Nutzer konkret benannt. Im Fokus der Betrachtung für stationäre Altenpflegeeinrichtungen stehen ältere und pflegebedürftige Menschen. Ein bestimmtes Mindestalter ist im Gesetz nicht festgeschrieben. Auf die Pflegebedürftigkeit bezogen gelten nicht nur die Vorschriften der §§ 14, 15 SGB XI, einbezogen werden auch Betroffene der einfachen Pflegebedürftigkeit (Stufe 0) nach § 68 Abs. 1 BSHG.⁹

Eine weitere gesetzliche Definition für vollstationäre Einrichtungen ist im Bundessozialhilfegesetz zu finden. Bezeichnet werden sie im § 97 Abs. 4 BSHG als Einrichtungen, die der Pflege, der Behandlung oder sonstigen Hilfe dienen.

Eine Definition ist notwendig, da der örtliche Träger der Sozialhilfe für die Unterstützung des Hilfeempfängers für die Dauer des Aufenthaltes zuständig ist.¹⁰

Im § 100 Abs.1 BSHG ist dies ausführlich auf die Hilfe in besonderen Lebenslagen unter der Beschreibung verschiedener Empfängergruppen aufgeführt.

⁷ Vgl. § 1 SGB XI.

⁸ Vgl. Krahmer/Richter, (2004) S.1.

⁹ Vgl. Krahmer, U./Richter, R., (2004) S. 20.

¹⁰ Weitere Ausführungen zu Unterstützungsleistungen des Sozialhilfeträgers siehe Punkt 2.1.2 und 2.1.4.

2. Das Pflegeversicherungsgesetz mit Relevanz für stationäre Altenpflegeeinrichtungen

Nachdem die stufenweise Einführung der Pflegeversicherung zum 01.07.1996 abgeschlossen war, galten die Rechtsvorschriften der sozialen Pflegeversicherung als wesentliche Rahmenbedingungen für Einrichtungen der Altenhilfe.¹¹

Damit ist eine über zwanzigjährige Diskussion über die staatliche Absicherung des Pflegerisikos zu Ende gegangen. Eine Vielzahl von Veränderungen und Auswirkungen sind nun im Jahr 2008 daraus abzuleiten. Beispielsweise wurden die öffentlich getragenen Pflegekosten vor Einführung der sozialen Pflegeversicherung in erster Linie steuerfinanziert von den Sozialhilfeträgern beglichen, heute werden sie primär von der durch Beiträge finanzierten Pflegeversicherung gezahlt.¹² „Als skandalös wurde es betrachtet, dass etwa 70% der stationär gepflegten Personen auf (ergänzende) Sozialhilfe angewiesen waren...“¹³

Auch nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes rissen die Forderungen und Diskussionen unter verschiedenen Akteuren und die Argumentationen nach struktureller Weiterentwicklung der Gesetzgebung nicht ab. So beschloss die Bundesregierung am 17.10.2007 den Entwurf eines Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Um nachfolgend im 3. Punkt für stationäre Einrichtungen relevante Weiterentwicklungen des Pflegeversicherungsgesetzes aufzeigen zu können, ist es notwendig wesentliche Beziehungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und den stationären Altenpflegeeinrichtungen zu erläutern.

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, welche bei den Krankenkassen angesiedelt wurden. Als zentrale Aufgabe der Pflegekassen gilt die Gewährleistung entsprechender pflegerischer Versorgung ihrer Versicherten, welche als Sicherstellungsauftrag im § 69 SGB XI verankert wurde.¹⁴

¹¹ Vgl. Müller, H., (2005), S. 61.

¹² Vgl. Rothgang, H., (1997), S. 12f.

¹³ Klie, T., (1999a) S. 9.

¹⁴ Vgl. Simon, M., (2005), S. 232f.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen dazu beitragen, dass pflegebedürftige Menschen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen können, welches der Würde des Menschen entspricht.¹⁵

Die stationären Pflegeeinrichtungen sind demnach verpflichtet, die Pflegebedürftigen nach dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen.¹⁶

Für stationäre Pflegeeinrichtungen, die im Auftrag der Pflegekasse Pflegeleistungen erbringen, haben einige Rechtsverhältnisse des Pflegeversicherungsgesetzes große Bedeutung.¹⁷ Im Folgenden sollen wesentliche vertragliche Beziehungen zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern aufgezeigt werden.

2.1 Wesentliche gesetzliche Rahmenbedingungen des SGB XI für stationäre Altenpflegeeinrichtungen

2.1.1 Der Versorgungsvertrag

In einem Versorgungsvertrag werden die grundsätzlichen Rechtsbeziehungen zwischen den Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen geregelt.¹⁸ Zur Erfüllung Ihres Sicherstellungsauftrages nach § 69 SGB XI schließen die Pflegekassen Versorgungsverträge mit dem Träger der Pflegeeinrichtungen sowie einvernehmlich mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land. Gleichzeitig gilt dieser Versorgungsvertrag als Zulassung für die Pflegeeinrichtungen.¹⁹ Dies zeigt, dass der Versorgungsvertrag für die meisten Einrichtungen von existentieller Bedeutung ist, denn ohne diesen Vertrag würden die Bewohner keinen Zuschuss von der Pflegekasse für erhaltene Pflegeleistungen bekommen.

Um als Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag abschließen zu können, ist es Voraussetzung, dass die Anforderungen des § 71²⁰ erfüllt sind, die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung gegeben ist

¹⁵ Vgl. § 2 Abs. 1 SGB XI.

¹⁶ Vgl. § 11 Abs. 1 SGB XI.

¹⁷ Vgl. Müller, H. (2005), S. 62.

¹⁸ Vgl. Klie, T., Kramer, U., (2003), S. 618.

¹⁹ Vgl. Simon, M., (2005), S. 287.

²⁰ Erläuterung dazu siehe Punkt 1.

sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an die Beschäftigten gezahlt wird. Außerdem ist die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI sowie die Anwendung der Expertenstandards nach § 113 SGB XI Pflicht.²¹

In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen nach § 4 Abs. 2 SGB XI festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind. Die Pflegeeinrichtung übernimmt damit einen Versorgungsauftrag, welcher als Kernpunkt des Versorgungsvertrages anzusehen ist.²²

Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist nun im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet. Im Gegensatz dazu sind die Pflegekassen zur Leistungsvergütung nach Maßgabe des Achten Kapitels SGB XI gegenüber der Pflegeeinrichtung verpflichtet.²³

Erweist sich eine zugelassene Einrichtung durch Leistungsdefizite und Qualitätsmängel im Rahmen der Leistungserbringung als schlechter Vertragspartner, so riskiert sie die Kündigung des Versorgungsvertrages durch die Pflegekasse.²⁴

2.1.2 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

Im § 75 SGB XI regelt das Pflegeversicherungsgesetz konkret den Inhalt der Pflegeleistungen sowie die allgemeinen Bedingungen der Pflege, die je nach Einzelfall von der Einrichtung zu erbringen sind. Alle hier beschriebenen Aufgaben und Leistungen gehören zum Versorgungsauftrag und sind somit verbindlich von den stationären Pflegeeinrichtungen zu erfüllen. Diese Leistungen werden mit dem Pflegesatz beglichen und gelten als Standardleistungen, von welchen sich die Einrichtungen nicht unterscheiden dürfen. Bietet eine stationäre Einrichtung ihren Bewohnern Zusatzleistungen an, so müssen diese differenziert von den

²¹ Vgl. § 72 Abs. 3 SGB XI

²² Vgl. § 72 Abs. 1 SGB XI

²³ Vgl. § 72 Abs. 4 SGB XI

²⁴ Vgl. § 74 SGB XI.

allgemeinen Pflegeleistungen und Leistungen für Unterkunft und Verpflegung im Rahmenvertrag abgegrenzt aufgeführt werden. Diese Zusatzleistungen werden dem Nutzer dann gesondert in Rechnung gestellt, wobei zu beachten ist, dass der Sozialhilfeträger diese Leistungen nicht finanziert.²⁵

Die Vertragsverhandlungen vollziehen sich auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und den Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen im Land.²⁶

Neben dem Inhalt der zu erbringenden Pflegeleistung sowie den Leistungsabgrenzungen von Zusatzleistungen beinhalten die Rahmenverträge auch Abrechnungsvorgaben der vereinbarten Entgelte sowie die von den Heimen vorzulegenden Bescheinigungen und Berichte gegenüber den Leistungsträgern.

Weiterhin enthalten sie Maßstäbe und Grundsätze zur personellen Ausstattung von Pflegeheimen sowie für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, welche durch Sachverständige nach § 79 SGB XI bei tatsächlich bestehenden Anhaltspunkten, im Auftrag der Pflegekasse durchgeführt werden dürfen.²⁷

Im Gegensatz zum Versorgungsvertrag, der als Individualvertrag bezogen auf die jeweilige Einrichtung vereinbart wird, enthält ein Rahmenvertrag allgemein gültige Vorgaben, die für alle Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf Landesebene geregelt sind. Rahmenverträge können somit als Kollektivverträge angesehen werden.²⁸

Auf der Grundlage von Rahmenverträgen und Bundesempfehlungen soll ein landesweit einheitliches Leistungserbringungsrecht über die pflegerische Versorgung geschaffen werden. Mit diesen öffentlichen Verträgen sollen die Pflegekassen in die Lage versetzt werden, die Sachleistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vollstationären Pflege sachgerecht erfüllen zu können.²⁹

²⁵ Vgl. Müller, H., (2005), S.64. § 75 Abs. 2 SGB XI.

²⁶ Vgl. §75 Abs. 1 SGB XI

²⁷ Vgl. Simon, M., (2005), S. 289.

²⁸ Vgl. Klie, T., Krahmer, U., (2003), S. 619.

²⁹ Vgl. Klie, T., Krahmer, U., (2003), S. 650.

2.1.3 Leistungs- und Qualitätsnachweise

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind vom Gesetzgeber aus verpflichtet, den Pflegekassen gegenüber regelmäßig Leistungs- und Qualitätsnachweise vorzulegen.³⁰ Die Berechtigung zur Erstellung der Nachweise haben dabei nur Prüfstellen und Sachverständige die von der Pflegekasse anerkannt sind und der Rechtsaufsicht der zuständigen Bundes- oder Landesbehörden unterliegen. Im Inhalt der Leistungs- und Qualitätsnachweise wird erklärt, ob und in welchem Maße die geprüfte Einrichtung die Qualitätsanforderungen des SGB XI erbringt.³¹ Der Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern geht auf das 2002 in Kraft getretene Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) zurück. Ziel dieses Gesetzes ist es, die Pflegequalität zu sichern und weiterzuentwickeln sowie die Verbraucherrechte zu stärken. Hält sich ein Träger nachweislich nicht an die Vereinbarungen, so muss er Konsequenzen wie möglicherweise die Rückzahlungspflicht wegen Schlechtleistung nach § 115 Abs. 3 SGB XI in Kauf nehmen. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass es bis spätestens zum 31.03.2009 in Folge des PfWG zu Vereinbarungen von Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege kommt, welche möglicherweise die bisherigen Leistungs- und Qualitätsnachweise ablösen.

Der Vorteil der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen liegt unter anderem in der Möglichkeit, Vereinbarungen einrichtungsindividuell für die Leistungserbringung zu treffen. Dadurch sind die jeweiligen Vereinbarungen gezielt auf das Bewohnerklientel der Einrichtung abgestimmt, was wiederum die geforderte Erfüllung des Versorgungsauftrages gewährleistet.³²

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ergibt sich im Zusammenhang mit Pflegesatzverhandlungen zur Vergütung von Pflegeleistungen. Nach § 113 SGB XI haben Pflegeeinrichtungen nur dann einen Anspruch auf Pflegesatzverhandlungen, wenn sie entsprechende Leistungs- und Qualitätsnachweise vorlegen können.³³

³⁰ Vgl. § 113 SGB XI .

³¹ Vgl. Simon, M., (2005), S.288.

³² Vgl. Müller, H., (2005), S.70f.

³³ Vgl. § 113 SGB XI.

Um die geforderten Nachweise zu erhalten unterliegt eine stationäre Pflegeeinrichtung einem System staatlicher Aufsicht und unmittelbarer Qualitätsprüfungen. Diese werden durch die staatliche Heimaufsicht und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen vollzogen.³⁴

2.1.4 Das Vergütungssystem

Alle stationären Einrichtungen, die zur pflegerischen Versorgung zugelassen sind, haben nach § 82 Abs. 1 SGB XI Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung.³⁵ Diese Vergütung muss es der Pflegeeinrichtung ermöglichen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung den Versorgungsauftrag zu erfüllen.³⁶

Für die Kostendeckung stationärer Pflegeeinrichtung stehen drei Finanzierungsträger im Fokus der Betrachtungen. Gemeint sind damit die soziale Pflegeversicherung, die knapp 50% der Kosten trägt, die öffentlichen Haushalte in Form der Sozialhilfeträger und die privaten Haushalte und Organisationen. Ein geringer Teil der Gesamtkosten von lediglich rund 5% entfällt zusammen auf die Private Pflegeversicherung und die Arbeitgeber.

Aus den entsprechenden Regelungen des SGB XI und BSHG ergeben sich die Zuständigkeiten der Kostenträger für die Leistungsvergütung. Dabei zahlt die soziale Pflegeversicherung die Vergütung für die allgemein erbrachten Pflegeleistungen (Grundpflege und Behandlungspflege) und die soziale Betreuung entsprechend der bewilligten Pflegestufe des Versicherten bis zur Höhe des im SGB XI vorgeschriebenen Leistungssatzes. Die anfallenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind nicht im Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung enthalten. Diese Kosten müssen die Pflegebedürftigen und deren Angehörige selbst tragen. Außerdem kann eine entsprechende Beteiligung an den Investitionskosten der Pflegeeinrichtung auf den Nutzer abfallen, wenn die Landesebene keine ausreichende Investitionsförderung gewährt. Die Sozialhilfeträger treten dann ein, wenn der Pflegebedürftige die Kosten der stationären Pflege nicht selbst aufbringen kann. Die öffentlichen Haushalte

³⁴ Vgl. Simon, M., (2005), S. 288.

³⁵ Vgl. Rosenbrock, R., Gerlinger, T., (2006) S. 232.

³⁶ Vgl. § 84 Abs. 2 SGB XI.

übernehmen dann anfallende Kosten für die Pflege, für Unterkunft und Verpflegung sowie die Beteiligung an den Investitionskosten.

Die wichtigste Voraussetzung zur Vergütung von stationären Pflegesachleistungen durch die soziale Pflegeversicherung ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI durch einen Gutachter des MDK und die Bewilligung des Leistungsantrages durch die zuständige Pflegekasse.³⁷

Die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehende Vergütungssumme richtet sich nach der bewilligten Pflegestufe. Die Pflegebedürftigkeit des Betroffenen wird nach Richtlinien des SGB XI in drei Pflegestufen und eine Härtefallregelung, in denen ein außergewöhnlich intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, differenziert. Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 01.07.2008 gewährt die soziale Pflegeversicherung für die Pflegestufe 1 monatlich einen Betrag von maximal 1.023 Euro, für die Pflegestufe 2 sind es 1.279 Euro, für die Pflegestufe 3 werden 1.470 Euro entrichtet und für Härtefälle werden bis zu 1.750 Euro gezahlt.³⁸

Diese Leistungsbeträge der Pflegeversicherung werden entsprechend der versorgten Bewohner direkt an die jeweilige Einrichtung überwiesen.³⁹

Die Entgelte der Heimbewohner für die Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung übersteigen diese festgesetzten Leistungssätze der Pflegeversicherung und so müssen die Pflegebedürftigen selbst, wie eingehend erwähnt, die nicht abgedeckten Kosten der Pflege tragen.

Diese Leistungen werden in der stationären Pflege mit Pflegesätzen vergütet. Diese Pflegesätze sind in Pflegesatzverhandlungen für alle Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Im Mittelpunkt dieser Verhandlungen stehen die Vergütungen für die allgemeinen Pflegeleistungen und für Unterkunft und Verpflegung.⁴⁰ Dabei wird darauf geachtet, dass die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, die die Pflegebedürftigen selbst zu tragen haben, in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die stationär versorgten Bewohner werden somit davor geschützt, durch überhöhte Beträge für Unterkunft

³⁷ Vgl. Simon, M., (2005) S. 290.

³⁸ Zur detaillierten Übersicht der Leistungsanhebung siehe Punkt 3.2.2

³⁹ Vgl. Simon, M., (2005) S. 291; § 43 SGB XI.

⁴⁰ Vgl. Rosenbrock, R., Gerlinger, T., (2006) S. 233; § 84 Abs. 3 SGB XI.

und Verpflegung eventuelle Defizite des Pflegeheimes ausgleichen zu müssen.⁴¹ Das zeigt, wie durch die gesetzlichen und vertraglichen Vergütungsregelungen im Rahmen der Pflegeversicherung eine Steuerungsfunktion bei der Gestaltung der Angebotsstrukturen wahrgenommen wird.

Neu wird es ab dem 01.07.2008 sein, dass die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale in die Pflegesatzvereinbarungen eingebunden werden.⁴² Die zwei Vertragsarten werden somit miteinander verschmelzt. Die Folge ist eine unmittelbare Verzahnung von Vergütungen und hierfür zu erbringender Leistungen.

Die Pflegesatzvereinbarungen setzen sich aus den Trägern der Pflegeeinrichtung, einer Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen und sonstigen Sozialversicherungsträgern sowie dem zuständigen Sozialhilfeträger zusammen. Nach § 85 Abs. 2 SGB XI ist eine Pflegesatzvereinbarung gesondert für jede zugelassene Pflegeeinrichtung abzuschließen.⁴³

Die Einrichtung hat vor Beginn der Verhandlungen eine Reihe von Unterlagen an die Kostenträger zu richten. Die Rede ist dabei von dem Nachweis über Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen sowie auch auf Verlangen der Kostenträger eine Aufstellung zur personellen Ausstattung und Eingruppierung des Personals.⁴⁴ Die Pflegeeinrichtungen sind zudem verpflichtet, das Angebot an Zusatzleistungen gegenüber den Verhandlungspartner offen zu legen, damit diese im Zweifelsfall im Interesse der Bewohner intervenieren können, was auch wiederum einer Steuerungsfunktion gleich kommt.⁴⁵

3. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz zur strukturellen Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes

Seit nun mehr als zehn Jahren nach Einführung der sozialen Pflegeversicherung sind zahlreiche Verbesserungen in der Versorgung chronisch kranker, alter oder pflegebedürftiger Menschen zu verzeichnen. Die Absicherung des

⁴¹ Vgl. Rosenbrock, R., Gerlinger, T., (2006) S. 233f.

⁴² Vgl. § 84 Abs. 5 SGB XI

⁴³ Vgl. Brünner, F., (2001) S. 69.

⁴⁴ Vgl. § 85 Abs.3 SGB XI.

⁴⁵ Vgl. Simon, M., (2005), S. 293.

Pflegebedürftigkeitsrisikos durch eine Sozialversicherung war ein bedeutender sozialpolitischer Schritt. Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft, sich verändernden familiären Versorgungsstrukturen und einem dynamischen Pflegemarkt, ergab sich jedoch die Notwendigkeit zur strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung seitens der Bundesregierung. Nachfolgend werden die grundsätzlichen Zielsetzungen sowie für den weiteren Verlauf der Arbeit relevante Eckpunkte des Gesetzes aufgezeigt.

3.1 Zielsetzungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes

An oberster Stelle des Gesetzentwurfes der Bundesregierung standen grundlegende inhaltliche Fortentwicklungen der Pflegeversicherung, um das Sicherungssystem besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen ausrichten zu können.

Die Hauptaufgaben der Fortentwicklung lagen dabei bei der Verbesserung und Förderung der Pflegequalität, der Anhebung der seit Einführung konstant gebliebenen Leistungen, dem Anspruch auf individuelle Pflegeberatung und der verstärkten Berücksichtigung von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollte noch stärker als bisher gefördert werden.⁴⁶

3.2 Zur strategischen Weiterentwicklung stationärer Altenpflegeeinrichtungen ausgewählte Schwerpunkte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

Um aus einzelnen Gesetzesschwerpunkten gezielte Handlungsoptionen für das strategische Marketing stationärer Altenpflegeeinrichtungen ableiten zu können, sollen im Folgenden relevante Eckpunkte des Gesetzes erläutert werden. An dieser Stelle ist anzumerken, dass das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz weit mehr Eckpunkte und Fortentwicklungen als hier genannt aufweist. Für einen

⁴⁶ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07 S. 1.

strukturierten Textablauf wurden die nun folgenden Schwerpunkte gezielt ausgewählt und fokussiert bearbeitet.

