

**Achim Viktor**  
**Werner Heister**

# **Medizinisches Compliance-Management**

Gesundheitsmarketing  
und Dienstleistungsmanagement  
patientenorientiert umsetzen



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press



**Achim Viktor**  
**Werner Heister**

# Medizinisches Compliance-Management

Gesundheitsmarketing  
und Dienstleistungsmanagement  
patientenorientiert umsetzen



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press

Herausgegeben vom Präsidium der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2015

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement und Lektorat: Corinna Dreyer

Korrektur: Astrid Labbert, Bremen

Umschlaggestaltung, Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

ISBN: 978-3-943001-19-8

[www.apollon-hochschulverlag.de](http://www.apollon-hochschulverlag.de)

# Inhalt

<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>1 Gesundheitsökonomische Relevanz der Non-Compliance</b>	<b>11</b>
1.1 Entwicklung der Gesundheitskosten	11
1.2 Koronare Herzerkrankung (KHK)	13
1.2.1 Definition der KHK	13
1.2.2 Kardiovaskuläre Risikofaktoren	14
1.2.3 Epidemiologie und gesundheitsökonomische Relevanz der KHK	15
1.2.4 Prävention der KHK	15
1.2.5 Pharmakotherapie in der Sekundärprävention	17
1.2.6 Stellenwert der Lifestyle-Modifikation in der Sekundärprävention	17
1.3 Definition des Begriffs Compliance	24
1.4 Formen der Non-Compliance und ihre gesundheitsökonomische Relevanz	26
1.4.1 Definition des Begriffs Non-Compliance	27
1.4.2 Grundformen der Non-Compliance	28
1.4.3 Arten der Patienten-Non-Compliance	29
1.4.4 Einflussfaktoren der Non-Compliance	31
1.4.5 Ärztlich getriggerte Non-Compliance	32
1.4.6 Non-Compliance – Folge der Wahlfreiheit auf dem Gesundheitsmarkt?	33
1.4.7 Epidemiologie und gesundheitsökonomische Relevanz	33
1.5 Gesetzliche Verankerung der Prävention	35
1.6 Disease-Management-Programm für die KHK	39
1.6.1 Hintergrund, Definition und Ziele des DMP-KHK	39
1.6.2 Versorgungsqualität und Effektivität des DMP-KHK	40

<b>2 Vision: Das Potenzial von Techniken des Marketingmanagements</b>	43
2.1 Prävention – eine complianceabhängige Dienstleistung	43
2.2 Compliance – eine prozessuale Abfolge von Einzelschritten	47
2.3 Potenzial des Marketings in der Compliance-Optimierung	52
2.3.1 Das Marketingkonzept als Grundlage	54
2.3.2 Vision, Leitbild und Oberziele in Bezug auf die Compliance	55
2.3.3 Situationsanalyse und Prognose	57
2.3.4 Strategische Marketingziele	63
2.3.5 Strategien	64
2.3.6 Operative Marketingziele	71
2.3.7 Marketinginstrumente	71
2.3.8 Kontrolle (Erfolgskontrolle, Maßnahmenkontrolle)	73
2.3.9 Kundenbindung	73
<b>3 Strategische Aspekte eines marketingorientierten Compliance-Konzepts</b>	77
3.1 Marktsegmentierung	77
3.2 Patient-Relationship-Management (PRM)	86
3.3 Vernetzung stationärer und ambulanter Patientenversorgung	89
3.4 Nachhaltiges Marketing	92
3.5 Diversity-Management	94
<b>4 Operative Aspekte eines marketingorientierten Compliance-Konzepts</b>	97
4.1 Kommunikationsmanagement	97
4.1.1 Systematische Gesundheitskommunikation	98
4.1.2 Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung	109
4.1.3 Beeinflussung von impliziten Einstellungen	112
4.1.4 Informationsverhalten via World Wide Web	114
4.1.5 Digitaler Patientenbegleiter	117