3.2.1 Die Schaffung von Pflegestützpunkten

In dem seit Einführung der Pflegeversicherung entstandenen Pflegemarkt ist ein stetig wachsendes Leistungsangebot für Pflegebedürftige im ambulanten sowie im stationären Bereich zu verzeichnen. Für Nachfrager erscheinen die Angebote oft unübersichtlich, zersplittert und unkoordiniert.⁴⁷ Um die Angebotsvielfalt möglichst aller pflegerischen, sozialen, hauswirtschaftlichen und niedrighschwelligen Angebote für den Nutzer transparenter zu gestalten, werden ab dem 01.01.2009 nach § 92c SGBXI wohnortnahe Pflegestützpunkte unter einem Vertragsdach zwischen Krankenkassen und Pflegekassen errichtet. Mit der Errichtung soll eine einheitliche Organisation der quartiersbezogenen vorhandenen Versorgungsangebote, welche sich am individuellen Bedarf der Hilfesuchenden orientiert, gewährleistet werden. Verschiedene Versorgungs- oder Betreuungsangebote für Pflegebedürftige sollen so aufeinander abgestimmt und vernetzt werden.⁴⁸

Es ist pro Wohnquartier mit rund 20.000 Einwohnern ein Pflegestützpunkt zu errichten, wobei die Einwohnerzahl einen Richtwert darstellt, der sich an den konkreten Bedürfnissen zu orientieren hat.

Zur Wahrnehmung der Aufgaben werden im Pflegestützpunkt Pflegeberater angesiedelt. Ihre Aufgabe wird es sein, dem Nachfrager eine wettbewerbsneutrale umfassende Auskunft sowie Beratung über die für ihn in Betracht kommenden Hilfe- und Unterstützungsangebote zur wohnortnahen Versorgung zu erteilen. Ergibt sich dabei eine hohe Akteursdichte, so ist im Rahmen des Case-Managements die Organisation einer effizienten und subjektorientierten qualitätsgesicherten Hilfe durchzuführen.⁴⁹

Unter der Regie der Pflegeberater werden auf den Nachfrager abgestimmte Pflege- und Betreuungsarrangements zusammengestellt. Im Sinne des Fallmanagements

⁴⁷ Vgl. von Schwanenflügel, M., (2008), S.4.

⁴⁸ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 84.

⁴⁹ Vgl. Klie, T., (2008a) S.26.

begleitet und unterstützt der Pflegeberater den Betroffenen bei der Umsetzung und Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen.⁵⁰

Die Schnittstellen der Leistungserbringer Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfe und Altenhilfe sollen so besser überwunden werden.

Wie erwähnt geht der Auftrag der Errichtung und des Betriebens der Pflegestützpunkte in erster Linie an die Pflege- und Krankenkassen. Diese haben aber eine Hinwirkungspflicht, dass die Kommunen als Träger der Alten- und Sozialhilfe sich vertraglich beteiligen. Um eine weitgehende Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstruktur in Hinblick auf eine wohnortnahe integrierte Versorgung⁵¹ gestalten zu können, sollen sich auch die örtlich tätigen Leistungserbringer vertraglich an die Pflegestützpunkte binden. Den Pflegestützpunkten wird so die Möglichkeit gegeben, ein Netz im Sinne eines Care-Managements auf kommunaler Ebene sowie auf Einzelfallebene durch das Case-Management zu erstellen.⁵² Verbesserungen in diesem Feld forderte auch der „Runde Tisch Pflege“, eine Arbeitsgruppe initiiert durch das BFSFJ und BMG, in ihren Empfehlungen zur Verbesserung der Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland.⁵³ Dies bringt für stationäre Pflegeeinrichtungen die Chance mit sich, in Kooperation mit dem Stützpunkt zu treten, um verschiedene Maßnahmen daraus abzuleiten.⁵⁴

3.2.2 Die Anhebung finanzieller Leistungen

Die finanziellen Leistungen der Pflegekasse für die Bereiche ambulante Sachleistung, Pflegegeld, Tages- und Nachtpflege, vollstationäre Pflege sowie der Betrag für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfahren durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verschiedene Veränderungen.

⁵⁰ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 85.

⁵¹ Der Gesetzgeber knüpft hier an § 92 b SGB XI an, der die Möglichkeit zur Beteiligung der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen an Verträgen der integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V vorsieht.

⁵² Vgl. von Schwanenflügel, M., (2008), S. 5.

⁵³ Vgl. „Runder Tisch Pflege“, Ergebnisse der Arbeitsgruppe I, S.20.

⁵⁴ Detaillierte Ausführungen dazu siehe 5.3.

Der gesetzlich verankerte Grundsatz des Vorranges der ambulanten Pflege vor der stationären Pflege soll künftig noch stärker berücksichtigt werden, ohne jedoch den stationären Bereich zu vernachlässigen. Es erfolgen daher keine Leistungsbeschränkungen zu Lasten der stationären Versorgung. Der Gesetzgeber hat beschlossen, dass die Leistungen für die ambulanten Sachleistungen (§ 36 SGB XI) sowie das Pflegegeld (§ 37 SGB XI) in drei Pflegestufen in den Jahren 2008, 2010 und 2012 wie folgt angehoben werden.⁵⁵

| Pflegestufe | bisher € | 2008 | 2010 | 2012 |
|--------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| Stufe I | 384 | 420 | 440 | 450 |
| Stufe II | 921 | 980 | 1 040 | 1 100 |
| Stufe III | 1 432 | 1470 | 1 510 | 1 550 |

*Unverändert bleibt die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich bei 1 918 € monatlich.

Abb. 1: Leistungsanhebung der ambulanten Sachleistungen

Quelle: Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 87.

| Pflegestufe | bisher € | 2008 | 2010 | 2012 |
|--------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| Stufe I | 205 | 215 | 225 | 235 |
| Stufe II | 410 | 420 | 430 | 440 |
| Stufe III | 665 | 675 | 685 | 700 |

Abb. 2: Leistungsanhebung des Pflegegeldes

Quelle: Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 88.

Weitere Neuerungen gelten für die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Der Leistungsbetrag wird von max. 460 Euro jährlich auf bis zu 2400 Euro jährlich angehoben. Zusätzlich erweitert sich der Kreis der Empfängerberechtigten für Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, die noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber einen Betreuungsbedarf aufweisen. Hierbei handelt es sich um die Personengruppe der Stufe 0, welche Menschen betrifft, die im Rahmen der

⁵⁵ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 87f.

Verrichtungen des täglichen Lebens noch nicht pflegebedürftig nach §15 SGB XI sind aber aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen einen Hilfebedarf aufweisen.^{56 57}

Weiterhin sind Veränderungen im teilstationären Bereich vorgenommen worden. Der Anspruch auf Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI wird stufenweise entsprechend der ambulanten Leistungen angehoben. Zusätzlich wird der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege nach den §§ 36 ff. SGB XI und den Leistungen der Tages- und Nachtpflege auf das 1,5 fache des bisherigen Betrages der jeweiligen Pflegestufe erhöht, woraus sich diverse Kombinationsmöglichkeiten ergeben. Erhalten Pflegebedürftige z.B. ambulante Sachleistungen zu 100%, so haben sie durch die Neuerung einen Anspruch auf weitere 50% des jeweiligen Pflegegeldes für die Nutzung von Tagespflegeangeboten zur Verfügung, wie auch umgekehrt. In Folge dieser Leistungsanhebungen ist mit einer steigenden Inanspruchnahme seitens der Hilfebedürftigen zu rechnen. Für stationäre Pflegeeinrichtungen ergibt sich somit ein Anreiz zur Errichtung neuer oder Vergrößerung bestehender teilstationärer Einrichtungen oder Abteilungen.^{58 59}

Im Bereich der vollstationären Versorgung bleiben die Sachleistungsbeträge nach § 43 SGB XI der Stufen I und II vorerst bis zum Jahr 2015 unverändert. Eine stufenweise Anhebung bis zum Jahr 2012 erfährt die Stufe III und Stufe III in Härtefällen wie folgt.⁶⁰

| Pflegestufe | bisher € | 2008 | 2010 | 2012 |
|--------------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| Stufe III | 1 432 | 1 470 | 1 510 | 1 550 |
| Stufe III Härtefall | 1 688 | 1 750 | 1 825 | 1 918 |

Abb. 3: Leistungsanhebung in der vollstationären Versorgung in den Stufen III und III Härtefall
Quelle: Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 89.

⁵⁶ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 88.

⁵⁷ Vgl. von Schwanenflügel, M., (2008) S. 6.

⁵⁸ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S.88.

⁵⁹ Vgl. von Schwanenflügel, M., (2008) S. 6.

⁶⁰ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S.89.

Nicht zuletzt aus dieser Neuregelung kann sich für die strategische Weiterentwicklung stationärer Altenpflegeeinrichtungen ein Trend zur Versorgung von schwerstpflegebedürftigen Menschen ergeben. Die verstärkte Förderung der häuslichen Versorgung wird zukünftig einen Zielgruppenwechsel des Bewohnerklientels stationärer Altenpflegeeinrichtungen mit sich bringen. So ist doch zu befürchten, dass die Pflegestufen I und II zunehmend ambulant versorgt werden.

In Folge des schleichenden wirtschaftlichen Wertverfalls der Leistungen über die Jahre hinweg, beschloss der Gesetzgeber im § 30 SGB XI eine Leistungsdynamisierung. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden ab 2015 in einem dreijährigen Rhythmus entsprechend der wirtschaftlichen Preisentwicklung festgelegt.⁶¹

Weiterhin beschloss der Gesetzgeber eine Erhöhung der Fördermittel zum Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen in der Pflege, von 10 Millionen Euro auf 15 Millionen Euro jährlich.⁶² Durch eine ergänzende Kofinanzierung der Länder könnte z. B. die Schulung der Mitarbeiter für niedrigschwellige Betreuungsangebote je nach Bundesland damit finanziell gefördert werden. Zielführend ist hierbei eine stärkere Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements nach den §§ 45 d und 82 b SGB XI für Personen, die zur Unterstützung, allgemeiner Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen tätig sind. Für stationäre Pflegeeinrichtungen wird es demnach möglich sein, die Aufwendungen für die Planung und Schulung von ehrenamtlichen Gruppen in den Pflegesätzen zu berücksichtigen, um diese in den Vergütungsvereinbarungen über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert auszuweisen.⁶³

⁶¹ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S.90.

⁶² Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S.88.

⁶³ Vgl. Winter, U., (2008) S. 25f.

3.2.3 Der Abbau von Schnittstellenproblemen

Die ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen bringt für die beteiligten Akteure eine bedeutende Schnittstelle zwischen pflegerischer und medizinischer Versorgung mit sich.

Zur verstärkten Zusammenarbeit und Vernetzung Versicherungszweig übergreifender Leistungserbringer, sollen die Pflegekassen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen vermehrt Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder eigene Heimärzte nach § 119b SGB V einstellen.⁶⁴

Durch diese Neuerung sollen die Pflegekassen verpflichtet werden, die bereits im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in § 92b SGB XI geschaffene Regelung bezüglich der Teilnahme von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen an der integrierten Versorgung intensiv zu nutzen. Das Instrument der integrierten Versorgung soll hier zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Heimbewohner beitragen. Die Zielsetzung dieser Regelung ist dabei, den vielfach chronisch kranken oder multimorbiden pflegebedürftigen Heimbewohnern ein angemessenes medizinisch-therapeutisches sowie pflegerisches Versorgungsangebot gewährleisten zu können. In regelmäßig durchgeführten (Heim)Visiten sowie einer Rufbereitschaft der Vertragsärzte rund um die Uhr, können kontinuierliche Zustandsbeobachtungen und wenn nötig auch entsprechende Interventionsmaßnahmen durchgeführt werden.⁶⁵ Auf die Bearbeitung von Schnittstellenproblemen durch eine verbesserte integrierte Versorgung wies explizit die Arbeitsgruppe III des „Runden Tisches Pflege“ hin, welche in der Verminderung leistungsrechtlicher Zuständigkeitsgrenzen eine sinnvolle Form der Hilfestellung sieht.⁶⁶

Auch diese Fortentwicklungen erscheinen förderlich für Profilierungsstrategien stationärer Pflegeeinrichtungen, in denen die Spezialisierung auf schwerstpflegebedürftige Menschen in Verbindung mit Palliative Care Konzepten angestrebt wird.

⁶⁴ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S.117.

⁶⁵ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S.117f.

⁶⁶ Vgl. „Runder Tisch Pflege“, Ergebnisse der Arbeitsgruppe III, S. 31f.

Zum Abbau weiterer Schnittstellen, ist es erstmalig zulässig, für Träger mit verschiedenen örtlichen und organisatorisch verbundenen selbständig wirtschaftenden Pflegeeinrichtungen einen Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI abzuschließen. Den Trägern soll es so ermöglicht werden mehrere Einrichtungen unter einem vertraglichen „Dach“ am gleichen Ort zu betreiben. Zielsetzung dieser Neuerung ist dabei die Unterstützung und Erleichterung der Diversifizierung von Versorgungsangeboten.⁶⁷

Für stationäre Pflegeeinrichtungen ergibt sich somit die Möglichkeit stationäre und ambulante Leistungen ohne den bisherigen Verwaltungsaufwand aus einer Hand anzubieten. Auch das Personal kann, nach einer klaren Abgrenzung der Personaleinsatzkosten, sektorübergreifend eingesetzt werden, wodurch sich ein hohes Maß an Flexibilität ergeben kann.⁶⁸ Da zukünftig für die Einrichtungen Leistungsvereinbarungen nach § 84 Abs. 5 SGB XI als Bestandteil der Pflegesatzvereinbarungen geschlossen werden, wird die Vorhaltung von geschuldeten Personalmengen und Fachkraftquoten nach wie vor festgelegt sein. Es soll betont werden, dass die Möglichkeit des Gesamtversorgungsvertrages nicht bedeutet, dass der Träger mehrerer Einrichtungen flexibel über die Personalmenge disponieren kann. Der Personalaustausch kann nur zwischen verschiedenen selbständig wirtschaftenden Einrichtungen innerhalb eines Verbundes stattfinden, wenn eine klare rechnungsmäßige Abgrenzung der Kosten des Personaleinsatzes und damit eine Kostenzuordnung zu den verschiedenen Einrichtungsteilen besteht.⁶⁹

3.2.4 Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für neue Wohnformen

Zur Unterstützung und Förderung neuer Wohnformen, ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen dafür ein bedeutender Schwerpunkt im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. Vor dem Hintergrund, den Heimeinzug bei Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden und die ambulante Versorgung zu stärken, ist eine Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

⁶⁷ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 97.

⁶⁸ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 159.

⁶⁹ Vgl. Plantholz, M., (2008) S. 22f.

von Pflegebedürftigen in neuen Wohnformen, wie der Wohngemeinschaft beispielsweise, beschlossen worden.

Den Leistungsempfängern wird demnach in § 36 SGB XI ein „Poolen“ ihrer Leistungsansprüche zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven ermöglicht. Das bedeutet konkret, dass die Pflegebedürftigen ihre jeweiligen Ansprüche auf Pflege- und Betreuungsleistungen sowie auf hauswirtschaftliche Versorgung in einem „Pool“ von Pflegesachleistungen einbringen und gemeinsam abrufen können. Es werden also aus einem gemeinsamen „Pool“ selbstbestimmt entsprechende Leistungen finanziert. Sich daraus ergebende Effizienzgewinne in Form von Zeit- oder Kostenfaktoren sind für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 36 SGB XI den Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen.⁷⁰ Die Gestaltung der zusätzlichen Betreuungsleistungen kann im Vorfeld in den Pflegeverträgen nach § 120 SGB XI des ambulanten Pflegedienstes mit den am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen konkretisiert werden. Voraussetzung ist allerdings die Sicherstellung der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung jedes am „Pool“ beteiligten Leistungsberechtigten, so dass keine Benachteiligungen entstehen und jeder seine Leistungen im entsprechenden Umfang erhält.⁷¹

4. Das Marketing in stationären Altenpflegeeinrichtungen

Seit der stufenweisen Einführung der Pflegeversicherung 1995 sind die Unternehmen im Sozial- und Gesundheitswesen den vielfach bis dahin noch ungewohnten „harten“ Bedingungen des Wettbewerbs ausgesetzt. Um sich von der schnell wachsenden Konkurrenz abheben zu können, entwickelte sich die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Kunden bzw. Nachfrager zu einem zentralen Erfolgsfaktor für Pflegeunternehmen. So drängten veränderte gesetzliche Bestimmungen sowie die steigende Wettbewerbsintensität die Unternehmen zu einer umfassenden Markt- und Kundenorientierung. An dieser Stelle bildet das Marketing, mit seinen Begrifflichkeiten, Methoden und

⁷⁰ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 85f.

⁷¹ Vgl. Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, BR-Drs. 718/07, S. 126f.

Instrumenten, eine gute Möglichkeit für Pflegeunternehmen am Markt erfolgreich tätig sein zu können.

4.1 Begriffliche Erläuterungen

4.1.1 Das Marketing

Erste Entwicklungen des Marketings sind auf die USA zurückzuführen. Dort ging es um die Jahrhundertwende in erster Linie um die Vermarktung beziehungsweise Verteilung von landwirtschaftlichen Nahrungsmitteln. Durch eine meist unzureichende Infrastruktur musste nach einem optimalen Marktplatz zur Vertreibung der Produkte gesucht werden. Daher stammt der Begriff Marketing aus dem angelsächsischen Raum und bedeutet übersetzt „auf den Markt bringen“.⁷²

In Deutschland ergab sich die Notwendigkeit des Marketings ab den sechziger Jahren, als sich der Konsumgütermarkt vom Verkäufermarkt zum Käufermarkt hin entwickelte. Galt es nach dem zweiten Weltkrieg durch Massenproduktionen einen enormen Nachfragerüberhang am Markt zu bedienen, so verlagerte sich im Laufe der Zeit der Aufgabenschwerpunkt der Unternehmen von der Güterproduktion hin zum Absatz der Produkte. Nach einer voranschreitenden Marktsättigung stand ab Mitte der sechziger Jahre der Produktvertrieb im Mittelpunkt der Bemühungen. Es galt nun sicherzustellen, dass die Produkte über den Handel den Konsumenten erreichen. Ab den siebziger Jahren schließlich wurde der Konsument zum Engpassfaktor. Durch allgemeine Sättigungserscheinungen, einem entstehenden Wettbewerb sowie globaler werdender Umweltkonstellationen, waren die Unternehmen gezwungen sich zunehmend am Markt zu orientieren und auf die Probleme, Wünsche und Bedürfnisse der Konsumenten einzugehen. Durch erste geplante Marketingaktivitäten, wie eine differenzierte Marktbearbeitung, versuchten die Unternehmen durch eine Marktorientierung die Konsumenten als Erfolgsfaktor zu gewinnen, um dann Wettbewerbsvorteile erzielen zu können.^{73 74}

⁷² Vgl. Ramme, I., (2004), S.1.

⁷³ Vgl. Bruhn, H., (1999), S. 15f.

⁷⁴ Vgl. Weis, C., (2001), S. 17.

Der Verkauf der Produkte war allerdings immer noch Ausgangspunkt aller Bemühungen und Marketing galt vorwiegend der Absatzwirtschaft. Das Betreiben von Marketingaktivitäten verbreitete sich anfangs vor allem unter Konsumgüterherstellern. Erst Anfang der achtziger Jahre stellte sich ein Paradigmenwechsel ein und auch erste Lehrstühle mit der Bezeichnung Marketing entstanden in Deutschland. Es setzte sich die Sichtweise durch, dass die Problemlösung des Kunden Ausgangspunkt der Bestrebungen sein sollte und die Marktorientierung durch eine Kundenorientierung erweitert werden soll. Das Betreiben von Marketing verbreitete sich nun auch auf weitere Wirtschaftszweige wie den Investitionsgüterbereich, den Handel und den Dienstleistungssektor. Seit den neunziger Jahren bedienen sich auch zunehmend Institutionen, die nicht primär Gewinnziele anstreben, so genannte Non-Profit Organisationen, an den Erkenntnissen der Marketingforschung.^{75 76}

Die derzeitigen Entwicklungen der Marketinggrundsätze basieren auf der Idee, das Marketing nicht nur auf einzelne Abteilungen zu beschränken, sondern als ganzheitliches Leitkonzept der Unternehmensführung zu interpretieren. Demnach sind alle Abteilungen bestrebt, eine optimale Kundenzufriedenheit zu erreichen. Damit legt das Marketing seinen funktionsspezifischen Charakter gegen eine gesamtunternehmensbezogene Ausrichtung ab.⁷⁷ Diese Entwicklung basiert auf der Annahme, dass erfolgreiches Marketing nicht allein in einer Abteilung stattfinden kann, sondern durch das Mitwirken aller Mitarbeiter geformt werden muss. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Mitarbeiter wissen, wie sie die Kundenzufriedenheit beeinflussen können. Dafür könnte beispielsweise für jeden Arbeitsplatz eine Definition vorliegen, die beschreibt in welchem Zusammenhang der Mitarbeiter mit dem Kunden steht.⁷⁸

Bei der Betrachtung der Entwicklungslinien des Marketings, zeigt sich, dass man Marketing nach dem heutigen Stand der betriebswirtschaftlichen Wissenschaft unterschiedlich weit definieren kann. Beim Blick in die Fachliteratur wird schnell klar, dass es keine einheitliche Definition für den Begriff Marketing gibt. Die dehnbare Definition propagierte *Philip Kotler 1972* mit dem „Generic Concept of Marketing“. Diesem Ansatz folgend, ist Marketing allgemein als Konzept zur

⁷⁵ Vgl. Nieschlag, R., u. a., (2002), S. 4ff.

⁷⁶ Vgl. Ramme, I., (2004), S. 2f.

⁷⁷ Vgl. Nieschlag, R., u. a., (2002), S. 11.

⁷⁸ Vgl. Kotler, P., u. a., (2006) S.38.

Gestaltung von Austauschprozessen aller Art zu beschreiben.⁷⁹ Etwas differenzierter erscheint dagegen die Definition nach *Kotler u.a.* im Jahr 2003. Nach den oben beschriebenen Entwicklungsstufen des Marketings, interpretiert er hier Marketing als „einen Prozess im Wirtschafts- und Sozialgefüge, durch den Einzelpersonen und Gruppen ihre Bedürfnisse und Wünsche befriedigen, indem sie Produkte und andere Dinge von Wert erzeugen, anbieten und miteinander austauschen.“⁸⁰ Die Betrachtungsweise ergibt sich nun maßgeblich aus den folgenden Beziehungen. Durch Bedürfnisse, Wünsche und die daraus entstehende Nachfrage der Konsumenten, sind die Produzenten angehalten entsprechende Produkte oder Dienstleistungen zu erzeugen. Der Konsument erlangt nach dem Erwerb (Austauschprozess) einen Nutzen und wird diesen bewerten, beispielsweise unter dem Kosten – Nutzen - Aspekt. Bei ihm werden sich Zufriedenheit oder Unzufriedenheit einstellen und je nachdem wird sich die entstandene Beziehung weiterentwickeln zu einer festen Kundenbindung oder es bleibt bei einer einmaligen Transaktion.

Die Definition nach *Bruhn* weist einen anderen Betrachtungswinkel auf. Er beschreibt Marketing, als eine unternehmerische Denkhaltung, die sich in der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle sämtlicher interner und externer Unternehmensaktivitäten konkretisiert. Durch die Ausrichtung der Unternehmensleistungen am Kundennutzen im Sinne einer konsequenten Kundenorientierung soll darauf abgezielt werden, absatzmarktorientierte Unternehmensziele zu erreichen.⁸¹ Im Vergleich der beiden Betrachtungsweisen zeigt sich, dass bei *Kotler u. a.* vornehmlich die zufriedenstellende Bedürfnisbefriedigung sowie die Gestaltung der Austauschprozesse im Fokus stehen. *Bruhn* erweitert dies, indem er das Marketing als Leitkonzept für die Unternehmensführung das gesamte Unternehmen „durchfließen“ lässt und damit die unternehmerische Denkhaltung grundlegend prägt. Außerdem erweitert er die Sichtweise der Unternehmensaktivitäten, die bislang eher auf externe Prozesse gelenkt war um die Betrachtung auch interner Prozesse, wie beispielsweise das Personalwesen. Diese Sichtweise ist bei der Erbringung von Dienstleistungen von enormer Bedeutung, wie im weiteren Verlauf der Arbeit noch zu sehen sein wird.

⁷⁹ Vgl. Nieschlag, u. a., (2002) S. 13.

⁸⁰ Kotler, u. a., (2003) S. 39.

⁸¹ Vgl. Bruhn, M., (1999) S. 14.

Im Gegensatz zu *Kotler et al.* ist in der Definition nach *Bruhn* auch die konsequente Kundenorientierung zur unternehmerischen Zielerreichung erwähnt, was dem Marketing ein eindeutiges Aufgabenfeld zuweist. Das Marketing, kurzgefasst als unternehmerische Denkhaltung orientiert an Markt- und Kundenbedürfnissen zur unternehmerischen Zielerreichung, soll die Basis aller weiteren Ausführungen sein.

Das Betreiben von Marketing benötigt allerdings mehr als hier in den Definitionen aufgeführt. Der Weg zur Zielerreichung wird durch das Marketing-Management, die Durchführung des Marketings, beschrieben, denn durch eine Denkhaltung allein, lassen sich Bedürfnisse nicht decken. Seit Sommer 2004 vertritt die *American Marketing Association (AMA)* die Ansicht, dass Marketing Management eine Führungsfunktion und ein Prozessinstrumentarium zur Schaffung, Kommunikation und Lieferung von Werten für die Kunden / Abnehmer darstellt. Dabei dient es dem Management (bzw. der Pflege) von Kundenbeziehungen, zum Vorteil der (marketingtreibenden) Organisation und ihrer Stakeholder.⁸²

Der Planungs- und Durchführungsprozess, aus dem Prozessinstrumentarium, besteht dabei aus unterschiedlichen Phasen, die je einen Teil zur Bearbeitung der Marketing Mix Instrumente, Produktpolitik, Preispolitik, Distributionspolitik und Kommunikationspolitik, beitragen.

Zu Beginn des Planungsprozesses steht eine ausführliche Analyse der wesentlichen Elemente des Marketingsystems bezogen auf Kunden, Konkurrenten, den Markt sowie das eigene Unternehmen hinsichtlich vorhandener Stärken und Schwächen. Anschließend erfolgt eine Prognose über Trends des zu erwartenden Kunden- bzw. Konkurrenzverhaltens, der Umwelt- sowie Marktentwicklungen. In einem dritten Schritt sind dann langfristige Unternehmens- und Marketingziele sowie die Strategien festzulegen. Diese Phase wird als strategisches Marketing beschrieben und befasst sich unter anderem mit der Marktabgrenzung, der Programmgestaltung, mit grundlegenden Verhaltensweisen gegenüber den Wettbewerbern sowie mit der Ausrichtung der Marketing Mix Instrumente. Mit den Entscheidungen des strategischen Marketings ist der Rahmen für das operative Marketing, das taktische Handeln, gespannt und von den Planungsprozessen geht es über zu der Realisation der Marketing Mix

⁸² Zitiert in Wiesner, K., A./Sponholz, U., (2007), S. 4.

Instrumente. Hier ist sicherzustellen, dass die geplanten Maßnahmen durch eine effiziente Aufbau- und Ablauforganisation, förderliche Führungskonzepte sowie eine abgestimmte Mitarbeiterführung entsprechend den Unternehmenszielen zu realisieren sind. Im Rahmen eines Rückkopplungsprozesses ist anschließend die Kontrolle der Zielerreichung vorzunehmen, um Erfolge identifizieren und Abweichungen analysieren zu können.⁸³

Der Fokus dieser Arbeit wird im Folgenden auf dem strategischen Marketing liegen. Zur Nachvollziehbarkeit und Einbettung wurde der Planungs- und Realisierungsprozess des Marketing-Managements hier im Ganzen erwähnt und ist folgend in Abbildung 4 aufgeführt.

4.1.2 Das Dienstleistungsmarketing von sozialen Dienstleistungen

Wie in den oben genannten Entwicklungsphasen beschrieben, lässt sich das Marketing in verschiedene Teilbereiche gliedern. Zu unterscheiden ist dabei ein Marketing für Sachleistungen, Serviceleistungen, immaterielle Leistungen (Rechte, Ideen) und Dienstleistungen.

Das Kerngeschäft stationärer Altenpflegeeinrichtungen besteht aus Pflege- und Betreuungsleistungen, welche auch als soziale Güter bezeichnet werden. Darunter sind sämtliche Dienstleistungen zu verstehen, die aufgrund eines sozialen Hintergrundes erstellt bzw. verrichtet werden. In der Bundesrepublik Deutschland hat jeder Staatsbürger das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Güter die einem Nachteilsausgleich dienen wie etwa die Dienstleistungen einer stationären Einrichtung, können unabhängig von ihrer konkreten Ausprägung als soziale Güter bezeichnet werden.⁸⁴ Das Erbringen sozialer Dienstleistungen bringt einige marketingrelevante Besonderheiten mit sich, die beim Erstellen von Marketingplanungen zu beachten sind.⁸⁵ Das Dienstleistungsmarketing für soziale Dienstleistungen muss somit branchenspezifisch betrachtet werden.

Um die zentralen Besonderheiten von Dienstleistungen gegenüber Sachleistungen zu verdeutlichen, hat sich die Drei-Phasen-Betrachtung als geeignet erwiesen.

⁸³ Vgl. Meffert, H., (2000), S. 15.

⁸⁴ Vgl. Birzele, H.J./Thieme, L., (2007) S.16.

⁸⁵ Weitere Ausführungen dazu in Punkt 4.3.

Demnach besteht eine Dienstleistung aus den Phasen der **Potentialorientierung**, der **Prozessorientierung** sowie der **Ergebnisorientierung**. Meffert definiert Dienstleistungen danach als selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (*Potentialorientierung*). Interne und externe Faktoren werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (*Prozessorientierung*). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen und deren Objekten nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (*Ergebnisorientierung*).⁸⁶ Bezüglich der Ergebnisorientierung ist anzumerken, dass diese in der Altenhilfe häufig nur schwer zu beurteilen ist, da es sich um Klienten handelt, deren Gesundheitszustand sich durch chronische Krankheit ständig verschlechtern kann. Mit der definitorischen Abgrenzung des Dienstleistungsbegriffes ist keine Homogenität des Dienstleistungssektors gleichzusetzen. Gerade durch den hohen Grad der Heterogenität von Dienstleistungen muss die Definition unter branchenspezifischen Aspekten betrachtet werden. An dem willkürlich gewählten Beispiel der Mundpflege⁸⁷ als Pflege(dienst)leistung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung soll die Drei-Phasen-Betrachtung spezifiziert erläutert werden.

Die Potentialorientierung ergibt sich aus den Fähigkeiten und der Bereitschaft des Dienstleistungsanbieters zur Erbringung der Dienstleistung. Bereitgehalten wird dabei eine Faktorenkombination aus Personal, materiellen Gütern und Informationen. Um dem pflegebedürftigen Bewohner die Mundpflege gewährleisten zu können, hält die Pflegeeinrichtung eine Pflegekraft sowie Gebrauchs- und Verbrauchsgüter in Form von Hygiene- oder Pflegehilfsmitteln bereit. Die dann folgende Phase der Prozessorientierung, beschreibt den Dienstleistungserstellungsprozess. Dieser ist im besonderen Maß durch die Synchronität von Erbringung und Inanspruchnahme der Dienstleistung, bezogen auf Raum und Zeit gekennzeichnet, welche auch als *Uno Actu* Prinzip bezeichnet wird.⁸⁸ Der Dienstleistungsnachfrager, in diesem Fall der Pflegebedürftige, bringt sich dabei als externer Faktor in den Prozess mit ein und bestimmt damit auch die Qualität des Ergebnisses. Die Faktorenkombination des Anbieters und der

⁸⁶ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S.33.

⁸⁷ orientiert an den Ausführungen in *Pflege Heute – Lehrbuch für Pflegeberufe*, (2004) S. 202.

⁸⁸ Vgl. Pepels, W., (2004) S. 943.

Nachfrager als externer Faktor treffen so aufeinander, die Pflege(dienst)leistung Mundpflege kann verrichtet werden und es kommt zur Phase der Ergebnisorientierung. Im Mittelpunkt steht nun das Ergebnis der Verrichtung, welches Konkretisiert an der Wirkung oder dem Nutzen für den Dienstleistungsnachfrager nicht greifbar oder materialisierbar ist. Objektiv betrachtet müsste ein gereinigter Mund- und Rachenraum nun zum Wohlbefinden des Bewohners beitragen und sein Bedürfnis sollte zur Zufriedenheit gedeckt sein.⁸⁹

Nachdem die Besonderheiten bei der Produktion einer Dienstleistung gegenüber Sachgütern erwähnt wurden, sollen sie kurz noch einmal auf den Punkt gebracht werden, da sich wichtige Implikationen für das Dienstleistungsmarketing daraus ergeben.

Durch die Immaterialität der Dienstleistung ist sie nicht lagerfähig und auch nicht transportfähig, was eine Koordination von Kapazität und Nachfrage notwendig macht. Gemeint ist damit beispielsweise eine flexible Anpassung der Kapazitäten oder eine Steuerung der Nachfrage.

Da der Dienstleistungsanbieter die Leistungsfähigkeit zu gewähren hat, sollten Kompetenzen in einem Marketingkonzept herausgestellt und dokumentiert werden. Die Fähigkeitspotenziale können so für den Nachfrager transparenter und materialisiert werden. Auch Imagemerkmale des Unternehmens wie z.B. Seriosität oder Vertrauenswürdigkeit sind in diesem Zusammenhang aktiv zu bearbeiten, da sie die Kaufentscheidungen der Kunden häufig mit beeinflussen.

Ein entscheidendes Kriterium bei der Erstellung von Dienstleistungen, ist die Tatsache, dass das Objekt oder der Mensch, an dem sich die Leistungserstellung konkretisiert, als externer Faktor in den Prozess einzubeziehen ist und somit das Ergebnis von außen mitbestimmt wird. Die Garantie einer konstanten oder standardisierten Dienstleistung kann somit nur schwer gegeben werden, da verschiedene individuelle Gegebenheiten überwunden werden müssen. Die Kunden gehen meist auch mit unterschiedlichen Vorstellungen in den Leistungserstellungsprozess hinein, sodass die Wünsche oder Bedürfnisse durch persönliche Kommunikation zu erforschen sind. Damit ist ein weiterer wichtiger Aspekt zu betrachten, denn eine zielgerichtete Kommunikationsfähigkeit der

⁸⁹ In Anlehnung an Bieberstein, I., (2006) S. 37.

Mitarbeiter wird beispielsweise durch Qualifikationen, Schulungen oder grundlegende Motivation und Arbeitseinstellung beeinflusst. Das verdeutlicht, dass dem schon angesprochenen Konzept des internen Marketings eine entscheidende Rolle in Dienstleistungsbetrieben zukommt.^{90 91}

Da die Grundlagen und Besonderheiten zur Dienstleistung sowie zum Erstellungsprozess nun ausführlich benannt wurden, soll zunächst geklärt werden, was Dienstleistungsmarketing konkret bedeutet. Das Dienstleistungsmarketing als sektorenbezogenes Marketing ist als „Management-Konzept zur zielgerichteten Gestaltung von Austauschprozessen mit internen und externen Partnern anzusehen. Das interne Marketing zielt auf die Gestaltung der Austauschbeziehungen mit betriebsinternen Personen, um personelle und organisatorische Voraussetzungen für ein effizientes externes Marketing zu schaffen. Das externe Marketing bildet den Schwerpunkt des Konzeptes, das sich nicht nur mit der Gestaltung und Vermarktung materieller und immaterieller Leistungsergebnisse beschäftigt, sondern ebenso mit dem Prozess der Leistungserstellung.“⁹² Es zeigt sich, dass der Grundsatz „Management-Konzeption zur zielorientierten Gestaltung von Austauschprozessen“ auch in der allgemeinen Marketingdefinition zu finden ist. Dieser Grundsatz kann als Basis aller Marketingaktivitäten ob nun branchenbezogen oder nicht, gesehen werden. Der Unterschied zum Dienstleistungsmarketing findet sich in der stärkeren Gewichtung der internen Marketingaktivitäten. Können im Sachleistungsmarketing greifbare Produkte zur Befriedigung der Kundenbedürfnisse eingesetzt werden, so ist es im Dienstleistungssektor der Mensch, der die Befriedigung des Kundenwunsches direkt am Kunden oder dessen Objekt herstellen muss. Damit wird der unternehmensinterne Mitarbeiter zum zentralen Erfolgsfaktor, den es genau wie die Kundenbeziehung nach außen, zu pflegen und zu entwickeln gilt.⁹³ Das marketingpolitische Instrumentarium besteht daher neben dem allgemeinen Marketing Mix aus fünf bis hin zu acht Instrumenten. In der Literatur besteht aus oben genannten Gründen, Einigkeit über das Instrument der Personalpolitik. Hier gilt es im besonderen Maße die kundenseitig gewünschten Verhaltensweisen möglichst im Einklang mit den Mitarbeiterinteressen zu realisieren und beide

⁹⁰ Vgl. Bruhn, M., (1999) S. 35f.

⁹¹ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 63ff.

⁹² Bieberstein, I., (2006) S.45.

⁹³ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S.45.

Seiten zufrieden zu stellen.⁹⁴ Unterschiedlich werden jedoch Instrumente wie die Ausstattungspolitik, das Prozessmanagement oder auch die öffentliche Meinungspolitik als Erweiterungen zum Konsumgütermarketing-Mix in der Literatur aufgeführt. So sehen *Wiesner* und *Sponholz* beispielsweise bei der Vermarktung von Dienstleistungen die unbedingte Notwendigkeit einer solch detaillierten Darstellung der zu bearbeitenden Mix Instrumente.⁹⁵

Im Hinblick auf die weitere Verwendung des Begriffes Dienstleistungsmarketing soll noch auf den Aspekt der engeren und weiteren Sichtweise eingegangen werden. So ist zu erwähnen, dass das Dienstleistungsmarketing zwei verschiedene Hauptausprägungen annehmen kann. Es kann als funktionelles Marketing betrieben werden, indem die Dienstleistungen Zusatzleistungen von Produktionsbetrieben darstellen um somit die Wettbewerbsfähigkeit von Sachleistungen zu steigern, wonach dem Dienstleistungsmarketing dann eine Nebenfunktion zuzuordnen ist. Im Fokus dieser Arbeit steht allerdings das Institutionelle Dienstleistungsmarketing. Es wird von Dienstleistungsanbietern durchgeführt, wenn die Erstellung von Dienstleistungen das Kerngeschäft der Unternehmung ist. So wie etwa die Erstellung von Pflege- und Betreuungsleistungen das Primärgeschäft von stationären Altenpflegeeinrichtungen darstellt. Dienstleistungsunternehmen praktizieren es mit dem Ziel, eine konkurrenzfähige Dienstleistung am Markt anbieten zu können. Entgegen dem funktionellen Dienstleistungsmarketing, ist den Aktivitäten hier eine Hauptfunktion zuzuteilen.^{96 97}

4.2 Das strategische Marketing

4.2.1 Die Relevanz des strategischen Marketings

Die Relevanz der allgemeinen strategischen Planung in stationären Pflegeunternehmen ergibt sich aus den Erfordernissen von Markt und Marktumfeld, denn um langfristig am Markt tätig sein zu können, bedarf es

⁹⁴ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S.282.

⁹⁵ Vgl. Wiesner, A. K./Sponholz, U., (2007) S. 76.

⁹⁶ Vgl. Wiesner, K. A./Sponholz, U., (2007), S. 3.