---

4.2	Potenzial von Fitness-Social-Networks und Serious-Games	119
4.3	Pharmakotherapie-Compliance individuell optimieren	121
4.3.1	Messung der Non-Compliance der Pharmakotherapie	121
4.3.2	Verbesserungsfaktoren für die Pharmakotherapie-Compliance	124
4.4	Telemonitoring	125
4.5	Gesundheitsbezogene Verhaltensmodifikation durch Bonusprogramme	127
4.6	Betriebliche Gesundheitsleistungen – eine Win-win-Situation	129
<b>5</b>	<b>Medizinische Compliance-Manager (MCM) in der ambulanten Versorgung</b>	<b>133</b>
5.1	Hintergrund	133
5.2	Modifikation des Compliance-Prozesses	135
5.3	Messung des Compliance-Prozesses mittels Kennzahlen	141
5.4	Weitere Aspekte	143
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>147</b>
	<b>Anhang</b>	<b>151</b>
	Abkürzungsverzeichnis	151
	Literaturverzeichnis	153
	Abbildungsverzeichnis	170
	Tabellenverzeichnis	171
	Sachwortregister	172
	Über die Autoren	175





# Einleitung

## **Patienten-Compliance als wichtiger Aspekt im Gesundheitswesen**

Eigentlich sind sich alle Akteure im Gesundheitswesen einig: Wenn die Compliance, also die Therapietreue, der Patientinnen und Patienten steigen würde, könnten Leistungen effektiver und effizienter erbracht werden. Und tatsächlich handelt es sich bei der Patienten-Compliance um ein vielen Akteuren im Gesundheitswesen schon hinlänglich bekanntes Thema und um einen wichtigen Faktor im Gesundheitsbereich.

Generell bei Dienstleistungen gilt: Leistungen können nur effektiv und effizient erbracht werden, wenn die Dienstleistungsempfänger mitwirken. Insofern ist es tatsächlich angeraten, mit durchdachten Compliance-Konzeptionen zu arbeiten. Dennoch ist ein wirklicher Durchbruch bis hin zu einer Compliance-Bewegung bisher nicht zu verzeichnen.

Aus diesem Grunde wird hier ein innovativer Ansatz verfolgt. Die Innovation besteht darin, **marketingorientierte Compliance-Konzeptionen** zu entwickeln und zu nutzen, um erfolgreicher zu sein.

Das bedeutet: Bewährte Methoden und Instrumente aus dem Marketing, speziell dem Social Marketing, dem Gesundheitsmarketing und anderen Bereichen, werden im Rahmen von Compliance-Konzepten erläutert und angewendet, streng nach einer Redewendung, die unter Marketingfachleuten gerne genutzt wird: „Der Wurm muss dem Fisch und nicht dem Angler schmecken.“ Die Herkunft des Bonmots ist nicht eindeutig, die Stimmigkeit aber sicher auch in Bezug auf Compliance unbestreitbar.

## **Als Anwendungsfall wird dabei die Compliance bei kardiovaskulär erkrankten Patienten herangezogen.**

Im ersten Kapitel wird verdeutlicht, welche Folgen die Non-Compliance, also die Nichteinhaltung der verordneten Therapien etc., haben kann. Darauf aufbauend wird das Phänomen Compliance genauer untersucht und erläutert.

Im zweiten Kapitel wird das Potenzial von Marketingmanagement-Techniken in der Compliance-Optimierung dargestellt. Insbesondere wird das Marketingkonzept als wesentliches Instrument detailliert erläutert.

In den folgenden Kapiteln 3 und 4 werden Strategien und Instrumente, die innerhalb einer marketingorientierten Compliance-Konzeption angewendet werden können, erläutert.

In Kapitel 5 werden schließlich spezielle Lösungsansätze in Bezug auf einen medizinischen Compliance-Manager (MCM) in der ambulanten Versorgung vorgestellt sowie der eigens entwickelte VI<sup>2</sup>CTOR<sup>2</sup>AN-Score als Kennzahl für die Compliance.

## 2 Vision: Das Potenzial von Techniken des Marketingmanagements

Das Ziel des nachfolgenden Kapitels ist es herauszuarbeiten, dass Prävention eine complianceabhängige Dienstleistung ist, für deren Erfolg die **Nutzung von Grundprinzipien und Techniken des Marketingmanagements überaus Erfolg versprechend** sein kann.