⁹⁷ Vgl. Pepels, W., (2004) S. 946f.

detaillierter strategischer Analysen und Planungsprozesse, die das Marktgeschehen sowie die Wettbewerbsbedingungen verdeutlichen. Die Planung liefert die Basis für rationales und systematisches Denken bezüglich der Positionierung im Wettbewerb, macht Handlungsmöglichkeiten sowie Chancen und Risiken des Unternehmens sichtbar, schafft bei Mitarbeitern Orientierung und sorgt für einen zielgerichteten Einsatz der Unternehmensressourcen.⁹⁸ Kotler formuliert dazu treffend, dass die Planung Unternehmen dazu zwingt, Zielvorstellungen zu präzisieren, was zu einer besseren internen Koordination sowie zu klareren Leistungsvorgaben für die Unternehmenssteuerung führt.⁹⁹ Die Basis der strategischen Marketingplanung bildet die strategische Unternehmensplanung, welche im obersten Verantwortungsbereich der Hierarchieebenen des Unternehmens erstellt wird.

Die Unternehmensgesamtstrategie beantwortet die Frage, in welchem Geschäftsbereich das Dienstleistungsunternehmen tätig sein will. Sie gibt somit die generelle Richtung des Unternehmens in Geschäftsfeldern vor, was z.B. als Wachstums-, Stabilisierungs- oder Schrumpfungsstrategie deklariert werden kann.¹⁰⁰ Um sich im Wettbewerb auf lange Sicht hin erfolgreich zu profilieren sind prospektive Planungen von bis zu 15 Jahren möglich.¹⁰¹ Infolge operationaler unternehmerischer Zielsetzungen kann die Marketingstrategie entwickelt und ausgerichtet, umgesetzt sowie überprüft werden. Um das Abhängigkeitsverhältnis zwischen der strategischen Unternehmensplanung und der strategischen Marketingplanung zu verdeutlichen, soll folgende Übersicht behilflich sein.

⁹⁸ Vgl. Geise, S., (2005) S. 377.

⁹⁹ Vgl. Kotler, P., et al. (2003) S. 156.

¹⁰⁰ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 152.

¹⁰¹ Vgl. Hummel, T./Zander, E., (2002) S. 97.



Abb. 4: Strategische Unternehmens- und Marketingplanung

Quelle: Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 176.

Der strategischen Unternehmensplanung und der strategischen sowie operativen Marketingplanung ist eine Analyse der externen und internen Umwelt vorgelagert. Dabei umfasst die externe Umwelt den Absatzmarkt, die Wettbewerber und sonstige Anspruchsgruppen wie z. B. der Staat, Verbände oder Organisationen, denen gerade in der Pflegebranche durch die Regulierung des Marktes eine große Bedeutung zukommt. Der interne Bereich umfasst Untersuchungen hinsichtlich

der Entwicklung und gegenwärtigen Situation der Ressourcen des Unternehmens. Durch spezielle Analyseinstrumente wie beispielsweise eine SWOT – Analyse, Positionierungsanalyse oder Portfolioanalyse können Informationen verdichtet und als Ausgangsbasis vor den Planungsprozess gestellt werden.¹⁰²

Von größerer Bedeutung für weiter folgende Argumentationen, ist das schon angesprochene Verhältnis zwischen strategischer Unternehmensplanung und der strategischen Marketingplanung. Die Unternehmensstrategie dient in erster Linie der Festlegung von Unternehmens- und Marketingzielen. Erst wenn Unternehmensziele konkret ausformuliert sind, lassen sich daraus Marketingziele und entsprechende Marketingstrategien ableiten, die dann wiederum operative Maßnahmen zur Strategieumsetzung beinhalten. Marketingstrategien sind somit als Bindeglied zwischen der strategischen Unternehmensplanung und der operativen Marketingplanung anzusehen. Dementsprechend haben die Unternehmensvision, das Leitbild, die Unternehmenskultur sowie die Unternehmensethik über die Unternehmensziele Einfluss auf die Bildung von Marketingstrategien und daraus resultierend auch auf das operative Marketing.¹⁰³

Im Anschluss an den Planungsprozess gilt es die geplanten Aktivitäten im Unternehmen zu implementieren. Dabei kommt den Prozessen des internen Marketings eine besondere Rolle zu, sind es im Dienstleistungssektor doch zumeist Mitarbeiter, die im Bereich der Realisierung zu führen sind.

In der Kontrollphase gilt es die Ergebnisse durchgeführter Aktivitäten sowie Zielerreichungsgrade durch einen revolvierenden Prozess wiederum in die Analyse der internen und externen Umweltfaktoren aufzunehmen.¹⁰⁴

Dem strategischen Marketing wurde somit in seiner Relevanz die Stellung im unternehmerischen Planungsprozess zugeordnet.

4.2.2 Begriff und Merkmale von Marketingstrategien

Zur erfolgreichen Positionierung am Markt, muss dem unternehmerischen Handeln ein Steuerungsinstrument in Form einer Marketingstrategie vorausgehen.

¹⁰² Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 176.

¹⁰³ Vgl. Wiesener, A., K./Sponholz, U., (2007) S. 25.

¹⁰⁴ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 177.

Nach *Meffert / Bruhn* stellt eine Marketingstrategie für Dienstleistungsunternehmen einen bedingten, langfristigen, globalen Verhaltensplan zur Erreichung der Unternehmens- und Marketingziele dar. Die Strategien sind, wie schon erwähnt, auf der Grundlage der Unternehmens- und Marketingziele zu entwickeln und dienen anschließend der Maßnahmenkanalisierung in den jeweiligen Marketingmixbereichen des Dienstleistungsunternehmens.¹⁰⁵

Unter Marketingstrategien lassen sich also Verhaltensgrundsätze für das Marketing zusammenfassen. Die Strategien besitzen dabei einen Richtliniencharakter, denn sie geben nur einen bestimmten Handlungsrahmen bzw. Stoßrichtungen für marketingpolitische Aktivitäten vor, nicht etwa Einzelmaßnahmen.¹⁰⁶ In der Definition findet dieser Aspekt als Globalität seine Beachtung. In der Strategieerarbeitung, auf strategischer Ebene des Managements, werden generelle Entscheidungen zur Marktwahl, zu den Zielgruppen sowie zur Art und Struktur der Marktbearbeitung getroffen und unternehmensweit kommuniziert. Für jeden Geschäftsbereich lassen sich dann daraus Verhaltenspläne und konkrete Teilzielsetzungen ableiten.¹⁰⁷

Hinsichtlich des zu planenden Zeithorizontes erwähnt *Bruhn* eine mittel- bis langfristige Verbindlichkeit der Planungsperioden (Jahre). Da die Marketingstrategien in Abhängigkeit spezifischer Marktentwicklungen sowie der unternehmensinternen Situation festgelegt werden, sollte die Planung einen Zeitraum umfassen, der bezogen auf die Umfeldinformationen und zu erwartender Strategiewirkungen überschaubar ist.¹⁰⁸ Eine verbindliche Planungsperiode ist jedoch nicht das einzige Merkmal von Marketingstrategien. Um die Funktion eines globalen Verhaltenplans erfüllen zu können, sind bei der Strategieentwicklung sechs weitere Anforderungen zu bedenken.

Marketingstrategien sollen die **Realisierung** der festgelegten strategischen Marketingziele konkretisieren. Als strategische Ziele für ein stationäres Altenpflegeheim gelten beispielsweise der Ausbau von Marktanteilen, die Sicherung der Qualitätsführerschaft oder die Erhöhung der Kundenzufriedenheit und des Bekanntheitsgrades.

¹⁰⁵ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 226.

¹⁰⁶ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 152.

¹⁰⁷ Vgl. Geise, S., (2005) S. 379.

¹⁰⁸ Vgl. Bruhn, M., (1999) S. 55.

Auf der Basis vorhandener Unternehmensressourcen sowie Umfeldentwicklungen sollen Marketingstrategien **Prioritäten** in der Auswahl und Bearbeitung von Marktsegmenten setzen und nicht zu bearbeitende Segmente ausgrenzen.

Weiterhin stellt die Kanalisierung des Mitteleinsatzes zu einer **zielführenden Steuerung** des Instrumenteeinsatzes eine Kernaufgabe des strategischen Marketings dar.

Marketingstrategien sollen sich ergebende **Konsequenzen** für das Unternehmen bezüglich des Mitteleinsatzes, der Organisation und des Personals deutlich machen.

Aus den Marketingstrategien heraus soll ein **verbindlicher Charakter** für die Entscheidungen im Marketingmix bestehen, welche schriftlich z.B. in einem Strategiepapier fixiert sein könnten.

Eine bedeutende Anforderung besteht in der Überprüfbarkeit der formulierten Strategien. So müssen Marketingstrategien bezogen auf ihren Zielerreichungsgrad, ihre Operationalität und ihren zeitlichen Ablauf mit geeigneten Indikatoren überprüfbar sein und einem **strategischen Controlling** unterliegen.¹⁰⁹

In der abschließenden Erläuterung der Merkmale von Marketingstrategien soll verdeutlicht werden, dass bei abstrakter Betrachtung des Strategieentwicklungsprozesses strukturierte und planerische wie auch kreative Aufgaben im Marketingmanagement vereint werden.

Planerische Aufgaben liegen vorwiegend im Bereich der zielgerichteten Festlegung und Steuerung eines markt- und kundenorientierten Verhaltens unter Zuhilfenahme strategischer Analyseinstrumente. Wobei die kreativen Anforderungen darin liegen, innerhalb des vorgegebenen Aktivitätsrahmens alternative bzw. innovative Lösungsansätze zur Zielerreichung zu erstellen. Marketingstrategien können somit als das Ergebnis von strukturierten Überlegungen, kreativen Bewusstseinsprozessen und intuitiven Fähigkeiten beschrieben werden.¹¹⁰

¹⁰⁹ Vgl. Bruhn, M., (1999) S. 56.

¹¹⁰ Vgl. Bruhn, M., (1999) S. 56.

4.2.3 Die Festlegung von Marketingzielen

Marketingziele sind aus den allgemeinen Unternehmenszielen abzuleiten, was eine Betrachtung des allgemeinen unternehmerischen Zielformulierungsprozesses nötig macht. Unter Zielen sind zukünftig angestrebte Zustände oder Entwicklungsprozesse bzw. generelle Verhaltensvorschriften zu verstehen. Die Unternehmensziele werden auf der strategischen Ebene des Unternehmens formuliert und in Bereichsziele abgeleitet, zu denen die Marketingziele zählen, die sich dann wiederum in konkrete Gruppenziele gliedern lassen, um schließlich als Individualziele klare Handlungsanweisungen für die jeweiligen Mitarbeiter bilden zu können. Alle Ziele stehen dabei in einem wechselseitigen Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig, so dass Ziele im Unternehmen nicht linear sondern in einem Zielsystem gliedert betrachtet werden. Das Zielsystem steht dabei in Abhängigkeit mit der konkreten Zwecksetzung des Unternehmens, der Intensität der wahrgenommenen Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, den Mitarbeitern, den Kunden, gesellschaftlicher Interessengruppen sowie der Umwelt. Es zeigt sich also, dass bei der Formulierung von Unternehmenszielen verschiedene Interessengruppen berücksichtigt werden müssen.^{111 112}

Bei Zielentscheidungen liegen bewusst vollzogene, autonome Wahlhandlungen vor, welche die Verhaltensweisen des Unternehmens bestimmen. Die allgemeinen unternehmerischen Zielentscheidungen sind neben der Unternehmenserhaltung als Minimalziel, beispielsweise die Erhaltung der Selbständigkeit in finanzwirtschaftlicher und leistungswirtschaftlicher Sicht, die Erhaltung der Liquidität sowie die Kapital- und Substanzerhaltung.¹¹³ Weiterhin kommt der Überführung von Visionen und Leitideen des Unternehmens in das allgemeine Zielsystem eine große Bedeutung zu. So kann z. B. die Idee der Kunden- und Qualitätsorientierung im Selbstverständnis einer Altenpflegeeinrichtung verankert sein, zur konkreten Umsetzung jedoch ist die Ableitung der übergeordneten Zielvorstellungen in strategische sowie operative Marketingziele notwendig.¹¹⁴

Nachdem die dominierenden Interessenlagen der Unternehmensträger in die Zielbestimmungen eingeflossen sind, haben auch die Ansprüche der Kunden,

¹¹¹ Vgl. Geise, S., (2005) S. 377f.

¹¹² Vgl. Selchert, F. W., (1997) S. 53.

¹¹³ Vgl. Selchert, F. W., (1997) S. 46.

¹¹⁴ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 138.

Lieferanten sowie der Staat und die Öffentlichkeit Einfluss auf das unternehmerische Zielsystem. Aus diesen allgemeinen Unternehmenszielen, lassen sich schließlich die Marketingziele als Teilziele konkretisieren und ableiten.¹¹⁵ Marketingziele sind demnach so zu determinieren, dass sie dazu beitragen, übergeordnete Ziele zu realisieren.

Marketingziele können prinzipiell in den Formen **ökonomische Marktziele** und **psychologische Marktziele** unterschieden werden. Bei ökonomischen Marktzielen ist eine betriebswirtschaftliche Kategorisierung, Dokumentation und Messung möglich. Konkrete Vergleiche der vorhandenen Messgröße (Ist) mit dem Zielzustand (Soll) sind möglich, so dass eine rationale Erfolgsbeurteilung möglich ist.¹¹⁶ Ökonomische Marktziele sind beispielsweise:

| | |
|--------------------|--|
| Gewinn | Umsatz - Kosten |
| Rendite | Gewinn in Relation zum eingesetzten Kapital |
| Absatz | Anzahl der verkauften Mengeneinheiten |
| Umsatz | Abgesetzte Mengeneinheiten zu Verkaufspreisen |
| Marktanteil | Unternehmensumsatz in Relation zum Gesamtmarktumsatz |

Abb. 5: Ökonomische Marktziele

Quelle: Geise, S., (2005) S. 378.

Die psychologischen Marktziele stellen dagegen die „weichen“ Faktoren im Zielsystem des Marketings dar. Sie sind häufig nur schwer messbar, da sie sich nicht in „festen“ Messgrößen dokumentieren lassen. Die Daten psychologischer Marktziele werden daher häufig durch spezielle Methoden der Markt- und Meinungsforschung erhoben. Als psychologische Marktziele gelten beispielsweise:

¹¹⁵ Vgl. Geise, S., (2005) S. 378.

¹¹⁶ Vgl. Bruhn, M., (1999) S. 26.

| | |
|--|---|
| Bekanntheitsgrad | Wissen über Produkte, Leistungen |
| Image | Meinungen oder Assoziationen zu Produkten, Leistungen |
| Produkt- und Markentreue | Präferenzen über Produkte, Leistungen |
| Kundenzufriedenheit, -loyalität, -bindung | |

Abb. 6: Psychologische Marktziele

Quelle: Geise, S., (2005) S. 379; Bruhn, M., (1999) S.26.

Trotz ihrer Gegensätzlichkeit dürfen ökonomische und psychologische Marktziele nicht unabhängig voneinander formuliert werden, denn es besteht durchaus eine wechselseitige Beziehung. So stellen psychologische Ziele häufig die Voraussetzung zur Erreichung ökonomischer Zielvorstellungen dar. Es lässt sich empirisch nachweisen, dass das Image einer Marke die Kaufbereitschaft eines Kunden bedeutend beeinflusst.¹¹⁷

Eine andere Art der Zielgliederung lässt sich bei *Meffert/Bruhn* erkennen. Hier ergibt sich das Zielsystem aus **unternehmensgerichteten, kundengerichteten und mitarbeitergerichteten Zielen**. Die unternehmensgerichteten Ziele stehen in enger Verbindung mit den Oberzielen bzw. Marktstellungszielen des Dienstleistungsunternehmens. Dies sind z.B. der Absatz, der Marktanteil oder der Deckungsbeitrag. Im Fokus der kundengerichteten Ziele stehen alle Ziele, die bei den aktuellen und potentiellen externen Zielgruppen des Dienstleistungsanbieters angestrebt werden. In diesem Zusammenhang können die psychologischen, verhaltensbezogenen und ökonomischen Ziele kategorisiert und differenziert betrachtet werden. Dies sind beispielsweise Zielgrößen wie Image, Qualitätswahrnehmung oder der Kundenwert. Da dem internen Marketing im Dienstleistungssektor eine besondere Prägnanz zukommt, sollte es folglich das Ziel eines Unternehmens sein die Motivation der Mitarbeiter durch extrinsische und intrinsische Leistungsanreize zu steigern, um dann dadurch eine Erhöhung der Leistungsqualität, eine Verminderung der Fehlzeiten von Mitarbeitern sowie eine langfristige Mitarbeiterbindung an das Unternehmen zu erreichen.

¹¹⁷ Vgl. Geise, S., (2005) S. 379.

Mitarbeitergerichtete Ziele basieren somit auf der Annahme, dass zufriedene Mitarbeiter die Basis für Kundenzufriedenheit und folglich Kundenbindung sind.¹¹⁸

Um eine Kontrolle des Zielerreichungsgrades der festgelegten Marketingziele sicherzustellen, ist die Berücksichtigung der **Zieldimensionen** eine Voraussetzung. Zieldimensionen ergeben sich aus dem **Zielinhalt**, dem **Zielobjekt**, dem **Zielausmaß**, dem **Zeitbezug** und der **Zielhierarchie**.¹¹⁹

Unter der Berücksichtigung dieser Aspekte, könnte die Zieldefinition einer stationären Altenpflegeeinrichtung folgendermaßen definiert sein:

Erhöhung der Bewohnerauslastung im Dementenwohnbereich durch die Leistungsprogrammveränderung Wohngemeinschaft von 88% auf 100% bis Ende 2008.

Weiterhin gelten Anforderungen bei der Zielformulierung hinsichtlich der **Zielkoordination**, der **Zielrealisierbarkeit** sowie zur **Zielpartizipation**.¹²⁰

Im Bereich der Zielkoordination ist zu beachten, dass sich die Ziele der verschiedenen Funktionsbereiche im Unternehmen nicht gegenseitig behindern, sondern in einer förderlichen Beziehung zueinander stehen. Die Beziehungen oder auch Hierarchien sind im Zielsystem zu koordinieren und aufeinander abzustimmen, so dass sich eine Zielordnung ergibt und Zielkonflikte vermieden werden.

Außerdem ist zu beachten, dass die Verwirklichung der Ziele mit verfügbaren Mitteln und Kräften möglich ist. Sind die Ziele zu hoch angesetzt, können sie demotivierend wirken wobei zu niedrig angesetzte Ziele die Leistungsbereitschaft und Eigeninitiative der Mitarbeiter nur in geringem Maße fördern. Es gilt also die richtige Balance in der Realistik zu finden.

Eine weitere Anforderung bei der Zielformulierung liegt im Bereich der Zielpartizipation des Dienstleistungspersonals. Wie schon erwähnt, kommt gerade im Dienstleistungsmarketing der Bedeutung des Kontaktpersonals mit der Dienstleistung eine besondere Rolle zu. Demnach ist die Motivation und auch

¹¹⁸ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 206ff.

¹¹⁹ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 143.

¹²⁰ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 143f.

Akzeptanz der Mitarbeiter zur Zielerreichung zu steigern indem sie, je nach betrieblichen Möglichkeiten, bei der Abstimmung der sie betreffenden Ziele als Bestätigungsmaßstab mit einbezogen werden. Der Politik des internen Marketings kann somit ein Instrument zugesprochen werden, dass durch Partizipation zur Motivation, Identifikation sowie Verantwortungsübernahme des ausführenden Personals beiträgt.¹²¹

Um die verschiedenen Zielsetzungen erfolgreich umsetzen zu können, ist es wichtig Marketingstrategien zu entwerfen, die dieser Vielschichtigkeit entsprechen.

4.2.4 Die Überführung der Marketingziele in generelle Marketingstrategien

In der Literatur zum Dienstleistungsmarketing sind verschiedene Betrachtungsweisen bezüglich der Strategiesystematiken zu finden. Im Folgenden sollen ausgewählte Strategiekonzepte erläutert werden, welche unter dem Fokus der Pflegebranche eine bedeutende Stellung einnehmen.

Zur erfolgreichen Behauptung am Markt, gilt es aus speziellen Teilstrategien eine Marketing(gesamt)strategie zu entwickeln. Für Dienstleistungsunternehmen, wie eine stationäre Pflegeeinrichtung, ergibt sich die strategische Geschäftseinheit aus dem relativ homogenen Leistungsangebot in einer Marktnische. Der relevante, zu bearbeitende Markt ist somit eindeutig und muss nicht zu anderen Geschäftsfeldern abgegrenzt werden. Unumgänglich wäre dies dagegen für Unternehmen die eine große Leistungsvielfalt auf unterschiedlichen Teilmärkten anbieten.¹²² Eine stationäre Pflegeeinrichtung bewegt sich generell auf dem Pflegemarkt. Die Pflege und Betreuung meist pflegebedürftiger Menschen ist die Grundlage der Existenz und das abgegrenzte Geschäftsfeld. Im Rahmen dieses zu bearbeitenden Geschäftsfeldes gilt es nun marktfelder-, marktteilnehmer- und wettbewerbsorientierte Strategien zur erfolgreichen Positionierung im Wettbewerb festzulegen.

Danach gilt es Festlegungen hinsichtlich der generellen strategischen Stoßrichtung auf dem abgegrenzten Geschäftsfeld zu treffen, so dass eine langfristige Erreichung der Unternehmensziele sichergestellt ist. Im Bereich der

¹²¹ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S.143f.

¹²² Vgl. Bruhn, M., (1999) S.58.

Marktfeldstrategie ist unter vier Strategiealternativen nach der klassischen Ansoff-Matrix eine Entscheidung hinsichtlich der Marktbearbeitung zu treffen.¹²³

Nach der Definition des strategischen Geschäfts- und Marktfeldes ist es notwendig im Rahmen der **Marktsegmentierungsstrategie** den relevanten Gesamtmarkt in Teileinheiten zu untergliedern, um das Nachfragerverhalten verschiedener Kundengruppen gezielter bearbeiten zu können.¹²⁴

Im nächsten Schritt ist festzulegen durch welche Strategie ein **Wettbewerbsvorteil** zur Profilierung im Wettbewerbsumfeld zu sichern ist.

Nachdem die Art und Form der Marktbearbeitung und -beeinflussung festgelegt ist, gilt es die Frage zu klären ob die alleinige Umsetzung der Strategie oder die kooperative Umsetzung in Form einer Kooperationsstrategie mit einem anderen Unternehmen oder einer Institution als **Marktteilnehmer** angebracht ist.¹²⁵



Abb. 7: Allgemeine Strategiesystematik

Quelle. Eigene Darstellung in Anlehnung an Weis, Ch., (2007) S.129.

4.2.4.1 Marktfeldstrategien

In der Auswahl zu bearbeitender Marktfelder, ist eine generelle Ansatzebene einer Marketingstrategie anzusiedeln. In der *Produkt-Markt-Matrix* nach Ansoff lassen sich, übertragen auf den Dienstleistungsbereich, vier Basisstrategien unterscheiden. Entsprechend dieser vier Marktfelder bieten Unternehmen bereits Leistungen an oder planen damit das künftige Leistungsangebot am Markt.

¹²³ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 238.

¹²⁴ Vgl. Bruhn, M., (1999) S. 60.

¹²⁵ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S.175.

| | | | |
|-----------------------|--------|--|------------------|
| Dienst- leistungen | Märkte | Gegenwärtig | Neu |
| Gegenwärtig | | Marktdurchdringung | Marktentwicklung |
| Neu | | Dienstleistungs- entwicklung/ -innovation | Diversifikation |

Abb. 8: Marktfeldstrategien im Dienstleistungsmarketing

Quelle: Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 238.

Im Feld der **Marktdurchdringungsstrategie** agieren Dienstleistungsbetriebe mit bestehenden Leistungen auf einem gegenwärtigen Markt. Ziel ist es, mit dem bereits bestehenden Leistungsprogramm das latente Potential des gegenwärtigen Marktes zu aktivieren, um eine verstärkte Inanspruchnahme der Dienstleistung hervorzurufen. Bezüglich der Kundengruppen werden die Bemühungen bei bestehenden Kunden intensiviert und die Gewinnung neuer Kunden zielt auf das Erreichen von bisherigen Nichtverwendern. Die Stärkung von Werbung und Verkaufsförderung wäre in diesem Bereich als Beispiel zu nennen.

Stehen Expansionsziele wie z.B. die Ausweitung des Marktanteils im Fokus der Unternehmensziele, dann ist eine **Marktentwicklungsstrategie** zur Zielerreichung zu wählen. Das Ziel ist es hierbei, für bestehende Angebote neue, angrenzende Märkte zur Marktraumvergrößerung im regionalen oder nationalen Raum zu erschließen. Dabei können neue Zielgruppen angesprochen werden oder auch geographische Arrondierungen erfolgen, so dass auf neuen Märkten neue Verwendergruppen erschlossen werden.

Mit einer **Angebotsentwicklungsstrategie** wollen Dienstleistungsanbieter ihren bisherigen Markt mit neuen Angebotsinnovationen erobern oder verteidigen. So könnte ein Pflegeunternehmen mit innovativen Pflegekonzepten auf veränderte Kundenansprüche reagieren, um sich im Wettbewerb differenzieren zu können.

Durch Angebotsinnovationen besteht die Möglichkeit sich zumindest kurzfristig eine Monopolstellung auf dem Markt zu erarbeiten, womit eine Positionierung als innovatives und dynamisches Dienstleistungsunternehmen ermöglicht wird.

Streben Dienstleistungsbetriebe nach einer Wachstumsstrategie auf Märkten in denen sie noch nicht tätig sind, ist das Verfolgen von **Diversifikationsstrategien** Unternehmensaufgabe. In diesem Fall nehmen Betriebe neue Dienstleistungsangebote in ihr Leistungsspektrum auf und bieten diese auf neuen Märkten an. Die Dienstleistungsbetriebe entfernen sich hier im Gegensatz zu den drei erstgenannten Marktfeldstrategien am weitesten von ihren bisherigen Unternehmensaktivitäten, da die Planung eines generell neuen Leistungsgegenstandes vollzogen und sie in ihrer Umsetzung entschieden wird.

Zu unterscheiden sind in diesem Bereich die *horizontale Diversifikation*, die eine Erweiterung des bisherigen Leistungsprogramms beinhaltet, die *vertikale Diversifikation*, bei der bezogen auf die Wertschöpfungskette neue Leistungen vor- oder nachgeschaltet werden und die *laterale Diversifikation*, die den Aufbau eines zweiten Standbeins durch den Vorstoß in neue Marktfelder zum Inhalt hat.^{126 127}

4.2.4.2 Marktsegmentierungsstrategien

Durch die zunehmende Differenzierung von Kundenbedürfnissen kommt der Zerteilung des zu bearbeitenden Marktes in verschiedene Segmente eine wachsende Bedeutung zu. Die Marktsegmentierung wird definiert als eine Aufspaltung des „relevanten Marktes“ in homogene Einheiten bzw. Teilmärkte und gilt als Basis einer dann möglichen differenzierten Marktbearbeitung.¹²⁸ Durch die Homogenität der Wünsche und Bedürfnisse der Käufer, lassen sich Zielgruppen so besser erfassen sowie gezielter bearbeiten. Die Segmentierung kann auf der Grundlage verschiedener Kriterien durchgeführt werden.

¹²⁶ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 154ff.

¹²⁷ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 238ff.

¹²⁸ Vgl. Bruhn, M., (1999) S. 60.

Bei einer **demographischen Marktsegmentierung** wird der Markt nach sozioökonomischen Kriterien wie Geschlecht, Alter, Einkommen oder Beruf abgegrenzt.

Eine **psychographische Marktsegmentierung** liegt vor, wenn die Käuferschichten nach bestimmten gleichartigen psychologischen Kriterien wie z.B. Einstellungen, Lebensstile oder Persönlichkeitsmerkmale zusammengefasst werden.

Als **geographische Marktsegmentierung** wird die Aufteilung des Gesamtmarktes nach Bundesländern, Regierungsbezirken oder Großstädten in Teilmärkte bezeichnet.

Auch nach **verhaltensorientierten Merkmalen** wie beispielsweise käuferspezifische Verhaltensmuster, die Leistungsanspruchnahme oder Markentreue kann segmentiert werden.

Zur vollständigen Marktsegmentierung dürfen die Merkmale nicht getrennt oder vereinzelt betrachtet werden. Durch die Erfassung aller relevanten Beziehungen zwischen Konsumentenverhalten, Persönlichkeitsmerkmalen, Einstellungen sowie den demographischen Daten sind die Wünsche und Bedürfnisse der Zielgruppen auf den Teilmärkten zu differenzieren.¹²⁹ Im Bereich der Pflegebranche könnte beispielsweise nach den Merkmalen verschiedener Patienten- oder Bewohnergruppen wie beispielsweise demenziell erkrankten Menschen oder Wachkomapatienten oder auch nach Bewohneransprüchen hinsichtlich hochpreisiger Angebote verbunden mit entsprechendem Ambiente und Serviceleistungen unterschieden werden.

4.2.4.3 Wettbewerbsvorteilsstrategien

Neben einer Strategie der Marktaufteilung, müssen auch Entscheidungen hinsichtlich einer wettbewerbssicheren Marktposition des Unternehmens getroffen werden. Die Positionierung ist so zu planen, dass das Unternehmen bestmöglich den Veränderungen im Wettbewerb standhält, sie frühzeitig erkennt und schneller

¹²⁹ Vgl. Weis, Ch., (2007) S. 130ff.

als die Konkurrenz angepasste Strategien entwickelt. Grundsätzlich sind nach *Porter (1986)* drei Strategietypen zu unterscheiden.¹³⁰

- **Strategie der umfassenden Kostenführerschaft**
- **Strategie der Differenzierung**
- **Strategie der Konzentration auf Schwerpunkte**

Meffert / Bruhn erläutern die Notwendigkeit einer Erweiterung der eindimensionalen Betrachtung der Kosten- versus Differenzierungsvorteile nach *Porter* um eine Zeitkomponente, da sich häufig Wettbewerbssituationen ergeben in denen simultan mehrere Wettbewerbsvorteile zur Sicherung der Marktposition vorhanden sein sollten.

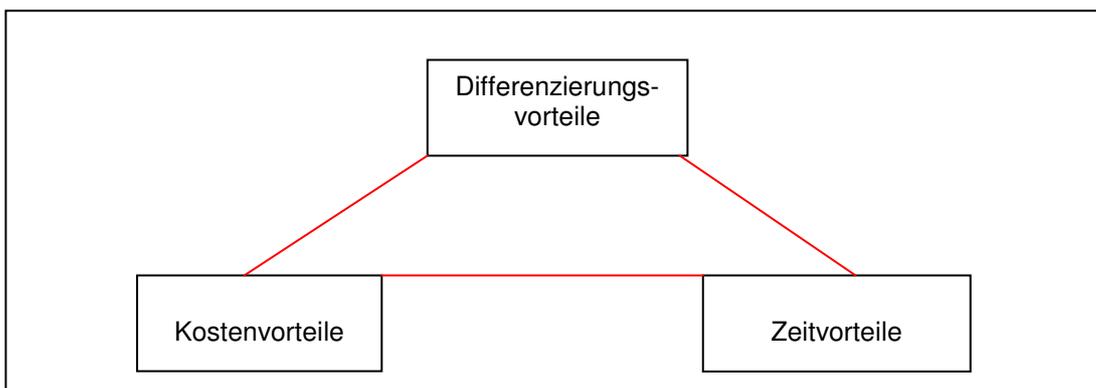


Abb. 9: Strategietypen zur Umsetzung von Wettbewerbsvorteilsstrategien

Quelle: Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 246.

Mit der **Differenzierungsstrategie** soll dem Unternehmen die Möglichkeit gegeben werden etwas "Neues" anzubieten, dass in der jeweiligen Branche als einzigartig gilt. Durch die Schaffung von Leistungsvorteilen wie z.B. die Erhöhung des Serviceniveaus, soll die Marktstellung gegenüber den Konkurrenten verbessert werden. Differenzierungsvorteile können auf verschiedene Basisfaktoren wie Qualität, Innovation, das Leistungsprogramm oder die

¹³⁰ Vgl. Weis, Ch., (2007) S.132.

Markierung bezogen werden.¹³¹ Die Einzigartigkeit sollte von den Wettbewerbern schwer imitierbar sein, so dass zeitweise eine gewisse Monopolstellung, wie sie bei der Angebotsentwicklungsstrategie erwähnt wurde, zu erreichen ist. Die Gestaltung des Dienstleistungsprozesses gewinnt in diesem Zusammenhang immer mehr an Bedeutung, denn hier bieten sich gute Differenzierungsmöglichkeiten wie z.B. Serviceangebote, durch die sich ein Dienstleistungsunternehmen von den Akteuren am Markt unterscheiden kann.¹³²

Kostenvorteile sind mit einer Strategie der Kosten- bzw. Preisführerschaft gleichzusetzen. Durch Standardisierungen, Rationalisierungen oder ein effizientes Kostenmanagement sollen Wettbewerbsvorteile, welche potenzielle Kunden von Wettbewerbern abziehen, entstehen.¹³³ Das Unternehmen verfolgt in erster Linie das Ziel, der preiswerteste Anbieter zu sein, um im Preiswettbewerb die Mitbewerber unterbieten zu können.¹³⁴

Im Bezug auf die Kostenvorteile, gelten auch **Zeitvorteile** als Strategieoption zur Vorteilsdeklarierung. Hier können Faktoren wie die Zeitdauer der Dienstleistungserstellung oder die Reaktionsschnelligkeit bei Kundenanfragen so optimiert werden, dass die Zeiterwartungen der Kunden positiv beeinflusst werden und eine wiederholte Inanspruchnahme der Dienstleistung die Folge ist. Bei dieser Strategieoption ist jedoch die Branchenspezifikation zu beachten denn gerade bei Pflege- und Betreuungsleistungen wirkt eine kurze Prozessdauer meist nicht zufriedenheitssteigernd.¹³⁵

Abschließend soll noch auf die erwähnte Strategieoption **Konzentration auf Schwerpunkte** nach *Porter* eingegangen werden. Die Konzentrationsstrategie beinhaltet gerade für Anbieter sozialer Dienstleistungen diverse Positionierungsmöglichkeiten. Mit der Konzentrationsstrategie fokussiert sich das Unternehmen auf eine segmentierte Gruppe von Nachfragern, welche in einer gesonderten Marktnische zu bedienen sind.¹³⁶ Hier können Beispiele wie schon im Bereich der Marktsegmentierung hinsichtlich der Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder oder Leistungsangebote aus Sicht der Pflegebranche angeführt

¹³¹ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 247.

¹³² Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 173.

¹³³ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 249.

¹³⁴ Vgl. Geise, S., (2005) S. 380.

¹³⁵ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 254.

¹³⁶ Vgl. Weis, Ch., (2007) S. 132.

werden. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass eine Strategie der Schwerpunktkonzentration nicht ohne Marktsegmentierung erfolgen kann, somit zeigen sich deutliche Abhängigkeitsbeziehungen sowie die Notwendigkeit der Gesamtbetrachtung der einzelnen Marketingstrategietypen.

4.2.4.4 Marktteilnehmerstrategien

Im Bereich der Marktteilnehmerstrategien sollen spezifische Verhaltensweisen des Anbieters gegenüber seinen Abnehmern, Konkurrenten oder auch Absatzmittlern festgelegt werden. Da das Verhalten gegenüber den Konkurrenten und Absatzmittlern in Form von Kooperationsstrategien im weiteren Verlauf der Arbeit von Bedeutung sein wird, sollen die Aspekte der Kooperationsoptionen im Folgenden erläutert werden.

Grundsätzlich werden Kooperationen von Unternehmen angeboten, die über keinen deutlichen Wettbewerbsvorteil sowie die erforderlichen Ressourcen verfügen um langfristigen Konkurrenzauseinandersetzungen standzuhalten.¹³⁷

Durch Kooperationen ergeben sich für Dienstleistungsbetriebe Chancen die eigenen Stärken mit weiteren Kooperationspartnern zu verbinden und zu vermarkten, so dass die Kunden schließlich aus einer größeren Angebotsvielfalt wählen können. Ein Dienstleistungsunternehmen kann zwischen zwei Arten der Kooperation wählen. Im Bereich der **horizontalen Kooperation** ist vordergründig die Zusammenarbeit mit Betrieben zu entscheiden. So könnte eine stationäre Pflegeeinrichtung eine Kooperation mit einem Pflegedienst eingehen, wodurch sich für beide Unternehmen diverse Vorteile ergeben könnten.

Statt der Zusammenarbeit mit Betrieben der gleichen Branche gibt es auch die Möglichkeit eine **vertikale Kooperation** hinsichtlich des Beschaffungsmarktes einzugehen. Als Kooperationspartner kommen so Betriebe in Betracht, die auf dem betrieblichen Beschaffungsmarkt für den Dienstleistungsbetrieb vor- und nachgelagerte Aufgaben erfüllen.¹³⁸ Beispielhaft für die Pflegebranche wären

¹³⁷ Vgl. Meffert, H./Bruhn, M., (2006) S. 272.

¹³⁸ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 175f.

Kooperationen mit Absatzmittlern wie Sozialdienste in Krankenhäusern oder Seniorenbüros bzw. öffentliche Informationsstellen.

4.3 Marketingrelevante Besonderheiten stationärer Pflegeleistungen

Im Regelfall werden Pflegeleistungen nicht freiwillig in Anspruch genommen, da sich meistens die Nachfrage notgedrungen durch Veränderungen des psychischen oder physischen Gesundheitszustandes ergibt. Durch das Hervorheben einzelner Besonderheiten der Pflegebranche soll gezeigt werden, dass Anbieter eine gewisse Sensibilität beim Durchführen von Marketingaktivitäten gegenüber dem Nachfrager und der Öffentlichkeit zeigen sollten.

4.3.1 Differenzierungen des Kundenbegriffes

Mit der Ökonomisierung des Pflegemarktes hat auch der Kundenbegriff in der Pflegebranche Einzug gehalten. Die folgenden Ausführungen sollen zeigen, dass der Kundenbegriff im Marketingkonzept einer stationären Pflegeeinrichtung differenzierter betrachtet werden muss als die Kundenposition in anderen Dienstleistungszweigen wie z.B. der Gastronomie. In den vorhergehenden Erläuterungen zum Marketing wurde häufig der Begriff Kundenorientierung als unbedingte Voraussetzung für Marketingaktivitäten genannt. Welche Besonderheiten im Bereich der sozialen Dienstleistungen jedoch damit verbunden sind und welche Unterscheidungen zwischen verschiedenen Kundengruppen zu treffen sind, soll hier aufgezeigt werden.

Die Praxis verleitet häufig dazu Bewohner und Angehörige als Kunden einer stationären Pflegeeinrichtung zu sehen und Konzepte der Kundenorientierung und –zufriedenheit auf sie auszurichten. Dies sollte allerdings mit einem gewissen Maß an Sensibilität erfolgen, denn viele Bewohner und Angehörige möchten nicht als Kunden deklariert werden.¹³⁹

¹³⁹ Vgl. Sehlbach, O., (2007) S. 16f.

Der Begriff Kunde steht seit dem 16. Jahrhundert für einen regelmäßigen Käufer in einem Geschäft, was unter wirtschaftlichen Zusammenhängen betrachtet bei der Vermarktung von Konsum- oder Investitionsgütern eine unabhängige Position auf dem Markt impliziert.¹⁴⁰ Die Großzahl der Kunden sozialer Dienstleistungen lehnt eine solche Ansprache ab, da die Einrichtung in schwierigen Lebenssituationen ein Zuhause sein soll und das offensichtliche Handeln der Mitarbeiter nach Marketing-Kategorien hier nicht erwünscht ist. Dazu kommt noch, dass der Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung meistens nicht freiwillig geschieht, sondern aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen vollzogen werden muss. Somit ist die Entscheidung für eine bestimmte Einrichtung eine aufgezwungene Auswahl. Vor diesem Hintergrund empfinden es viele Bewohner und Angehörige als unzutreffend, wenn sie als vergleichsweise souveräne Konsumenten tituliert werden. Eine der Situation entsprechende Ansprache sollte den Wünschen der Kunden entsprechen und somit erscheint die Bezeichnung Bewohner oder Gast kundenorientierter als Kunde, Klient oder Nutzer.¹⁴¹

In diesem Zusammenhang sind noch weitere bedeutende Aspekte zu nennen, die den Kundenbegriff in der Pflegebranche relativieren. Unter ökonomischer Betrachtung wird einem Kunden die Fähigkeit zugesprochen sich auf einem Markt frei bewegen zu können. Im Altenhilfessektor ist dies allerdings in unterschiedlicher Ausprägung zu finden. So sind einerseits bestens informierte Nachfrager gerade im Bereich der Sozialimmobilien zu verzeichnen und andererseits bilden schwerstpflegebedürftige und demenziell erkrankte Menschen mit kognitiven Einschränkungen den Gegenpol der Nachfragergruppe. Die häufig vorhandene Unfähigkeit, sich auf dem Markt frei zu bewegen muss durch Beratung, Case Management oder bevollmächtigte Dritte kompensiert werden. Dadurch entstehen Abhängigkeitsverhältnisse, die gegen eine Souveränität der Kunden sprechen und bei der Vermarktung beachtet werden müssen.