Compliance wird nachfolgend als prozessuale Abfolge von Einzelbestandteilen erläutert, um die Stellschrauben und das Potenzial des Marketings in der Compliance-Optimierung sichtbar zu machen.

Dazu ein einleitendes Gedankenexperiment: Aus dem Alltag wissen wir, dass die Qualität eines Produktes durch die Funktionsfähigkeit definiert wird. Diese ist abhängig von der Auswahl der richtigen Einzelteile. Stellen wir uns vor diesem Hintergrund die Prävention als Produkt vor. Elementar für die Produktion ist die Auswahl der richtigen Einzelteile (interne und externe Faktoren), die ein funktionierendes System (Compliance) entstehen lassen – aus der die Funktion des Produktes (Prävention) resultiert. Übertragen auf die Funktion einer Uhr ist die Compliance das Uhrwerk, das nur infolge in sich greifender Einzelfunktionen funktionieren kann. Je genauer das Uhrwerk arbeitet umso exakter ist die Uhrzeit – bzw. die Qualität der Prävention.

### 2.1 Prävention – eine complianceabhängige Dienstleistung

In der Literaturrecherche zur Definition des Wortes Dienstleistung zeigt sich eine sehr heterogene Begriffsdefinition. Das liegt sicherlich u. a. an der Vielfalt und Unübersichtlichkeit von Dienstleistungen. So können Dienstleistungen allgemein als abstrakte Leistungsversprechen verstanden werden, die als Grundlage die Definition des Gegenstands der Dienstleistungsbeziehungen erfordern (vgl. Koch, 2010, S. 67).

Die Beteiligten müssen demnach eine Kooperationsbeziehung eingehen mit dem Ziel des gemeinsamen Handelns. Es hat sich aktuell eine **Definition auf Basis der konstitutiven Merkmale** durchgesetzt (vgl. Meffert/Bruhn, 2012, S. 14 ff.).

Naheliegend ist, dass Dienstleistungen im Gegensatz zu Sachgütern nicht greifbar und nicht materiell sind (Intangibilität) und dass sie kundenindivi-

duell erstellt werden. Dienstleistungen können nicht vorab auf Lager produziert werden (Verderblichkeit), d. h. die Erstellung und der Absatz sind nicht voneinander zu trennen. Der Nachfrager einer Dienstleistung muss sich als Co-Produzent am Erstellungsprozess beteiligen (Integration des externen Faktors).

Festzuhalten gilt, dass die Prozedur und das Ergebnis der Dienstleistung im Voraus nicht genau bestimmbar sind. Hieraus ist ersichtlich, dass das Vorhandensein von Vertrauen in die zukünftige Leistungsfähigkeit des Anbieters elementar ist (wahrgenommenes Risiko) (vgl. Meffert/Bruhn, 2012, S. 14 ff.).

Da eine vollkommene Abgrenzung zwischen Dienstleistungen und Sachgütern alleine über die konstitutiven Merkmale nicht zu erreichen ist, wird auch eine Leistungsabgrenzung von Sachgütern und Dienstleistungen anhand eines Drei-Phasen-Modells vorgenommen. Hierdurch lassen sich zentrale Abgrenzungen zu Dienstleistungen herausarbeiten:

„**Dienstleistungen** sind selbstständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung (z. B. Versicherungsleistungen) und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten (z. B. Friseurleistungen) verbunden sind (**Potenzialorientierung**). Interne (z. B. Geschäftsräume, Personal, Ausstattung) und externe Faktoren (also solche, die nicht im Einflussbereich des Dienstleisters liegen) werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (**Prozessorientierung**). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen (z. B. Kunden) und deren Objekten (z. B. Auto des Kunden) nutzenstiftende Wirkungen (z. B. Inspektion beim Auto) zu erzielen (**Ergebnisorientierung**).“ (Meffert/Bruhn, 2012, S. 17)

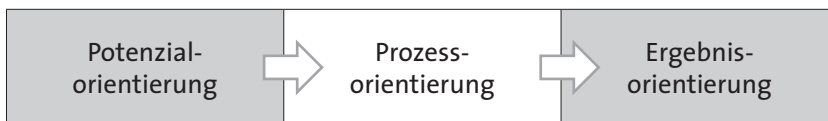


Abbildung 2.1: Drei-Phasen-Modell nach Meffert/Bruhn (vgl. Meffert/Bruhn, 2012, S. 17)

Die aufeinanderfolgenden **Phasen einer Dienstleistung** sind mit ihren konstitutiven Merkmalen verknüpft (vgl. hier und zum Folgenden Hoyer, 2007, S. 11 f.).