Die aktive Nachfrage interessierter Kunden, welche als weiteres Merkmal zu nennen ist, besteht häufig durch ein existentielles Desinteresse bei Betroffenen nicht. Die Folge ist eine stellvertretende Kundenposition durch Bevollmächtigte oder gesetzliche Betreuer mit möglicherweise eigenen Interessen gegenüber dem Betroffenen. Beim Versuch, allgemeine Kundenmerkmale auf ältere bzw.

¹⁴⁰ Vgl. Entzian, H., (1999) S. 108.

¹⁴¹ Vgl. Sehlbach, O. (2007) S. 17.

pflegebedürftige Menschen als Nachfrager pflegerischer Leistungen zu übertragen, fällt weiterhin auf, dass die Möglichkeit zwischen Angeboten zu wählen formal gegeben ist, in der Praxis jedoch nicht ausreichend gelebt wird. Auf einem nicht mehr bedarfsgesteuerten Altenhilfesektor ist die Möglichkeit zur freien Wahl der Anbieter gegeben. Jedoch bleibt es gerade im stationären Bereich bei einer einmaligen Ausübung der Wahlmöglichkeit.¹⁴² Obwohl die Möglichkeit eines Pflegeheimwechsels gegeben sein muss, geschieht dies bei Schwerstpflegebedürftigen, welche am Entferntesten von der souveränen Nachfragerposition sind, so gut wie nie.¹⁴³

Weitere Besonderheiten im Bereich der Kundenorientierung ergeben sich aus einem unterschiedlichen Qualitätsverständnis zwischen Bewohnern bzw. Angehörigen und Mitarbeitern der Einrichtung. So zeigt eine bereits 1997 veröffentlichte Studie durch *Allenbach*, dass Faktoren wie die Freundlichkeit, Umgangsformen, Respekt oder die Einbeziehung in Entscheidungsprozesse den Bewohnern und Angehörigen wichtiger erschien als eine gute Fachausbildung. Dies zeigt beispielhaft, dass Nachfrager die Qualität einer Einrichtung an anderen Kriterien messen, als dies in Branchenkreisen diskutiert wird. Die Beurteilung von Außenstehenden ob die Pflege gut oder schlecht ist, unterliegt häufig emotionalen Empfindungen als objektiven Fakten.¹⁴⁴ Vor dem Hintergrund, dass eine professionelle fachlich korrekte Pflege für viele Kunden eine Selbstverständlichkeit darstellt und die komplexen Bewertungsmaßstäbe der Pflegeprozesse für branchenfremde Menschen aus Kundensicht schwer zu bewerten sind, erscheinen die Ergebnisse der Studie nicht verwunderlich.¹⁴⁵ Bei der Konzeption von Marketingplanungen sind diese Besonderheiten allerdings zu berücksichtigen, schließlich ist die Kundenzufriedenheit abhängig von den Erwartungen der Kunden.

Abschließend soll noch erläutert werden, dass Bewohner und Angehörige nicht als einzige Kunden einer stationären Einrichtung in Betracht kommen. Als Besonderheit der Altenhilfe gelten viele unterschiedliche Kundengruppen.

Neben dem Bewohner, der in der Einrichtung lebt, versorgt und betreut wird, gelten als Angehörige meistens Ehepartner, Kinder oder Enkel des Betroffenen,

¹⁴² Vgl. Klie, T., (1999b) S. 10.

¹⁴³ Vgl. Glinski-Krause, B., (2000) S. 558.

¹⁴⁴ Vgl. Sehlbach, O., (2007) S. 19.

¹⁴⁵ Vgl. Sehlbach, O., (2007) S. 19.

welche durch die Inanspruchnahme professioneller Pflege die Verantwortung und Arbeit an die Einrichtung abgeben. Dies dokumentiert nach außen, dass sie selbst nicht in der Lage sind den Betroffenen zu pflegen. Diesbezüglich muss in der Angehörigenarbeit häufig sensibel vorgegangen werden, denn aus Sicht des Marketings stellt diese Kundengruppe eine wichtige Kommunikation zur Öffentlichkeit dar.

Bei entsprechenden Voraussetzungen vertreten amtlich bestellte Betreuer, wenn sie nicht gleichzeitig Angehörige sind, den Bewohner ohne direkten persönlichen Bezug. Auch sie stellen eine von der Einrichtung zu bedienende Kundengruppe dar.

Als weitere Kundengruppe gelten Vermittlungspartner, die entsprechend ihrer Profession Empfehlungen für oder gegen Einrichtungen ausstellen. Dies sind beispielsweise Ärzte, Sozialdienste in Krankenhäusern oder pflegerelevante Informationsstellen. Im Rahmen eines geplanten Verhaltens gegenüber diesen Absatzmittlern kann die Belegung einer Einrichtung positiv beeinflusst werden.

Von großer Bedeutung ist die Kundenfunktion der Kostenträger, die die Leistungen der Einrichtung (mit)finanzieren. Zu nennen wären hier die Kranken- und Pflegekassen sowie die kommunalen Sozialhilfeträger, wodurch für den Betroffenen sozialrechtliche Dreiecksverhältnisse entstehen.

Von nicht minderer Bedeutung ist die Kundengruppe der Aufsichtsbehörden, die eine stationäre Einrichtung regelmäßig begehen und die geleistete Qualität beurteilen. Auch mit diesen Institutionen steht die Einrichtung in Austauschbeziehungen, die vereinzelt von existentieller Bedeutung sind.¹⁴⁶

Bei der Vielschichtigkeit der Kundensegmente zeigt sich, dass die potentiellen Kunden nicht deckungsgleich mit den Ansprechpartnern in der Vermarktung sind. Eine differenzierte Kundenbetreuung ist somit im Altenhilfesektor unbedingt zu beachten.

¹⁴⁶ Vgl. Sehlbach, O., (2007) S. 32f.

4.3.2 Die Beziehungsgestaltung in der Pflege

Da der Verrichtungsprozess von Pflegeleistungen nicht allein manuell betrachtet werden kann, ergeben sich durch die Beziehungsgestaltung und den hohen Interaktionsgrad zwischen Pflegekraft und Bewohner einige Besonderheiten, welche in den allgemeinen Ausführungen zum Dienstleistungsmarketing nicht beinhaltet sind.

Der Begriff Beziehung umschreibt den Grad und das Verhältnis von Verbundenheit und Distanz von Personen, die innerhalb eines sozialen Prozesses miteinander in Kontakt stehen. Eine für den Pflegealltag notwendige professionelle Beziehung ist als eine organisierte, institutionell vermittelte Beziehungsform anzusehen, in der die Pflegekraft aus ihrer Rolle heraus entsprechendes Verhalten und Handeln zeigt. Eine Pflegebeziehung ist meist eine asymmetrische Beziehung, welche die Achtung der Abhängigkeit des Erkrankten sowie den Schutz der Autonomie in den Verantwortungsbereich der Pflegenden legt. Derartige berufsethische Aspekte gelten besonders für Pflegesituationen mit Schwerstpflegebedürftigen und dementiell erkrankten Menschen. Dementsprechend ist eine professionelle Beziehung auf theoretische Grundlagen bezogen und beruht auf Regeln, was dem hilfeabhängigen Menschen sowie auch der Pflegeperson Orientierung und Schutz bietet.¹⁴⁷ Auf diesen Überlegungen basierend, soll der Pflegeprozess in zwei Bestandteile untergliedert werden. So ist zum einen der Problemlösungsprozess zu betrachten, in dem die zu verrichtende Pflegeleistung technisch zu beschreiben ist und zum anderen der Beziehungsprozess, der auf den zwischenmenschlichen Bereich der Beteiligten bezogen ist. Die Beziehung stellt dabei den sozialen Rahmen dar, in dem die eigentliche Dienstleistung stattfindet.¹⁴⁸ Professionalität setzt auch voraus, dass die Pflegekraft zwischen beiden Ebenen unterscheiden kann, denn große persönliche Nähe zum Betroffenen kann zu Folge haben, dass die Pflegekraft sehr direkt an einer gesundheitlichen Verschlechterung des Hilfebedürftigen teilnimmt und nicht mehr in der Lage ist fachlich korrekte Entscheidungen zu treffen. Der

¹⁴⁷ Vgl. Entzian, H., (1999) S. 104f.

¹⁴⁸ Vgl. Kruse, M., (2002) S. 61f.

pflegebedürftige darf nicht zum Objekt der Nächstenliebe werden, denn im Mittelpunkt soll die Begegnung von Mensch zu Mensch stehen.¹⁴⁹

Die Pflegekraft und der Bewohner gestalten die Beziehung zu beiden Teilen mit. Durch das schon erwähnte Uno Actu Prinzip ist das Ergebnis und letztendlich die Qualität der Dienstleistung im großen Maße von der Beziehung zwischen den am Pflegeprozess Beteiligten abhängig.

Ist die Pflege an der Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung orientiert, so ist ein gelingendes Miteinander in einer harmonischen Atmosphäre notwendig. Voraussetzung dazu ist einerseits eine wohlwollende innere Einstellung des Pflegepersonals und andererseits die Bereitschaft zur Mitwirkung am Verrichtungsprozess durch den Hilfebedürftigen, so dass die Ziele der gewünschten Pflegequalität erreicht werden können. Welche Faktoren im pflegerischen Beziehungsprozess zwischen der Pflegekraft und dem Hilfebedürftigen stehen können, soll in Abbildung 10 verdeutlicht werden

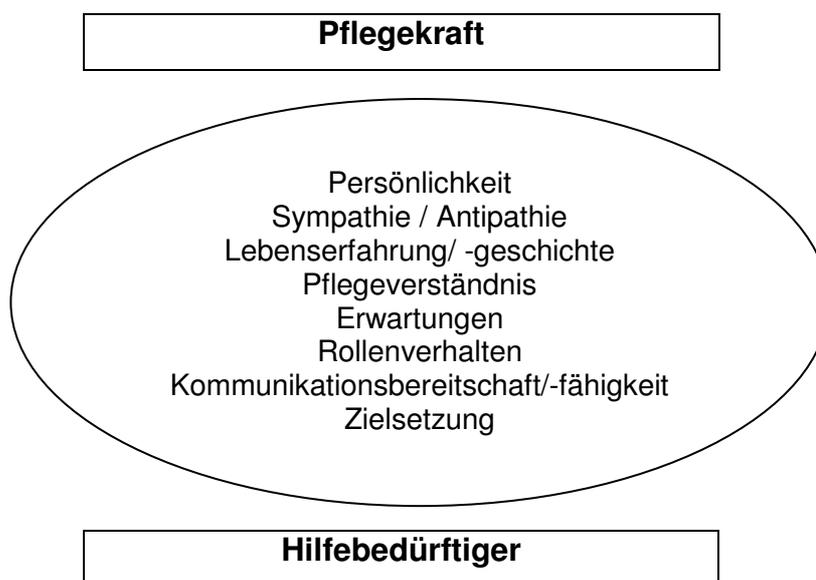


Abb. 10: Faktoren im pflegerischen Beziehungsprozess

Quelle: in Anlehnung an Kruse, M., (2002) S. 63

¹⁴⁹ Vgl. Entzian, H., (1999) S. 110.

Zusammenfassend kann bei stationären Pflegeleistungen davon ausgegangen werden, dass eine positive emotionale Beziehung Voraussetzung für eine förderliche Zusammenarbeit der Beteiligten ist, die schließlich eine positive subjektive Beurteilung der Dienstleistung sowie der Pflegequalität durch den Betroffenen zur Folge hat.¹⁵⁰

Aus der Bedeutung der Beziehungsgestaltung heraus, lässt sich die Prämisse der Personalintensität bei Pflegeleistungen ableiten. Ohne ausführlich auf spezifische personalwirtschaftliche Grundlagen einzugehen, sollen mögliche intra- und interindividuelle Leistungsschwankungen der Mitarbeiter bei der Erbringung von Dienstleistungen als branchenspezifische Besonderheit genannt werden. In einer Einrichtung können unterschiedliche Leistungen innerhalb des Pflegepersonals verzeichnet werden, was mit dem Begriff interindividuelle Leistungsschwankung zu bezeichnen ist. Der Grund dafür könnte in unterschiedlichen Berufsausbildungen liegen. Intraindividuelle Leistungsschwankungen dagegen weisen darauf hin, dass die Qualität der Leistungserstellung abhängig von der individuellen täglichen Verfassung eines jeden Mitarbeiters ist.¹⁵¹ Da Pflegeleistungen auch in Zukunft hochgradig personalintensiv sein werden, soll an dieser Stelle der Einsatz und die Weiterentwicklung von Pflegestandards als Mittel für eine konstante Pflegequalität erwähnt werden. Die Ausführungen machen deutlich, dass das Pflegepersonal als ein entscheidender Faktor in der Qualitätssicherung anzusehen ist. Durch Aktivitäten im Bereich des internen Marketings, bezogen auf die Personalpolitik, kann die Pflegequalität somit entscheidend beeinflusst werden, was im Kern wichtiger erscheint als äußerliche Imagepflege z.B. durch die bauliche Ausstattung oder die öffentliche Präsentation der Pflegeeinrichtung.¹⁵²

4.3.3 Vergütung der Pflegeleistungen

Die Vergütungsmodalitäten sind im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland durch das Prinzip der Sachleistungsbeschaffung gekennzeichnet. Die

¹⁵⁰ Vgl. Kruse, M., (2002) S. 63.

¹⁵¹ Vgl. Kruse, M., (2002) S. 59.

¹⁵² Vgl. Glinski-Krause, B., (2000) S. 558.

Sozialversicherungsträger zahlen in diesem System die erforderlichen Leistungen und nicht der Betroffene selbst.¹⁵³ Das zieht einige Folgen nach sich. Durch das entstehende sozialrechtliche Dreiecksverhältnis zwischen Leistungszahler, Leistungsempfänger und Leistungserbringer hat der Pflegeheimbewohner oder ein potenzieller Kunde wenig Transparenz über die durch ihn verursachten Pflegekosten. Diese Intransparenz kann letztendlich die Auswahl einer stationären Einrichtung mit beeinflussen.¹⁵⁴ Abgesehen von Selbstzahlern, zahlt für die erbrachte Dienstleistung nach den Rechtsgrundlagen des SGB V, SGB XI oder BSHG die Kranken- bzw. Pflegeversicherung, die Kommune oder der Staat und nicht der Leistungsempfänger selbst.¹⁵⁵ Da bürokratische Gewährungsformen die Voraussetzung für das Erhalten von Sozialleistungen sind, ergibt sich häufig eine Mixtur aus sozialstaatlich finanzierten Anteilen, Kostenbeteiligungen seitens des Empfängers und eigenständiger Finanzierung von Zusatzleistungen.¹⁵⁶

Die Aspekte der Vergütung sind zum einen bedeutend bei Entscheidungen hinsichtlich der strategischen Marktbearbeitung, so erscheinen ältere Bürger mit einer guten ökonomischen Ausstattung interessant für Anbieter der gehobenen Preisklasse und zum anderen ergibt sich eine Bedeutung im Bereich des operativen Marketings bezüglich der zu planenden Preispolitik des Unternehmens.

5. Optionale Marketingstrategien für stationäre Altenpflegeeinrichtungen

Resultierend aus den Fortentwicklungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sollen ausgewählte Handlungsoptionen für das strategische Marketing in stationären Altenpflegeeinrichtungen aufgezeigt werden. Durch die Neuerungen ergeben sich für Heime verschiedene Möglichkeiten der Leistungserweiterung, Leistungsflexibilisierung oder auch Kooperation. Zielführend sollte dabei eine Positionierung mit möglichst vielen Zugängen zum Markt sein.¹⁵⁷

Zukunftsweisend erscheint die Wettbewerbspositionierung durch diverse Netzwerke, die einen frühen Zugang zum Kunden ermöglichen und sich nach der

¹⁵³ Vgl. Kruse, M., (2002) S. 63.

¹⁵⁴ Die Summe von Investitionskosten sowie Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Zusatzleistungen, werden im Heimvertrag für den Bewohner nachvollziehbar dargestellt.

¹⁵⁵ Vgl. Kunstmann, W., (2001) S. 138.

¹⁵⁶ Vgl. Klie, T., (1999) S.10.

¹⁵⁷ Vgl. Tavridis, N., (2008) S. 14.

Inanspruchnahme diverser Leistungen als Vertrauensträger erweisen. Dabei grenzen mehrere verwandte Geschäftsfelder im Beziehungsgeflecht der Leistungserbringer an die vollstationäre Einrichtung.¹⁵⁸ Als entscheidende strategische Leistungsfelder sollen im Folgenden exemplarisch Dienstleistungsvariationen der ambulanten Pflege, die Verbindung von pflegerischer und medizinischer Kompetenz zur nahtlosen Versorgung von Schwerstpflegebedürftigen sowie die Sicherung neuer Distributionskanäle aufgezeigt werden

5.1 Spezialisierung auf schwerstpflegebedürftige Menschen

Schon durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Einbeziehung von medizinischen Leistungen in Heimen gefördert, so wurde Heimen die Möglichkeit eröffnet sich an integrierten Versorgungsverträgen gemäß § 140 a ff. SGB V zu beteiligen. Eine stationäre Einrichtung kann so eine funktionsübergreifende, patientenorientierte und rationale Dienstleistungsversorgung, entsprechend der Gesundheitsbedürfnisse gewährleisten und eine erhöhte Versorgungsqualität anbieten.¹⁵⁹ Weiterhin wurden spezielle palliativ-medizinische Leistungen nach § 37 b SGB V sowie besonders anspruchsvolle behandlungspflegerische Aufgaben in Heimen über § 37 SGB V, wie z.B. die Behandlung von beatmeten Wachkomapatienten, gewährt.¹⁶⁰ Durch diverse Neuerungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz werden die Entwicklungen in diesem Feld begünstigt, wodurch die Spezialisierung auf die Pflege Schwerstpflegebedürftiger als mögliche strategische Perspektive für stationäre Einrichtungen in Betracht kommt.

Gemeint sind damit explizit die Leistungsanhebungen in den Pflegestufen 3 und 3+¹⁶¹ sowie die Kooperationsoption zwischen Heimen und Ärzten oder medizinischen Versorgungszentren¹⁶². Durch die Kooperationen oder das Einstellen eines eigenen Heimarztes, soll die medizinische Versorgung in den

¹⁵⁸ Vgl. Tavidis, N., (2008) S. 15f.

¹⁵⁹ Vgl. Mühlbacher, A., (2002) S. 63.

¹⁶⁰ Vgl. Klie, T., (2008b) S. 15.

¹⁶¹ Weitere Ausführungen dazu siehe 3.2.2.

¹⁶² Weitere Ausführungen dazu siehe 3.2.3.

Einrichtungen verbessert und effizienter gestaltet werden. Speziell für die Versorgung Schwerstpflegebedürftiger ist dies eine notwendige Voraussetzung.

Da es dem Gesetzgeber ein großes Anliegen war, dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ mehr Geltung zu gewähren, bringt das für stationäre Einrichtungen eine mögliche Veränderung der Bewohnerstruktur mit sich. Es ist zu erwarten, dass es für viele Pflegebedürftige in Zukunft attraktive ambulante Betreuungsangebote geben wird, wodurch die Notwendigkeit der stationären Versorgung auf schwere Pflegesituationen begrenzt wird. Dementsprechend ist zu prognostizieren, dass die Nachfrage der Bewohner in den Pflegestufen 3 und 3+ zukünftig steigen wird. Da für dieses Bewohnerklientel nun ein separater Pflegesatz verhandelt werden kann, ergibt sich für stationäre Einrichtungen die Refinanzierung des besonders intensiven Pflegeaufwands und somit die Option ein erweitertes Leistungsangebot vorhalten zu können.¹⁶³ Ein ähnlicher Trend lässt sich auch aus der Studie MuG IV, welche im Auftrag des BFSFJ durchgeführt wurde, erkennen. In der retrospektiven Betrachtung, hat sich das Leben in den Heimen und die Bewohnerstruktur seit Einführung der Pflegeversicherung sehr verändert. Den Ergebnissen zufolge werden in vollstationären Einrichtungen heute vor allem schwerpflegebedürftige Bewohner versorgt. Benötigten 1994 nur 14% der Bewohner eine dauernde Überwachung so stieg der Anteil auf knapp 25% an. Die Studie lässt außerdem erkennen, wie sich entsprechend dem Klientelwechsel auch die Wohn- und Betreuungsangebote zunehmend auf Menschen mit schwerem Pflegebedarf ausrichten.¹⁶⁴

Basierend auf diesen Gesetzesgrundlagen und zu erwartenden Veränderungen im stationären Sektor, sollen nun die vier oben aufgeführten allgemeinen Teilstrategien des Marketings durchdacht werden. Da das Formulieren von Unternehmenszielen, was der erste Schritt beim Erstellen von Marketingstrategien ist, ein unternehmensindividueller Aspekt ist, muss dieser in den hier exemplarischen Ausführungen übersprungen werden.