- In der ersten Phase der Potenzialorientierung findet sich das intangible Leistungsversprechen des Dienstleistungsanbieters wieder. Hier werden die Fähigkeit und die Bereitschaft zur Erbringung der Dienstleistung vermarktet, wobei sowohl die Bereitschaft, als auch die Fähigkeit nicht greifbar sind.
- In der anschließenden zweiten Phase der Prozessorientierung erfolgt die Integration des externen Faktors. Hier ist die Integration des Kunden als Co-Produzent in die Leistungserstellung gemeint.
- In der letzten Phase der Ergebnisorientierung besteht wiederum die Verknüpfung zur Intangibilität eine Rolle. Die erstellte Leistung bleibt im Gegensatz zu Sachgütern nicht greifbar.

Die Durchsicht der Literatur zum Thema Dienstleistungsmarketing zeigt, dass es sich hierbei um eine noch junge Spezialisierung handelt. Auch scheint es für viele Gesundheitsunternehmen noch Nachholbedarf im erfolgreichen professionellen Dienstleistungsmarketing zu geben. Meffert und Bruhn sprechen daher noch von einer „Service-Wüste“ (Meffert/Bruhn, 2012, S. 2).

Gerade vor dem Hintergrund der steigenden Anspruchshaltung der Patienten an die erwartete Leistung und der Fülle der am Markt angebotenen Leistungen zeigt sich die Notwendigkeit der Anpassung an die individuellen Ansprüche.

Analog zum Marketing wird das Dienstleistungsmarketing als umfassende Philosophie und Konzeption des Planens und Handelns gesehen, bei der der Anbieter der Leistung konsequent auf gegenwärtige und künftige Erfordernisse und Wünsche der Kunden ausgerichtet ist. Gerade im Dienstleistungsmarketing, resultierend aus der intensiven Interaktion zwischen Dienstleistungsanbieter und Dienstleistungsnachfrager, ist eine konsequente Kundenorientierung essenziell. Es zeigt sich, dass gerade diese dauerhafte Kundenorientierung zu nachhaltigen Wettbewerbsvorteilen führt (vgl. Meffert/Bruhn, 2012, S. 3).

Ein weiterer elementarer Erfolgsfaktor ist das interne Marketing, es zielt auf die Mitarbeiter und deren Wirken im Unternehmen ab. Hier gilt der Grundsatz: *Die Zufriedenheit der Kunden fängt beim Mitarbeiter an*. Das heißt, die Bedeutung des Personals ist für die Erbringung der Dienstleistung enorm wichtig. Davon abzugrenzen ist das externe Marketing mit Fokus auf den Absatzmarkt. Weitere Märkte sind bspw. der Beschaffungsmarkt für Arbeitskräfte, der Spendenmarkt etc. (vgl. Heister, 1999; Heister, 2012).

Aus dem Kapitel 1.4 wird ersichtlich, dass der Patient aktiv an der Wertschöpfung für die gewünschte Serviceleistung Prävention mitarbeiten muss, um eine Reduktion der Progression der Erkrankung mit nachfolgender Verhinderung von Folgeerkrankungen zu erreichen. Nicht zu vernachlässigen ist ebenfalls die hieraus zu erzielende Verhinderung von Produktionsverlusten im Arbeitsleben. Das Ziel muss eine langfristige Verhaltensänderung sein.

Auf der Grundlage der allgemeinen Angaben zum Dienstleistungsbegriff erscheint eine Translation auf die Prävention möglich. Das Ergebnis (Produktivität und Qualität) der Dienstleistung Prävention ist zu großen Anteilen vom „Input“ des Patienten abhängig. Zum einen von der Eigenleistung und zum anderen von seiner Co-Produzententätigkeit während der Dienstleistungserstellung (Partizipationsleistung) (vgl. Dullinger, 2001, S. 7).

Das bedeutet, der Patient wird hier nicht nur als Empfänger einer Leistung wahrgenommen, sondern als Mitproduzent seiner Gesundheit und damit seiner Lebensqualität. Aus den hier getroffenen Aussagen lässt sich die Prävention als complianceabhängige Dienstleistung definieren.

Wir stehen nun vor folgendem **Dilemma**. Es zeigt sich einerseits eine breite wissenschaftlich fundierte Evidenz für die Effektivität der Sekundärprävention. Andererseits zeigt sich im Bereich KHK eine schlechte Compliance der Patienten. Es scheint, dass Patienten den erforderlichen Aufwand für die Compliance in einer internen Kosten-Nutzen-Abwägung negativ bewerten oder aber die Tragweite der Therapie nicht erkennen.

Vor diesem Hintergrund wird im nachfolgenden Kapitel die Compliance in ihre prozessualen Einzelbestandteile zerlegt, um Stellschrauben für die Optimierung sichtbar zu machen.

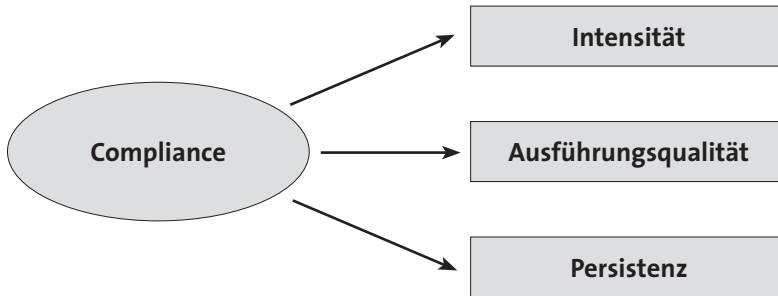
## 2.2 Compliance – eine prozessuale Abfolge von Einzelschritten

Schon nach Cameron ist Compliance als wesentlicher Erfolgsfaktor das Ergebnis einer Interaktion von Einzelprozessen: “The result of the individual interaction with providers and others in his/her environment.“ (Cameron, 1996, S. 248) Hieraus ist ersichtlich, dass Compliance als ein Input des Patienten, als Aufwand definiert werden kann, der in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten erbracht werden muss.

Aus den Aussagen von Cameron wird deutlich, dass Compliance eine Arbeit definiert, die aufgewendet werden muss. Arbeit entspricht in diesem Zusammenhang dem zu erbringenden Input des Patienten. Es ist nachvollziehbar und evident, dass Input des Patienten nicht nur kurzfristig, sondern langfristig erfolgen muss, um eine hohe Effektivität sicherzustellen. Demnach lässt sich auch ein Zeitfaktor für Compliance deklarieren. Aus diesen, zugegeben abstrakten Angaben, lässt sich eine Assoziation zur physikalischen Formel  $\text{Leistung} = \text{Arbeit pro Zeit}$  herstellen. Die Leistung (Compliance) ist demnach das Ergebnis der Arbeit (Input) pro Zeit bzw. des Aufwandes pro Zeit. Weitergedacht – bedeutet dies aber auch, dass Compliance selbst als Dienstleistung aufgefasst werden kann. Compliance selber ist somit eine Dienstleistung. Der zu erbringende Input kommt von zwei Leistungserbringern – dem Arzt und dem Patienten.

Als messbare Ergebnisvariable definieren wir für die Arbeit (Input) pro Zeit die **Intensität**. Es lassen sich in der Literatur weitere Ergebnisvariablen für den Prozess der Compliance finden. Hier ist die **Ausführungsqualität** (quality of execution) und **Persistenz** (persistence, Beharrlichkeit) anzuführen (vgl. Vrijens/Urquhart, 2005, S. 618). Die Ausführungsqualität definiert, wie exakt sich der Patient an das verordnete Therapieschema hält, d. h. es wird das Ergebnis bewertet. Die Persistenz macht eine Aussage über die Zeitspanne, wie lange sich der Patient ab der ersten Einnahme an die Verordnung hält.