Zuerst soll die Art der Marktbearbeitung im Rahmen der Marktfeldstrategie festgelegt werden. Aus der klassischen Ansoff-Matrix ergibt sich die **Strategie der Dienstleistungsentwicklung**. Das Unternehmen bildet eine Strategie auf dem

¹⁶³ Vgl. von Schwanenflügel, M., et al., (2008) S. 19f.

¹⁶⁴ Vgl. Altenheim, 6/2008, S. 11.

gegenwärtigen Markt der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Die Dienstleistungsart an sich, ist jedoch spezialisiert auf das Klientel auszurichten. Das Angebot soll durch innovative Pflegekonzepte, die ausgerichtet auf die Bedürfnisse schwerstpflegebedürftiger Menschen sind, den Nachfrager ansprechen. Das Unternehmen kann sich so mit einem klaren Profil im Wettbewerb positionieren. Unternehmensindividuell ist zu entscheiden ob sich die gesamte Einrichtung im Sinne eines Fachpflegezentrums entwickeln soll oder nur ein Wohnbereich als Geschäftsfeld auf diese Strategie auszurichten ist.

Die Orientierung an den Bedürfnissen der Zielgruppe impliziert die Festlegungen im Bereich der Marktsegmentierung. So wird auch hier deutlich, dass die Teilstrategien in gegenseitiger Abhängigkeit stehen und nicht getrennt bearbeitet werden können. Im Bereich der Segmentierungsstrategie gilt es nun die Kundenbedürfnisse zu differenzieren. Hier erscheint es angebracht neben demographischen Faktoren auch nach **krankheitsspezifischen Merkmalen** zu unterscheiden. Die Zielgruppe für Spezialpflege besteht häufig aus Menschen mit schweren neurologischen Schädigungen aufgrund eines Unfalls oder Schlaganfalls, aus Wachkomapatienten oder beatmungspflichtigen Pflegebedürftigen. Die Spezialpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung wird für diese Zielgruppe erforderlich, wenn nach einer qualifizierten Akutbehandlung im Krankenhaus und anschließender Rehabilitation kein Fortschritt zu erreichen war. Unter Experten wird der Begriff der Phase F in der neurologischen Behandlungskette dafür angewandt.

Sind die Festlegungen im Bereich des zu bearbeitenden Marktfeldes und der Zielgruppe getroffen, gilt es zu entscheiden wie einzelne Wettbewerbsvorteile am Markt zu erreichen sind. Nach den Ausführungen von *Meffert/Bruhn (2006)* gilt es in diesem Fall **Differenzierungsvorteile** in den Bereichen Qualität, Innovation und Leistungsprogramm zu schaffen und diese dann auch in der Öffentlichkeit transparent zu machen. Die Einrichtung kann durch Leistungsvorteile, wie z.B. speziell qualifiziertes Personal, fortschrittliche Apparaturen und Ausstattungsmerkmale oder aktuell entwickelte Pflegekonzepte wie dem Palliative Care, die Marktstellung gegenüber den Konkurrenten verbessern. Beispielsweise könnten auch Möglichkeiten im Rahmen von „extended nursing“ angewandt werden, indem Fachpflegekräften ausgewählte Aufgaben der Heilbehandlung übertragen werden. Diese Option wird momentan noch in Modellprojekten erprobt

und gilt als innovative und fortschrittliche Ausgestaltung der Pflegefachkompetenz.¹⁶⁵ Im Rahmen der integrierten Versorgung können Wettbewerbsvorteile durch die Beteiligung an Unternehmensnetzwerken über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg sowie durch die Reduktion von Schnittstellenproblemen errungen werden.¹⁶⁶

Die Differenzierungsvorteile sind entsprechend der Segmentierung auf eine Marktnische gerichtet, wonach die Spezialisierung auf Schwerstpflegebedürftige als Nischenstrategie auszurichten ist. Gelingt die Bildung eines klaren Profils in der Öffentlichkeit, erscheint die Einrichtung für den Nachfrager, unbedeutend in welcher Kundenposition, als der Spezialist auf dem Gebiet der Spezialpflege.

Durch ein kooperatives Verhalten gegenüber einzelnen Marktteilnehmern sind weitere Wettbewerbsvorteile zu erschließen. So können **horizontale Kooperationen** mit Ärzten, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, medizinischen Versorgungszentren oder die Beteiligung an Verträgen zur Integrierten Versorgung, welche vom Gesetzgeber gewünscht ist, Chancen in der Therapie oder Betreuung mit sich bringen, die die Einrichtung allein nicht aufbringen kann. So könnten beispielsweise physio- oder ergotherapeutische Leistungen durch Kooperationen angeboten werden.

Auf der Basis der ausgewählten allgemeinen Marketingstrategien ergibt sich zusammenfassend folgende Strategiesystematik:

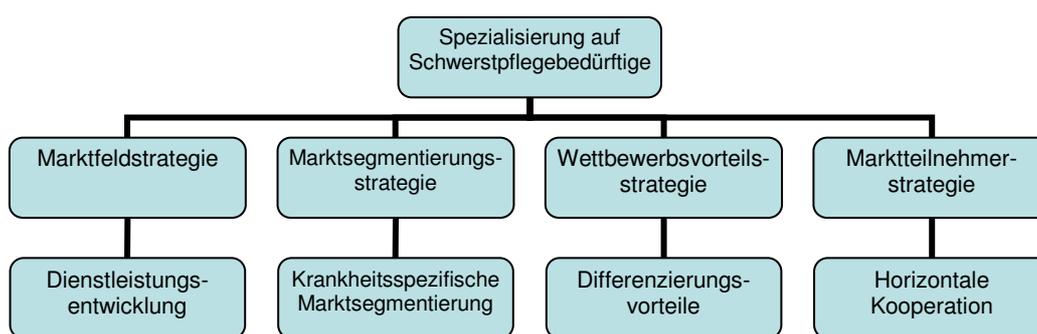


Abb. 11: Strategiesystematik zur Spezialisierung auf Schwerstpflegebedürftige

Quelle: Eigene Darstellung

¹⁶⁵ Vgl. Klie, T., (2008b) S. 15.

¹⁶⁶ Vgl. Mühlbacher, A., (2002) S. 64.

5.2 Erweiterung des Leistungsspektrums durch Tagespflegeangebote

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz beinhaltet wesentliche Elemente, die zielgerichtet auf ein qualitatives und organisatorisches Zusammenwachsen von vollstationärer und ambulanter Pflege, ausgelegt sind.

Durch die Neuerungen wird es zukünftig für stationäre Einrichtungen leichter sein, kreative neue Versorgungskonzepte anzubieten, um in den Bereichen vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege tätig sein zu können.

Stationäre Einrichtungen sind so in der Lage, potenzielle Kunden schon früh an die Einrichtung zu binden, was zur Folge hat, dass die Hemmschwellen von teilstationärer Betreuung in vollstationäre Pflege sinken.¹⁶⁷

Neben vielen denkbaren quartiersbezogenen, vernetzten, kleinen Versorgungszentren soll der Fokus der Betrachtung, auf der Errichtung einer Tagespflegeeinrichtung als zweites Geschäftsfeld einer nach dem Gesetz definierten stationären Pflegeeinrichtung, liegen.

Förderlich für den teilstationären Bereich, der neben der Tagespflege auch Einrichtungen der Nachtpflege umfasst, sind vor allem die Leistungsanhebungen im Bereich der ambulanten Sachleistungen und des Pflegegeldes, welche in Verbindung mit teilstationären Leistungen auf des 1,5 fache erhöht wurden.¹⁶⁸

Dadurch ergeben sich diverse Kombinationsmöglichkeiten zwischen ambulanten und teilstationären Angeboten, die nach den Bedürfnissen des Betroffenen ausgerichtet werden können.

Durch die Gesetzesneuerungen erweitert sich zusätzlich der Kreis der Empfängerberechtigten um Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, die noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber einen Betreuungsbedarf aufweisen.¹⁶⁹ Gerade Menschen mit leichten demenziellen Fähigkeitsstörungen gelten als Zielgruppe von Tagespflegeeinrichtungen. Durch die Erhöhung des Leistungsbetrages von max. 460 Euro jährlich auf max. 2400 Euro jährlich, wird diese Personengruppe zukünftig verstärkt in der Lage sein, Tagespflegeangebote in Anspruch nehmen zu können.

Ein weiterer Aspekt, der resultierend aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, für eine Leistungsprogrammerweiterung durch Tagespflegeangebote spricht ist die

¹⁶⁷ Vgl. Winter, U., (2008) S. 25.

¹⁶⁸ Weitere Ausführungen dazu siehe 3.2.2.

¹⁶⁹ Weitere Ausführungen dazu siehe 3.2.2.

Option einen Gesamtversorgungsvertrag für mehrere Einrichtungen eines Trägers, die in einem örtlichen und organisatorischem Verbund stehen, abschließen zu können.¹⁷⁰ Stationäre Pflegeeinrichtungen erhalten so die Möglichkeit unterschiedliche Einrichtungs- und Dienstypen in einem Gesamtversorgungsvertrag mit den Leistungsträgern zu vereinbaren, wodurch sich neue strategische Optionen ergeben können.¹⁷¹ Vor allem die nun mögliche Flexibilisierung des Personaleinsatzes begünstigt, unter der Berücksichtigung des Arbeitsrechtes, das Betreiben einer Tagespflegeeinrichtung.

Von großem Vorteil ist die Neuregelung, dass es ausreichend ist, wenn die Verbundeinrichtung unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft steht. Daraus folgt, dass die Pflegedienstleitung der stationären Einrichtung auch gleichermaßen die Verantwortung für den Bereich der Tagespflege übernehmen kann, soweit diese in räumlicher Nähe steht. In vergangener Zeit stellte dies oft ein Hindernis dar, denn bei einem anfänglich niedrigen Auslastungsgrad nach Gründung der Einrichtung, mussten hohe Vorhaltekosten durch die eigenständige Vollzeitstelle der Pflegedienstleitung getragen werden.¹⁷²

Nach den gesetzlichen Bestimmungen, die zur Förderung von Tagespflegeeinrichtungen beitragen, soll eine mögliche Marketingstrategie für eine stationäre Pflegeeinrichtung für die Geschäftsfelderschließung entwickelt werden. Im Rahmen der Marktfeldstrategie ist nach der klassischen Ansoff-Matrix eine **Marktentwicklungsstrategie** zu wählen. Die Dienstleistung ist dabei als gegenwärtig zu beschreiben, da das Leistungsspektrum Pflege und Betreuung von hilfebedürftigen Menschen im Zentrum einer stationären wie auch teilstationären Pflegeeinrichtung liegt. Zu unterscheiden ist lediglich die Intensivität entsprechend der Pflegestufen und Betreuungszeiten, da in einer Tagespflegeeinrichtung die Gäste höchstens die Pflegestufe 2 aufweisen und in den Abendstunden spätestens die Einrichtung verlassen. Der zu bearbeitende Markt ist für die stationäre Einrichtung als neuer Teilmarkt zu beschreiben, welcher sich durch die Erschließung zusätzlicher Markträume an den Ursprungsmarkt anlehnt. Die zu erbringenden Leistungen werden anders als im vollstationären Bereich, als

¹⁷⁰ Weitere Ausführungen dazu siehe 3.2.3.

¹⁷¹ Vgl. Klie, T., (2008b) S. 15f.

¹⁷² Vgl. Plantholz, M. (2008) S. 22.

ambulante Leistungen abgerechnet, welche als Leistungskomplexe beschrieben werden und ohne detailliert auf die Rahmenbedingungen ambulanter Pflege- und Betreuungsleistungen einzugehen, sind in diesem Markt differenzierte Gesetzesgrundlagen nach dem SGB XI zu beachten. Mit der Marktentwicklungsstrategie wird versucht, mit neuen Leistungsvariationen neue Zielgruppen zu erschließen, die sich von den bestehenden Kunden abheben. Bei der Betrachtung der Zielgruppen ergibt sich die Segmentierung des Marktes. Als Zielgruppen für Tagespflegeeinrichtungen gelten meist hilfebedürftige Menschen in den Pflegestufen 0 bis höchstens 2, da eine gewisse Selbständigkeit in der eigenen Häuslichkeit noch vorhanden sein muss. Die Einrichtung muss sich entsprechend der Segmentierung gezielt auf die detaillierten Bedürfnisse und individuellen Wünsche der Zielgruppe einstellen. Je nach Ausrichtung des Angebotes stehen verallgemeinert Gesellschaft, Beschäftigung und vereinzelte Maßnahmen der Grund- oder Behandlungspflege im Fokus des Leistungsprogramms, um auftretenden somatischen oder demenziellen Fähigkeitsstörungen und Vereinsamung entgegen zu wirken. Der Markt ist also neben **demographischen Merkmalen** auch nach **krankheitsspezifischen Merkmalen** der Menschen, welche den Hilfegrad beschreiben, zu unterteilen. Da im Leistungsangebot einer Tagespflege auch meist ein Fahrdienst beinhaltet ist, sollte eine gewisse räumliche Nähe gegeben sein. Eine **geographische Segmentierung** im Einzugsgebiet der Einrichtung sollte also bedacht werden.

Im Rahmen der Wettbewerbsvorteilsstrategie sind Entscheidungen hinsichtlich einzelner **Differenzierungsvorteile** zu treffen. Um bei den Nachfragern Präferenzen aufbauen zu können, bietet sich ein breites Leistungsprogramm der Tagespflegeeinrichtung an, welches im Bereich des operativen Marketings zu entscheiden ist. Je nach Ausrichtung der Tagespflege könnte es beispielsweise individuelle Programmbausteine geben, die der Gast selbst wählen kann, so dass nicht alle Angebote in Gruppen stattfinden. Haben Gäste Anspruch auf Ergo- oder Physiotherapie, so wäre auch die Einbeziehung der Therapiemaßnahmen durch den entsprechenden Dienst denkbar. Schon in der Ausstattung und Architektur kann auf Krankheitsmerkmale der Demenz eingegangen werden, um dieser Zielgruppe ein bestmögliches Umfeld bieten zu können. Auch auf nutzbare Synergien zwischen der stationären Einrichtung und der Tagespflegeeinrichtung sollte geachtet werden. In diesem Feld könnte die Bereitstellung der Mahlzeiten,

sofern die Zubereitung nicht zu tagesstrukturierenden Maßnahmen gehört, abgedeckt werden. Auch im Bereich Kurzzeitpflege könnten, entsprechend der Auslastung, Angebote in Verbindung mit der Tagespflege stehen. Nutzer der Tagespflege könnten diese auch besuchen, wenn sie die stationäre Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, ohne dass eine Doppelfinanzierung entsteht. Da die Institution bei den Tagespflegegästen bereits bekannt ist, kann eine sinkende Hemmschwelle verzeichnet werden, was auf lange Sicht die Kundenbindung begünstigt. Je nach Konkurrenzsituation kann auch durchdacht werden, ob sich Wochenendangebote als lukrativ erweisen, um die Wettbewerbsposition zu stärken.

Hinsichtlich der Marktteilnehmerstrategie bietet sich die Möglichkeit mit Diensten der ambulanten Pflege, die die jeweiligen Gäste in der eigenen Häuslichkeit versorgen in **Kooperation** zu treten um Strukturen eines Care-Managements aufzubauen, bei dem der Hilfebedürftige im Mittelpunkt steht und alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure zusammenarbeiten. Durch die Vernetzung der einzelnen Disziplinen und Sektoren, kann besonders das Schnittstellenmanagement im gesamten Betreuungsverlauf gesteuert werden. In der Übersicht ergibt sich zusammenfassend folgende Strategiesystematik:

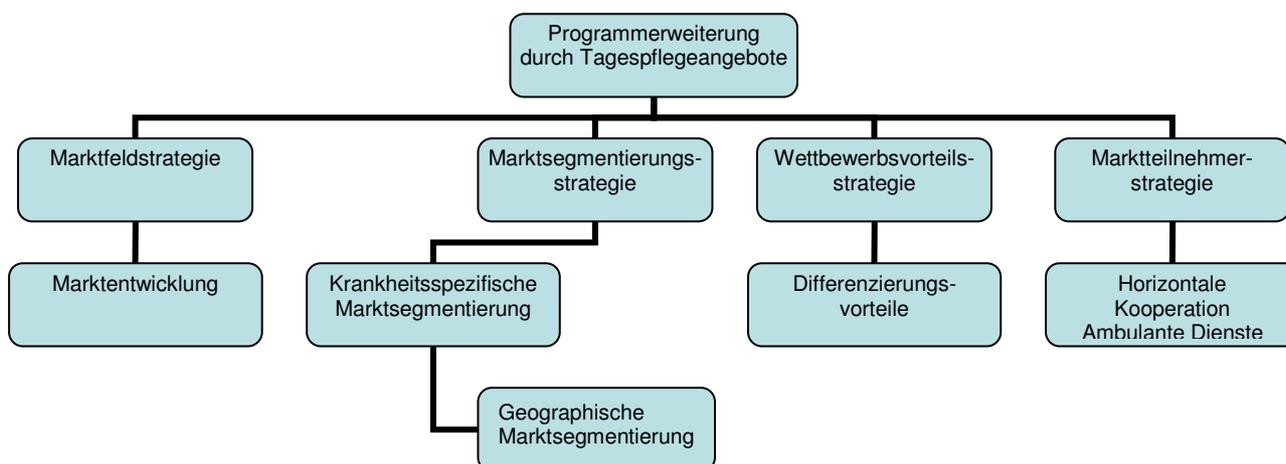


Abb. 12: Strategiesystematik zur Programmerweiterung durch eine Tagespflegeeinrichtung

Quelle: Eigene Darstellung

5.3 Die Kooperation mit Pflegestützpunkten

Die vom Gesetzgeber beschlossenen Pflegestützpunkte¹⁷³ übernehmen für stationäre Pflegeeinrichtungen in Zukunft eine bedeutende Vermittlerrolle. Die bisherigen Distributionskanäle wie die Sozialdienste in Krankenhäusern, Hausärzte oder öffentliche Informationsstellen treten in ihrer Bedeutung in den Hintergrund, da auch sie zu einer Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten verpflichtet sind. Werden die Bestimmungen auf Landesebene ab 2009 so umgesetzt, wie in der Gesetzesbegründung beschrieben, dann ist zu erwarten, dass mit der Pflegebedürftigkeit betroffene hilfeschende Menschen im quartiersnahen Pflegestützpunkt über ihre Möglichkeiten der Unterstützung und Betreuung, entsprechend der vielfältigen Angebote am Markt, beraten werden. Für Hilfesuchende wird es nicht mehr nötig sein, verschiedene Anbieter zu kontaktieren um ein zufriedenstellendes Leistungsarrangement nutzen zu können. Nicht allein aus diesem Grund, wird es für stationäre Anbieter immer wichtiger das eigene Leistungsprofil so transparent wie möglich nach außen erscheinen zu lassen und in ein Kooperationsverhältnis mit dem Pflegestützpunkt, als Absatzmittler, zu treten.

Als Marketingstrategie ist also das Verhalten gegenüber den Marktteilnehmern, fokussiert auf die Absatzmittler, festzulegen. Für die stationäre Einrichtung fungiert der Pflegestützpunkt auf dem betrieblichen Beschaffungsmarkt, was eine **vertikale Kooperation** zur Folge hat.¹⁷⁴ Das zu verfolgende Ziel für die Einrichtung ist dabei ganz eindeutig die Neukundenakquisition. Um die eigene Position bei dem Absatzmittler zu stärken, könnten folgende vertraglich vereinbarte Leistungsversprechen, seitens des stationären Leistungsanbieters, Gegenstand des Kooperationsverhältnisses sein.