Die Abbildung 2.2 enthält die potenziell zu messenden Ergebnisvariablen für die Compliance.



**Abbildung 2.2:** Messbare Ergebnisvariablen der Compliance

Extrahieren wir die wesentlichen bisherigen Aussagen, so kann die Compliance als Folge einer entstehenden oder bestehenden Bindung (hier Arzt-Patienten-Bindung), also als induzierter Prozess verstanden werden, in dem der Patient und Arzt aktiv eingebunden sind und an deren Ende ein Ergebnis steht, nämlich insbesondere die Qualität der Prävention. Abbildung 2.3 visualisiert die Compliance als prozessuale Handlung.

In Anlehnung an den betriebswirtschaftlichen Kontext, wo die Compliance im Zusammenhang mit der Einhaltung, Befolgung und Überwachung externer und interner Regelungen durch Unternehmen und Mitarbeiter verwandt wird, werden hier die zentralen Vokabeln Anweisung, Handlung, Einhaltung und Befolgung verwendet und ergänzt durch die vor- und nachgelagerten Schritte der bisher getroffenen Aussagen.

Die Abbildung 2.3 dient der Veranschaulichung der möglichen Angriffspunkte und Stellschrauben zur Verbesserung der Therapie bzw. Therapietreue im Sinne einer effektiven Sekundärprävention. Auch ist diese Skizze Grundlage für die Evaluation des Potenzials des medizinischen Compliance-Managers (MCM) in der weiter unten erläuterten individualisierten Compliance-Optimierung.



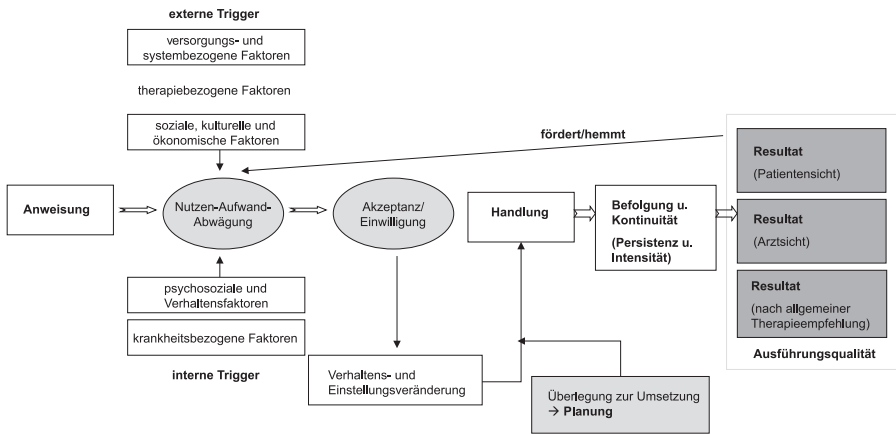


Abbildung 2.3: Compliance – eine prozessuale Handlung

Die Compliance von Patienten wird von verschiedenen Elementen beeinflusst. Compliance enthält die Ergebnisvariablen Persistenz, Intensität und Ausführungsqualität. Bei der Betrachtung des extrahierten Prozesses zeigt sich, dass dieser sowohl kognitive (z. B. Wissen) und affektive (z. B. Gefühle) als auch konative (z. B. Verhaltensabsichten) Elemente enthält.

Es lässt sich eine Brücke ziehen zum sogenannten Stimulus-Organism-Response-Modell (SOR-Modell), einem Modell aus der verhaltensorientierten Konsumentenverhaltensforschung. Dieses geht davon aus, dass ein Reiz (Stimulus) kognitive und aktivierende Prozesse im Organismus triggert, die das Verhalten (Response) einer Person unmittelbar beeinflussen. Aktivierende und kognitive Prozesse laufen nicht parallel ab, sondern bedingen sich gegenseitig.

Die Abbildung 2.3 zeigt, dass der Arzt Initiator, Verstärker und Koordinator des Prozesses ist. Wie aber bereits erläutert, kann auch der Arzt den selbst initiierten Prozess hemmen.

Bereits bei der Nutzen-Aufwand-Abwägung lässt sich grafisch ein angedeutetes Nadelöhr erkennen. Dieser Prozess muss vom Patienten positiv bewertet werden, um eine Handlungskonsequenz im Sinne der Compliance zu ermöglichen. Die Abbildung zeigt den internen Trigger „psychosoziale

Faktoren und Verhaltensfaktoren“, der stark emotional getrieben ist. Dieser steht im direkten Kontrast zu rationalen Verstärkern wie den messbaren Erfolgen von einzelnen Therapiebestandteilen (therapiebezogene Faktoren). Es zeigt sich also, dass eine wissenschaftlich fundierte Meinung nicht ausreicht, um den Patienten zur gewünschten Handlung zu bewegen. Man könnte auch sagen, es geht hier zum einen um die Wirksamkeit, Verträglichkeit der Therapie und zum anderen um die Vereinbarkeit mit der Therapie (vgl. interne und externe Trigger in Abb. 2.3). Hieraus resultiert die Notwendigkeit der strategischen und interdisziplinären Ausrichtung des Gesundheitsdienstleisters (hier im Speziellen des Arztes).

Die Aussagen machen deutlich, dass gerade Medical Education, via klassischer und innovativer Kommunikation zur Aufklärung (Disease Awareness), eine elementare Säule der Dienstleistung darstellt. Eine strukturierte Darstellung des Marketinginstruments „Kommunikation“ erfolgt weiter unten.

Vor dem Hintergrund der in der Grafik dargestellten soziokulturellen Trigger seitens des Patienten (Kunden) erscheint eine professionelle **Kundenfokussierung mittels Diversity-Management (DiM)** Erfolg versprechend. Der Leitgedanke von DiM ist, dass die Verschiedenheit des beschäftigten Personals bewusst zum Bestandteil der Personalstrategie und Organisationsentwicklung gemacht wird. Hier geht es u. a. um die Vielfalt bzgl. des Geschlechts, des Alters, der ethnischen Herkunft und der religiösen Orientierung (vgl. Matuko/Heister, 2011, S. 110). So belegen zahlreiche Studien den Nutzen einer geschlechtsspezifischen Intervention im Hinblick auf eine effektive Prävention (vgl. Baggio et al., 2013, S. 713 ff.; Wasserman et al., 2000, S. 1060 ff.). Das Thema DiM wird in Kapitel 3.5 detailliert aufgegriffen.

Die hellgrau dargestellten Elemente in Abbildung 2.3 unterliegen kognitiven Prozessen. Diese lassen sich u. a. positiv beeinflussen durch die Bereitstellung von ausreichendem und verständlichem Informationsmaterial, leicht verständlicher Kommunikation und Schulung.

Der Kasten „Verhaltens- und Einstellungsveränderung“ unterliegt einem konativem Prozess des Patienten (Kunden). Dieser Prozess kann als kritische Variable angesehen werden, da sie von vielen Faktoren (kognitiven und insbesondere emotionalen) abhängig ist. Hier ist neben der kundenorientierten Kommunikation auf eine ausreichende intrinsische Motivation und Schaf-

fung einer gleichberechtigten Partnerschaft zu achten. Externe Reize (z. B. präventive Bonusprogramme) können hier die Motivation weiter steigern.

Die aus den kognitiv, affektiv und konativ getriggerten Prozessen abgeleitete Handlung wird mittels der Ergebnisvariablen Persistenz, Intensität und Ausführungsqualität bewertet.

Das Resultat des Prozesses führt wiederum zu einem nicht unerheblichen retrograden Trigger, der durch den Anbieter der Dienstleistung verstärkt werden muss. Themen wie operante Konditionierung und das Modell- bzw. Imitationslernen erscheinen hier vielversprechend. Betrachten wir abschließend isoliert die Pfeile der Abbildung 2.3, so lässt sich ein nicht endender Kreislauf erkennen. Ein Ende des Prozesses ist damit nicht zu definieren.