Neben dem Angebot der Raumnutzung oder Personalabstellung für die Beratung, bietet es sich an bei Fällen des Case-Managements eng mit den Pflegeberatern zusammen zu arbeiten, um einen bestmöglichen Versorgungspfad der vermittelten Bewohner garantieren zu können. Da das Fallmanagement nach dem Gesetz im Aufgabenspektrum der Pflegeberater liegt, kann es für diese von Vorteil sein, wenn sie in der Einrichtung Pflegekräfte mit speziellen Case-Management-Qualifikationen als Ansprechpartner vorfinden.

¹⁷³ Weitere Ausführungen dazu siehe 3.2.1.

¹⁷⁴ Vgl. Bieberstein, I., (2006) S. 175f.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit Pflegekurse nach § 45 SGB XI zu ausgewählten Themen anzubieten. Entsprechend der Mitarbeiterqualifikationen könnte die stationäre Einrichtung Angehörigenschulungen zu verschiedenen Pflege Themen durchführen, wenn diese die Pflege zu Hause durchführen oder unterstützen. Der Pflegestützpunkt könnte Interessenten an die Einrichtung verweisen, diese zeigt Präsenz und könnte durch Maßnahmen des operativen Marketings eine langfristige Kundenbindung herstellen. Ähnlich könnte die stationäre Einrichtung auch Informationsveranstaltungen anbieten. Dabei könnten Themen mit verschiedenen Experten erläutert werden, für die in der Beratung im Pflegestützpunkt nicht genügend Raum oder Fachkenntnis vorhanden ist. Dies könnten beispielsweise Themen spezieller Pflegeprobleme wie chronische Wunden oder Diabetes Mellitus sein oder gesundheitsrechtliche Themen wie die Bedeutung von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen. Angesprochen werden damit speziell potenzielle Kundengruppen, die Angehörige zu Hause möglicherweise mit der Unterstützung eines ambulanten Dienstes versorgen. Auch hier steht der Aspekt der Kundenbindung im Vordergrund. Durch die Unterstützung operativer Marketingmaßnahmen, wie z.B. das Versenden der Hauszeitung, Einladungen zu weiteren Informationsveranstaltungen oder Grußkarten an Feiertagen, kann die stationäre Pflegeeinrichtung kontinuierlich ins Gedächtnis gerufen werden, um bei einem möglichen Bedarf die stationäre Versorgung erbringen zu können.

5.4 Weitere Entwicklungsmöglichkeiten

Resultierend aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz lassen sich weitere denkbare Möglichkeiten für den Ausbau stationärer Einrichtungen ableiten. Da dafür jedoch eine weit reichende Planung und Strukturierung des Unternehmens die Voraussetzung ist, sollen diese nachfolgend zusammengefasst kurz aufgeführt werden.

Neben der Leistungsanhebung für ambulante Leistungen und der Möglichkeit einen Gesamtversorgungsvertrag abschließen zu können, soll die Neuerung, Leistungsansprüche in einem Pool zu sammeln, um daraus Effizienzgewinne für

Betreuungseinheiten erschließen zu können,¹⁷⁵ nach der Vorstellung des Gesetzgebers neue Wohnformen wie etwa Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen fördern. Eine stationäre Einrichtung kann durch Angebote in diesem Feld, ähnlich wie bei der Errichtung einer Tagespflegeeinrichtung, das eigene Leistungsprogramm erweitern, um neue Kundengruppen und Geschäftsfelder zu erschließen. Entwicklungen in diesem Bereich sollten eine starke Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen, etwa durch Kooperationen, zur Voraussetzung haben. Da derartige Wohngemeinschaften inzwischen verschiedene Ausprägungen angenommen haben, ist auf der Ebene der strategischen Unternehmensführung detailliert zu durchdenken, welche Unternehmensziele mit diesem Standbein verfolgt werden sollen.

So ist es möglich, im Rahmen der stationären Pflege, kleine Wohneinheiten für demente Bewohner zu bilden, die einen familienähnlichen Charakter aufweisen. Sie entsprechen einem einrichtungsinternen Pflegekonzept, wie etwa einer Pflegeoase und unterliegen dem Heimrecht.¹⁷⁶

Eine Alternative zu institutionellen Einrichtungen weisen dagegen ambulant betreute Wohngemeinschaften auf, die ihren Ursprung zu Beginn der 90er Jahre durch den *Verein Freunde alter Menschen* in Berlin, hatten.¹⁷⁷ Die Nutzung basiert auf einer faktischen und juristischen Getrenntheit von Vermieter und Leistungserbringer, indem Mietvertrag und Pflegevertrag unabhängig sein müssen.¹⁷⁸ Diese Art der Wohngemeinschaften unterliegt der Grundidee, hilfebedürftigen Menschen außerhalb institutioneller Strukturen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben, in einer gemeinschaftlichen Atmosphäre, zu gewährleisten.¹⁷⁹

Eine weitere zu erwähnende Möglichkeit für stationäre Einrichtungen zur Leistungsprogrammerweiterung bieten niedrighschwellige Betreuungsangebote verbunden mit dem Ausbau ehrenamtlicher Strukturen.

Durch ehrenamtliche Helfer, mit entsprechender Qualifizierung, kann unter pflegfachlicher Anleitung eine Einzel- oder Gruppenbetreuung zur Entlastung pflegender Angehöriger angeboten werden. Zur Förderung dieser

¹⁷⁵ Weitere Ausführungen dazu siehe 3.2.4.

¹⁷⁶ Vgl. Pawletko, K.-W., (2004) S. 15

¹⁷⁷ Weitere Ausführungen hierzu siehe: <http://www.freunde-alter-menschen.de/-demenzwgs.html>

¹⁷⁸ Vgl. Pawletko, K.-W., (2004) S. 34.

¹⁷⁹ Vgl. Klie, T., (2002) S. 119.

Betreuungsangebote sind auch im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz entsprechende Maßnahmen getroffen wurden.¹⁸⁰ Hier lässt sich auch beim Betreiben einer Tagespflegeeinrichtung eine Verbindung herstellen, die nutzbare Synergien entstehen lässt. Mit derartigen Angeboten sind vordergründig weniger monetäre Ziele und mehr Unternehmensziele im Bereich der Imageverbesserung und Steigerung des Bekanntheitsgrades verbunden, was wiederum Einfluss auf eine langfristige Kundenbindung haben kann.

Zusammenfassend sei noch erwähnt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen nicht nur durch die Umsetzung der hier beschriebenen Einzelmaßnahmen strategisch weiterzuentwickeln sind, sondern auch durch so genannte Verbundsysteme, die eine Vernetzung von ambulanten und stationären Geschäftsfelder zum Ziel haben, die eigene Marktposition stärken können. Gemeint ist damit eine strategische Transformation des Heimes zum Zentrum der Seniorenbetreuung im Quartier.¹⁸¹ Mit der stationären Pflegeeinrichtung im Zentrum ist ein quartiersbezogenes, vernetztes Versorgungszentrum mit Wohn- und Pflegeangeboten für hilfebedürftige Senioren denkbar. Bestehen könnte dieses Wohn- und Pflegezentrum neben dem Angebot zur vollstationären und spezialisierten Pflege in Verbindung mit der integrierten Versorgung, aus einer Tagespflege mit integrierter Begegnungsstätte für niedrigschwellige Betreuungs- oder Kulturangebote sowie Serviceleistungen, einem ambulanten Pflegedienst, barrierefreien (betreuten) Seniorenwohnungen und je nach Bundesland aus einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für demenziell Erkrankte oder einer stationären Außenstelle als Hausgemeinschaft.¹⁸² Für Nachfrager bietet diese Breite des Leistungsspektrums eine vernetzte Versorgungskette, welche bei steigendem Pflegebedarf fließende Übergänge in entsprechende Pflegearrangements mit hoher Versorgungsqualität ohne einen Anbieterwechsel ermöglicht.

Die Tätigkeit im ambulanten Bereich, ermöglicht dem Anbieter einen frühen Zugang zu den Kunden und senkt für den stationären Bereich eventuelle

¹⁸⁰ Weitere Ausführungen dazu siehe 3.2.2.

¹⁸¹ Vgl. Tavridis, N., (2008) S. 15.

¹⁸² Vgl. Winter, U., (2008) S. 26f.

Eintrittsbarrieren.¹⁸³ Zur Übersicht soll folgende Abbildung mögliche Elemente eines Verbundsystems darstellen.

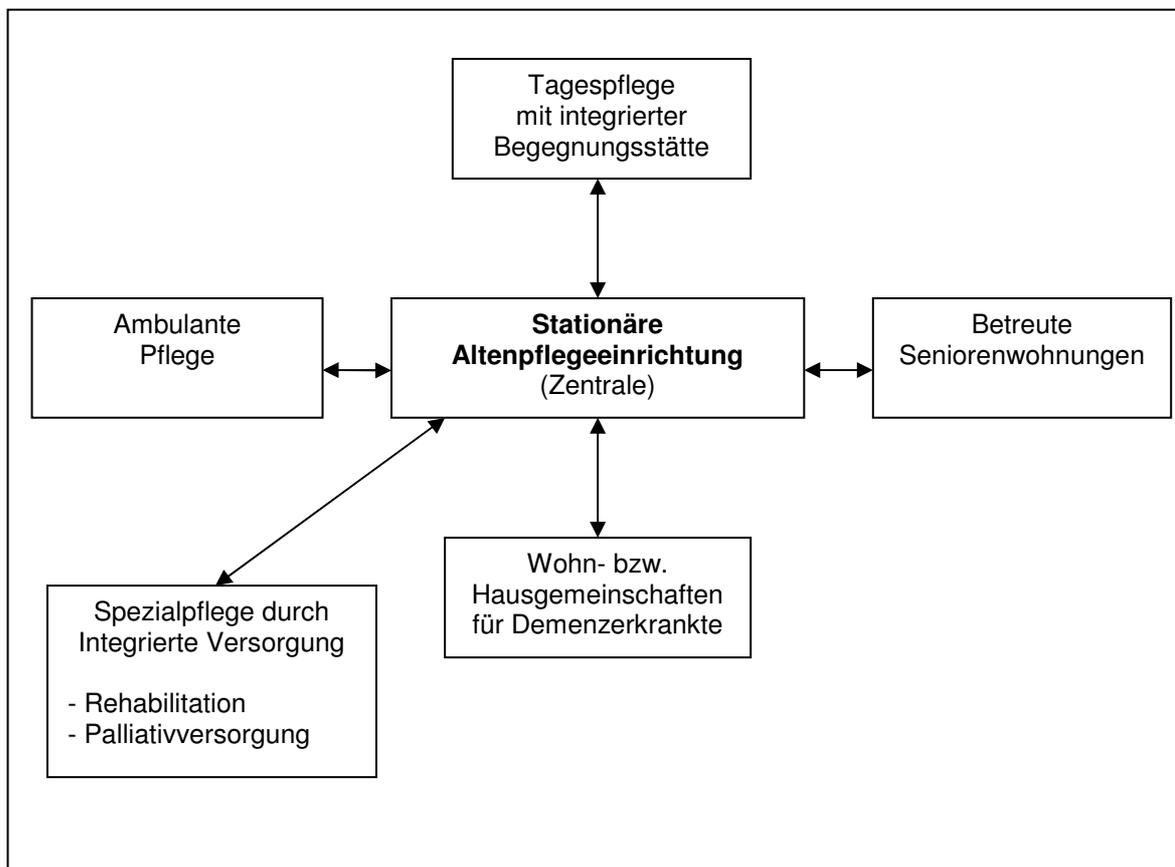


Abb. 13: Verbundsystem eines Wohn- und Pflegezentrums

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Winter, U., (2008) S. 27 und Richter, R. (2008) S. 20.

Durch eine optimale Planung, Koordination und die Inanspruchnahme der Leistungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist es möglich als grundsätzlich stationärer Leistungsanbieter das Angebot auf kreative Versorgungskonzepte hin auszurichten und ein ambulant und stationär vernetztes Versorgungszentrum wirtschaftlich zu führen.¹⁸⁴

¹⁸³ Vgl. Tavridis, N., (2008) S. 15.

¹⁸⁴ Vgl. Winter, U., (2008) S. 27.

Schlussbemerkung

Zusammenfassend wird deutlich, dass sich aus den Neuerungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in Verbindung mit einer strategischen Unternehmens- und Marketingplanung, verschiedene unternehmensindividuelle Wachstumsziele im Wettbewerb erreichen lassen. Es zeigt sich, dass auch die Anbieter stationärer Leistungen, in einem vom Staat reglementierten Markt, Chancen zur Profilierung gegenüber den Marktteilnehmern nutzen können.

Durch das strategische Planen von Geschäftsfeldern und Leistungsprogrammen auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen sowie weiteren relevanten externen und internen Analyseinformationen, ergibt sich für stationäre Altenpflegeeinrichtungen eine fundamentale Basis für operative Tätigkeiten, welche am Kundennutzen orientiert sind. Entsprechend des zu erwartenden Wachstumstrends des Pflegemarktes, können sich so bei der Implementierung von Marketingstrategien unternehmensspezifische, ökonomische Erfolgsgrößen ergeben.

Literaturverzeichnis

Altenheim:

Zeitschrift für das Altenhilfe-Management. 6/2008. Vincentz Verlag.

Hannover: 2008.

Augurzky, B:

Pflegeheim Rating Report 2007. Pflegemarkt bleibt auf Expansionskurs. In:

Altenheim 3/2008. Vincentz Verlag. Hannover: 2008.

Bieberstein, I.:

Dienstleistungsmarketing. 4. Auflage. Friedrich Kiehl Verlag GmbH. Ludwigshafen (Rhein): 2006.

Birzele, H. J.; Thieme, L.:

Sozialmarketing. Wochenschau-Verlag. Schwalbach/Ts.: 2007.

Bruhn, M.:

Marketing. Grundlagen für Studium und Praxis. 4. Auflage. Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler GmbH. Wiesbaden: 1999.

Brünner, F.:

Vergütungsvereinbarungen für Pflegeeinrichtungen nach SGB XI. Nomos

Verlagsgesellschaft. Baden Baden: 2001.

Bundesministerium für Gesundheit:

Kabinettsbeschluss Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. BR – Drs. 718/07.

Bundesministerium für Gesundheit:

Runder Tisch Pflege. Ergebnisse der Arbeitsgruppen I – III.

Unter: www.bmg.bund.de (Stand 01.07.2008).

Entzian, H.:

Altenpflege zeigt Profil. Ein berufskundliches Lehrbuch. Beltz Verlag. Weinheim, Basel: 1999.

Geise, S.:

Marketing in der Pflege. In: Loffing, C.; Geise, S. (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern: 2005.

Glinski-Krause, B.:

Gemeinsames Kommunikationsmanagement der stationären Altenpflege auf lokaler Ebene trägt zum verantwortlichen Altenpflegemarkt bei.

In: Meyer-Hentschel-Management-Consulting (Hrsg.): Handbuch Senioren-Marketing. Erfolgsstrategien aus der Praxis. Deutscher Fachverlag GmbH. Frankfurt/Main: 2000.

Klie, T.:

Pflegeversicherung. 5. Auflage. Vincentz Verlag. Hannover: 1999a.

Klie, T.:

Kundenorientierung älterer Menschen in sozialen Diensten. Paradigmenwechsel: Patient, Klient, Kunde, Bürger. In: Soziale Arbeit, Bd. 1: 1999b.

Klie, T. (Hrsg.):

Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Vincentz Verlag. Hannover: 2002.

Klie, T.; Kraher, U. (Hrsg.):

Lehr- und Praxiskommentar – Soziale Pflegeversicherung SGB XI. 2. Auflage. Nomos Verlagsgesellschaft. Baden Baden: 2003.

Klie, T.:

Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 8. Auflage. Vincentz Network. Hannover: 2006.

Klie, T.:

Case-Management. Die Zeit ist Reif. In: Altenheim 4/2008. Vincentz Verlag.
Hannover: 2008a.

Klie, T.:

Nach der Reform ist vor der Reform. In: Altenheim 07/2008. Vincentz Verlag.
Hannover: 2008b.

Kotler, P.; Bliemel, F.:

Marketing-Management. 10. Auflage. Person Studium. München: 2006.

Kotler, P.; et al.:

Grundlagen des Marketing. 3. Auflage. Person Studium. München: 2003.

Krahmer, U.; et al.:

Lehr- und Praxiskommentar Bundessozialhilfegesetz. 5. Auflage. Nomos
Verlagsgesellschaft. Baden Baden: 1998

Krahmer, U.; Richter, R. (Hrsg.):

Lehr- und Praxiskommentar – Heimgesetz. Nomos Verlagsgesellschaft.
Baden Baden: 2004.

Kruse, M.:

Marketing ambulanter Pflegedienste. Deutscher Universitäts-Verlag.
Wiesbaden: 2002.

Kunstmann, W.:

Kunde, Käufer, Patient, Klient – die Rolle des Hilfebedürftigen in der sozialen
Arbeit und der Pflege. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 4/2001.

Meffert, H.:

Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte,
Instrumente, Praxisbeispiele. 9. Auflage. Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler
GmbH. Wiesbaden: 2000.

Meffert, H.; Bruhn, M.:

Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte - Methoden. 5. Auflage.

Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler GmbH. Wiesbaden: 2006

Mühlbacher, A.:

Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Verlag Hans Huber.

Bern: 2002

Müller, H.:

Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Hannover: 2005.

Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H.:

Marketing. 19. Auflage. Duncker und Humblot GmbH. Berlin: 2002.

Pawletko, K.-W.:

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen.

Berlin: 2004.

Pepels, W.:

Marketing. 4. Auflage. Oldenburger Wissenschaftsverlag GmbH. München: 2004.

Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. Auflage. Urban & Fischer Verlag.

München: 2004.

Plantholz, M.:

Chancen des neuen Gesamtversorgungsvertrages. Personaleinsatz: heute hier, morgen dort. In: Altenheim. 7/2008. Vincentz Verlag. Hannover: 2008.

Ramme, I.:

Marketing. Einführung mit Fallbeispielen, Aufgaben und Lösungen. 2. Auflage.

Schäffer Poeschel Verlag. Stuttgart: 2004.

Richter, R.:

Recht und Kalkül – Mauer zwischen ambulant und stationär fällt. In: *Altenheim* 8/2008. Vincentz Verlag. Hannover: 2008.

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T.:

Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage. Hans Huber Verlag, Hogrefe AG. Bern: 2006.

Rothgang, H.:

Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Campus Verlag. New York, Frankfurt/Main: 1997.

Sehlbach, O.:

Belegungsmanagement – die Auslastung sichern. Vincentz Network. Hannover: 2007.

Selchert, F. W.:

Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. Übersichtsdarstellungen. 6. Auflage. R. Oldenbourg Verlag. München, Wien: 1997.

Simon, M.:

Das Gesundheitssystem in Deutschland. Hans Huber Verlag, Hogrefe AG. Bern: 2005.

Statistisches Bundesamt:

Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.

Tavridis, N.:

Markt und Strategie. Paradigmenwechsel: jetzt! In: *Altenheim* 8/2008. Vincentz Verlag. Hannover: 2008.

von Schwanenflügel, M.:

Die Zukunft der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Rechtspolitik.
Ausgabe 1/2008. Verlag C. H. Beck. München, Frankfurt/Main: 2008.

von Schwanenflügel, M., et al.:

Vergütungsverhandlungen - Konsequenzen für die Pflegesätze. In: Altenheim
7/2008. Vincentz Verlag. Hannover: 2008.

Weis, C.:

Marketing. 14. Auflage. Friedrich Kiehl Verlag GmbH.
Ludwigshafen (Rhein): 2007.

Wiesner, K. A.; Sponholz, U.:

Dienstleistungsmarketing. Oldenburger Wissenschaftsverlag GmbH.
München: 2007.

Winter, U.:

Tagespflege – Erweitern Sie Ihre Angebotspalette. In: Altenheim. 7/2008. Vincentz
Verlag. Hannover: 2008.

<http://www.freunde-alter-menschen.de/-demenzwgs.html>

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Datum

Unterschrift