Dazu ein weiterer Gedankenexkurs zum Compliance-Prozess: Es scheint als sei der Patient im Compliance-Prozess ein Autofahrer. Der Treibstoff wird vom Anbieter (Arzt) geliefert – erst hiermit ist ein Losfahren möglich. Damit das Ziel auch erreicht werden kann, muss der Anbieter im Rahmen der Inspektion für ein funktionstüchtiges Auto sorgen. Das heißt, der Anbieter repariert und kontrolliert zugleich. Dadurch generiert der Anbieter ein dauerhaft hohes Fahrgefühl und Sicherheit. Für die Routenplanung ist ein Navigationsgerät installiert. Hiermit ist das Umfahren von Hindernissen und Staus kein Problem mehr. Die Geschwindigkeit der Zielerreichung legt der Fahrer des Autos fest. Die Verkehrsregeln sind bei der Fahrt zu beachten.

Dieses Beispiel visualisiert nochmals die elementare Erkenntnis, dass der Arzt bzw. der MCM (vgl. hierzu Kap. 5) zwar als Initiator, Verstärker/Unterhalter und Koordinator des Prozesses fungiert, der Patient aber aktiv am Prozess teilnehmen muss, um sein Ziel zu erreichen. Die Intensität der Compliance und der Weg sind von der individuellen Vorstellung des Patienten abhängig – auch muss der Patient sich an bestimmte Vorgaben (Verkehrsregeln) halten, um an sein Ziel zu kommen.

Festzuhalten gilt bereits an dieser Stelle, dass sich aus einer hohen Intensität, Ausführungsqualität und Persistenz der Compliance eine Win-win-Situation für die Arzt-Patienten-Beziehung ableiten lässt.

Zum einen ist hier die hohe Zufriedenheit des Patienten durch die Reduktion der krankheitsassoziierten Symptome und der damit gesteigerten Lebensqualität (Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung) zu erwähnen

(vgl. Badura, 2000, S. 34 f.), die wiederum zu einer erhöhten Zufriedenheit mit dem Dienstleister (Arzt) führt. Das heißt, wird die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung individuell als hoch eingeschätzt, so wirkt dies als positiver Verstärker auf die Handlung. Auch resultieren aus der positiven Bewertung eine Verstärkung der Kundenbindung (Arzt-Patient), eine Weiterempfehlung (Goodwill) und eine Steigerung der Nachfrage der Dienstleistung.

Umgedreht kann ein Versagen der Dienstleistung zu einem Vertrauensverlust beim Patienten führen. Die Beziehungsatmosphäre kann mit den Variablen Vertrauen, Commitment und Zufriedenheit gemessen werden.

## 2.3 Potenzial des Marketings in der Compliance-Optimierung

Betrachtet man bspw. den Erfolg des Unternehmens Apple, so grenzt sich diese Firma neben innovativen Produktideen insbesondere durch eine starke Kundenorientierung und die innovative Anwendung von Marketingmethoden gegenüber anderen Unternehmen ab. Das Marketing des Unternehmens fokussiert nicht nur auf die funktionellen Features der Produkte, sondern hebt auch das Design, also die Einfachheit und Schlichtheit in den Vordergrund: „Die Welt ist verrückt nach Apple. Der Konzern vermarktet seine Produkte nicht als Gebrauchsgegenstände, sondern als lebensnotwendige Trend-Artikel: sinnlich, schön, begehrenswert.“ (Klinke, 2011)

Damit wird der Stil zu einem wichtigen Verkaufsargument. Marketing zielt hier auf den Lifestyle der Kunden ab, der eine Art Ziel- und Wertorientiertheit ausdrückt.

Die Erfolgsgeschichte von Apple zeigt einmal mehr, dass es nicht ausreichend ist, den Marketingbegriff mit „Werbung und Verkaufen eines Produkts mit funktionellem Nutzen“ zu umschreiben.

Das **zentrale Element des erfolgreichen Marketings ist ein Konzept (Marketingkonzept)** zur Ermittlung und Befriedigung der oftmals sehr vielfältigen Kundenwünsche

- unter Berücksichtigung der Aktivitäten der Konkurrenten, also der Berücksichtigung des Marktes in all seinen Facetten sowie den zu erwartenden Entwicklungen und